



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



Vanessa Filipa de Jesus Leitão Braga

**SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM CUIDADOS
PALIATIVOS**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Economia e Gestão em
Organizações de Saúde orientado pelo Professor Doutor Pedro Lopes
Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra.

Setembro de 2018



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Vanessa Filipa de Jesus Leitão Braga

Satisfação Profissional em Cuidados Paliativos

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

Orientador: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, Setembro de 2018

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, ao meu pai, pelo seu incondicional apoio, encorajamento e motivação. À minha mãe pelo seu amor e carinho desmedido.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta jornada muitas foram as pessoas que conjugaram sinergias, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho. A todas elas quero expressar a minha mais sincera gratidão pelo seu apoio.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, orientador deste trabalho, pelo seu profissionalismo, conhecimento e disponibilidade no decorrer da sua execução.

Aos meus pais, Francisco e Elsa, à minha avó Fernanda, por serem bons exemplos de dedicação, perseverança e trabalho. Ao meu namorado Bruno por ser o meu porto de abrigo, em tudo e para tudo.

À Inês Trindade pelo seu interesse autêntico, constante e incansável apoio e motivação. À Sílvia que mesmo longe se demonstrou perto com a sua cumplicidade e apreço. À Renata, Inês Ferreira, Marta e a todos os meus colegas de trabalho pelo constante reforço positivo, pela vossa compreensão e preciosa amizade.

Aos profissionais das diversas instituições de cuidados paliativos que se colaboraram no preenchimento do questionário.

A todos, muito obrigada.

*Um dos segredos mais profundos da vida é que tudo que realmente vale a pena fazer é
o que fazemos para os outros.*

Lewis Carroll

RESUMO

A satisfação profissional tem sido uma temática de investigação em crescimento, pelo seu valor na compreensão do impacto que pode provocar na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores e que, por sua vez, se reflete nos níveis de produtividades das organizações.

Desta forma, seguindo esta perspetiva, este estudo tem como objetivo geral avaliar os níveis de satisfação dos profissionais que constituem as equipas multidisciplinares em cuidados paliativos, a nível nacional. Partindo deste objetivo compreender relação entre (i) a satisfação profissional e os fatores sociodemográfico, (ii) os fatores organizacionais, (iii) as Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), (iv) o *burnout* e (v) a satisfação global.

Constitui-se como um estudo de investigação realizado mediante pesquisa de carácter descritivo, transversal, com componente correlacional e utilizando uma metodologia de cariz misto, quantitativo e qualitativo. Na recolha de dados foi usado o Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional (IASP), desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e o questionário *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), traduzido em Português, validado e adaptado por Fontes em 2011, com preenchimento *online*. Para o tratamento dos dados utilizou-se a aplicação informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 23.

A amostra ficou constituída por 51 profissionais de saúde, a exercerem funções nas EIHSCP e nas UCP, traduzindo uma taxa de resposta de 15,8%, distribuídos por categorias profissionais, enfermeiros (47,1%), médicos (25,5%) e técnico/a superior de saúde (17,6%), entre os quais nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais. A amostra é predominantemente do sexo feminino (90,9%), entre os 36 e 45 anos (34,1%), casados (68,2%) e com o grau de mestre (51,1%).

O nível de satisfação profissional é de 73,1% nas EIHSCP e de 62,9% nas UCP. não há diferenças estatisticamente significativas entre estes, tal como em relação aos fatores organizacionais.

Relativamente ao *burnout* observamos que a maioria dos profissionais apresentam baixos níveis de *burnout* nas três escalas do CBI. Da análise destes dados encontramos uma correlação positiva quanto ao *burnout* (pessoal e relacionado com o trabalho), que nos permite inferir que quanto mais *burnout*, menor parece ser a satisfação profissional.

Em termos de satisfação global, os profissionais que responderam positivamente às questões sobre: adequabilidade da formação académica; devida utilização de competências; recomendar a unidade a familiares e/ou amigos; recorrer a esta unidade; escolher, de novo, esta unidade para trabalhar; e escolher, de novo, a mesma profissão, encontram-se mais satisfeitos do que aqueles que responderam negativamente.

Face às principais recomendações dos profissionais, pelos comentários feitos, reforçamos a necessidade de um maior investimento na carga horária semanal apropriada, nas instalações e equipamentos, na formação adequada, num maior reconhecimento dos profissionais que nelas trabalham e, sobretudo nos recursos humanos.

De igual forma, destaca-se a importância de enfatizar ou potenciar uma cultura que permita aumentar o valor das componentes motivacionais e reduzir o tempo entre a perceção e a apresentação de comportamentos de insatisfação por parte dos profissionais, bem como da monitorização periódica da satisfação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação Profissional; Cuidados Paliativos; Unidades de Cuidados Paliativos; Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos; Burnout.

ABSTRACT

Job satisfaction has been a growing of research, due to its value in understanding the impact caused on workers' health and quality of life and, which in turn influences productivity levels.

Thus, following this perspective, this study has as generally aims to evaluate job satisfaction levels from professionals that are part of multidisciplinary teams in palliative care, at a national level. The objective of this study was also to understand the relationship between (i) professional satisfaction and sociodemographic factors, (ii) organizational factors, (iii) between the Intra Hospital Support Team in Palliative Care (EIHSCP) and Palliative Care Units (UCC), (iv) burnout, and (v) overall satisfaction.

This is a research study carried out through a descriptive, cross-sectional design, with a correlational component and a mixed, quantitative and qualitative methodology. To collect data, participants filled out in an online survey the Professional Satisfaction Assessment Tool, developed by the Center of Studies and Research in Health of the University of Coimbra, and the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) questionnaire, which was translated to Portuguese, validated and adapted by Fontes in 2011. To analyse the collected data, it was used Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 23rd version.

The sample included 51 health professionals working at EIHSCP and UCP, which corresponds to a 15,8% response rate, distributed by several professional categories: nurses (47,1%), physicians (25,5%), and senior health technicians (17,6%), such as nutritionists, psychologists, pharmacists and social workers. The sample is predominantly female (90,9%), with aged between 36 and 45 (34,1%), married (68,2%) and with a master's degree (51,1%).

The job satisfaction level is 73,1% at the EIHSCP and 62,9% at the UCP. Considering job satisfaction and sociodemographic factors, we observed that there are no statistically significant differences, such as with organizational factors.

Regarding burnout, we observed that most professionals show low burnout levels according with the three CBI scales. From the analysis of these data, we found a positive correlation regarding burnout (personal and work related), which allows us to infer that when more burnout are presents, job satisfaction tends to be lower.

In terms of overall satisfaction, professionals who answered positively to the questions about: academic training adequacy; whether competences are being properly used; whether the participant recommends the unit to family and/or friends; whether the participant would use the unit as patient; if they would choose, again, this unit to work; and if they would choose the same profession, are more satisfied than those who have answered negatively.

Concerning the recommendations given by the professionals, the comments provided reinforce the need for a greater investment in establishing an appropriate weekly workload, in facilities and equipment, in appropriate training, in professional recognition, and especially in human resources.

It is important to emphasize or foment a culture that increases the value of motivational components and reduces the time between the perception and presentation of dissatisfaction behaviours by health professionals, as well as promoting a periodic monitoring of job satisfaction.

KEY WORDS: Job Satisfaction; Paliative Care; Intra Hospital Support Team in Palliative Care; Palliative Care Units; Burnout.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

CEISUC – Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CO – Coordenação

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EAPC – European Journal of Palliative Care

ECR – Equipas de Coordenação Regionais

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte Em Cuidados Paliativos

EE – Estado de Espírito

EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EUA – Estados Unidos da América

IASP – Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional

IPO do Porto – Instituto Português de Oncologia do Porto

MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade

MOR – Moral

MS – Ministério da Saúde

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OG – Órgãos de Gestão

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPCP – Observatório Português de Cuidados Paliativos

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PRH – Política de Recursos Humanos

QLT – Qualidade do Local de Trabalho

QPC – Qualidade da Prestação de Cuidados

RH – Recursos Humanos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RTF – Recursos Tecnológicos e Financeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

UE – Unidade e Equipamentos

VC – Vencimentos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide das necessidades de Maslow	7
Figura 2. Distribuição das UCP em Portugal	22
Figura 3. Distribuição das EIHSCP em Portugal	23
Figura 4. Distribuição das ECSCP em Portugal	24
Figura 5. Modelo Conceptual de Análise de Estudo	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Médias dos Itens da Subescala PRH nas EIHSCP	41
Gráfico 2. Médias dos Itens da Subescala MOR nas EIHSCP	42
Gráfico 3. Médias dos Itens da Subescala RTF nas EIHSCP.....	43
Gráfico 4. Médias dos Itens da Subescala PRH nas UCP	44
Gráfico 5. Médias dos Itens da Subescala MOR nas UCP	45
Gráfico 6. Médias dos Itens da Subescala RTF nas UCP.....	46
Gráfico 7. Médias dos Itens da Escala de QPC nas EIHSCP	47
Gráfico 8. Médias dos Itens da Escala de QLC nas UCP.....	47
Gráfico 9. Médias dos Itens da Escala de MCQ nas EIHSCP.....	48
Gráfico 10. Médias dos Itens da Escala de MCQ nas UCP.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Satisfação no trabalho: orientações conceituais.....	5
Tabela 2. Modelos de Maslow e de Hezberg sobre as Teorias da Motivação.....	8
Tabela 3. Equipas de Cuidados Paliativos.....	21
Tabela 4. Decrição das dimensões, sub-dimensões e facetas do estudo.....	30
Tabela 5. Taxa de respostas ao IASP das Equipas de Cuidados Pliativos	36
Tabela 6. Fatores Sociodemográficos.....	36
Tabela 7. Fatores Organizacionais.....	37
Tabela 8. Média da satisfação por escala, subescala e faceta nas EIHSCP.....	39
Tabela 9. Média da satisfação por escala, subescala e faceta nas UCP.....	40
Tabela 10. Caracterização da amostra quanto aos níveis de burnout nas EIHSCP.....	49
Tabela 11. Distribuição da amostra relativamente aos níveis de burnout de acordo com as escalas do CBI nas EIHSCP.....	50

Tabela 12. Caracterização da amostra quanto aos níveis de burnout nas UCP	50
Tabela 13. Distribuição da amostra relativamente aos níveis de burnout de acordo com as escalas do CBI nas UCP	51
Tabela 14. Satisfação Global	51
Tabela 15. Satisfação Profissional em relação ao sexo	54
Tabela 16. Satisfação Profissional em relação à tipologia da unidade	56
Tabela 17. Satisfação profissional e formação adequada	57
Tabela 18. Satisfação profissional e competências devidamente utilizadas.....	57
Tabela 19. Satisfação profissional e recomendar a unidade	58
Tabela 20. Satisfação profissional e recorrer à unidade	58
Tabela 21. Satisfação profissional e grau de satisfação com a unidade	59
Tabela 22. Correlação entre a satisfação profissional e o burnout	60

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Parte I – Enquadramento Teórico	3
Capítulo I – Satisfação Profissional	4
1. O Conceito de Satisfação Profissional	5
2. Teorias Explicativas da Satisfação Profissional	6
2.1. Teorias de Conteúdo	6
2.2. Teorias de Processo	9
3. Medição da Satisfação	11
Capítulo II – Cuidados Paliativos no Contexto do Sistema de Saúde Português	13
1. Evolução dos Cuidados Paliativos	14
2. Definição, Princípios e Critérios	14
3. Cuidados Paliativos em Portugal	17
3.1. Evolução da política de cuidados paliativos em Portugal	17
3.2. Evolução da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados até à Rede Nacional de Cuidados Paliativos	19
3.3. Caracterização das equipas locais da Rede Nacional de Cuidados Paliativos	21
3.4. A multidisciplinaridade da equipa dos Cuidados Paliativos	24
Parte II – Estudo Empírico	26
1. MÉTODOS	27
1.1. Objetivos e Modelo Conceptual do Estudo	27
1.2. Questão e Hipóteses de Investigação	28
1.3. Instrumento de Colheita de Dados	29
1.4. Coerência interna das escalas	32
1.5. Procedimento para aplicação do questionário	33
1.6. Procedimentos Formais - Éticos e Legais	34
1.7. Tratamento Estatísticos dos Dados	35
2. RESULTADOS	36
2.1. Caracterização da Amostra	36
2.2. Fatores Sociodemográficos	36

2.3.	Fatores Organizacionais.....	37
2.4.	Satisfação Profissional.....	39
2.5.	Burnout.....	49
2.6.	Satisfação Global.....	51
2.7.	Determinantes da Satisfação Profissional.....	53
3.	ANÁLISE QUALITATIVA.....	61
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
5.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	68
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
	ANEXOS.....	78
	ANEXO I: Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional.....	79
	ANEXO II: Formação Adequada.....	103
	ANEXO III: Competências devidamente Utilizadas.....	104
	ANEXO IV: Recomendação da Unidade a Familiares/Amigos.....	105
	ANEXO V: Recorria a esta Unidade caso necessitasse.....	106
	ANEXO VI: Escolheria esta Unidade para Trabalhar.....	107
	ANEXO VII: Escolheria a mesma Profissão.....	108
	ANEXO VIII: Grau de satisfação com a unidade.....	109
	ANEXO IX: Como se poderia melhorar os serviços prestados por esta unidade e a sua qualidade como local de trabalho?.....	110

INTRODUÇÃO

Nas sociedades atuais, os fenómenos da transição demográfica e a resultante transição epidemiológica contribuíram para o aparecimento de um vasto grupo de doentes crónicos, usualmente, com pluripatologia, vários níveis de dependência e de sofrimento, os quais avançam inelutavelmente para a morte (Sapeta & Lopes, 2007).

Intimamente relacionado com as mudanças que ocorrem nos padrões de doença e nas atitudes face à morte e ao morrer, está a emergência do desenvolvimento dos cuidados paliativos. Com efeito, os cuidados paliativos traduzem uma transformação relevante no papel dos profissionais e das prestações de saúde (Barroso, 2010).

Para os profissionais de saúde, os cuidados em fim de vida estão denotados de um grau de exigência elevado quanto às habilidades e competências, visto que como seres sociais e culturais, não estão desprendidos da influência da sociedade e dos valores que foram apreendendo ao longo da sua vida, reagindo como pessoas comuns, com emoções e sentimentos negativos, de denegação face à morte e aos doentes terminais (Timmermans, 2005; García, 1996).

Em Portugal, só nos últimos anos, tem-se assistido a alguns avanços no desenvolvimento dos cuidados paliativos no sistema de saúde, consequentes de uma progressiva tomada de consciência da sua importância (Barroso, 2010). Para além disso, também recentemente se observou um crescente aumento do interesse tanto por esta filosofia de cuidados, como pela formação e investigação (Sapeta & Lopes, 2007).

Sendo esta prestação de cuidados tão específica e fundamental, ressalta pensar como esta variável se associa à satisfação profissional. Pela importância da situação de satisfação para o trabalhador, pelas implicações que tem na sua saúde e na sua qualidade de vida, e pelas repercussões nas organizações, no que diz respeito à produtividade, a satisfação profissional já foi infindavelmente estudada (Fonseca, 2014).

Atendendo à inexistência de estudos no âmbito da satisfação profissional e dos cuidados paliativos, o tema proposto para esta investigação é a “Satisfação Profissional em Cuidados Paliativos”. Assim, procuraremos verificar a existência ou não de relação entre a mesma e outros fatores condicionantes.

No que diz respeito à sua estruturação, esta dissertação consiste em duas divisões. Na primeira parte, designada por enquadramento teórico, são explanados dois capítulos que clarificam os conceitos em estudo, ou seja, no capítulo I conceptualizámos a satisfação profissional, assim como, as teorias subjacentes à explicação deste mesmo constructo. Seguidamente, no capítulo II, enquadrámos o tema dos Cuidados Paliativos, bem como a sua evolução em Portugal. Por fim, apresentámos a caracterização das equipas da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

Na segunda parte desta dissertação, nomeada por estudo empírico, foram apresentadas as opções metodológicas e estratégias adotadas na realização deste estudo. Foram definidos os objetivos e o modelo conceptual do estudo, elaborada a questão e hipóteses de investigação, feita uma abordagem ao instrumento de colheita de dados e aos procedimentos formais e para aplicação do questionário. De seguida, expomos o tratamento dos dados estatísticos. Apresentámos e discutimos os resultados, e por último, as conclusões significativas e suas implicações para a prática profissional.

Todo o conteúdo desta dissertação encontra-se organizado em consonância com as normas escritas científica, tomando como referência o formato da *American Psychological Association* (APA).

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Satisfação Profissional

1. O Conceito de Satisfação Profissional

Ao longo dos últimos anos, a satisfação profissional tem sido uma temática fortemente estudada, desenvolvida e discutida. Embora, pela sua natureza multidimensional é um conceito de complexa operacionalização (Ribeiro, 2005). Há unanimidade sobre a extrema relevância da avaliação regular e participada da satisfação profissional uma vez que este é um indicador do clima organizacional e que a qualidade das mesmas influencia o progresso da atividade (Graça, 2010).

Pelo Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2005, p.3446), satisfação deriva do latim *satisfactio*, significando “ato ou efeito de satisfazer(-se); contentamento pela realização do que se esperava ou desejava”. Já o termo trabalho, também com etimologia latina, *tripalium*, significa “conjunto de atividades, produtivas ou criativas, que o homem exerce para atingir determinado fim (manual, intelectual, mecânico)” (p.3744).

Ao longo do tempo foram várias as perspectivas conceituais que foram sendo atualizadas e aperfeiçoadas. Na tabela 1 são apresentadas estas diversas orientações.

Tabela 1. Satisfação no trabalho: orientações conceituais

Autores	Ano	Satisfação no trabalho: orientações conceituais	
Smith, Kendall e Hullin	1969	Sentimentos ou respostas afetivas relativamente a aspetos específicos da situação laboral	Satisfação como estado emocional , sentimentos ou respostas afetivas em relação ao trabalho
Crites	1969	Estado afetivo no sentido do gostar ou não, em termos gerais, de uma determinada situação relacionada com o seu trabalho	
Locke	1976	Estado emocional positivo que resulta da perceção subjetiva das experiências no trabalho por parte do empregado	
Price e Mueller	1986	Orientação afetiva positiva para o emprego	
Muchinsky	1993	Resposta emocional ou afetiva 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	
Beer	1964	Atitude generalizada em relação ao trabalho, atendendo a três componentes: cognitiva (pensamentos ou avaliação do objeto de acordo com o conhecimento), afetiva (sentimentos, emoções positivas ou negativas), comportamental (predisposições comportamentais/de intenção em relação ao objeto)	Satisfação como uma atitude generalizada em relação ao trabalho
Salancik e Pfeffer	1977		
Harpaz	1983		
Peiró	1986		
Griffin e Bateman	1986		
Arnold, Robertson e Cooper	1991		

Fonte: Adaptado de Alcobia, 2011, p.327

Assim, podemos concluir que a satisfação profissional é um elemento que procura responder a um “estado emocional positivo, ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho, sendo essa satisfação apresentada (...) como um sentimento e forma de estar positivos, perante a profissão” (Tavares, 2008, p.19).

2. Teorias Explicativas da Satisfação Profissional

Foi na década de 30 do século XX que surgiram os primeiros estudos sobre a satisfação profissional (Martinez & Paraguay, 2003). Muitos foram os autores que ao longo do tempo se debruçaram em estudar os aspetos considerados desejáveis e indesejáveis para o alcance da satisfação profissional, formulando diferentes perspetivas teóricas.

Posto isto, para melhorar a interpretação e compreensão da satisfação profissional, Tribett e Rush (1984) propuseram agrupar os modelos teóricos em teorias de conteúdo e teorias de processo e sobre as quais nos pronunciaremos seguidamente.

2.1. Teorias de Conteúdo

As teorias de conteúdo procuram especificar as necessidades relevantes para o indivíduo satisfazer. Visam a sua análise nos motivos do comportamento humano e suas ambições, num sentido lato e não apenas no contexto laboral (Torres, 2011).

A teoria da hierarquia das necessidades de Maslow e a teoria bifactorial de Herzberg incluem-se nas teorias de conteúdo e estas relevantes no estudo das teorias da motivação.

2.1.1. A Teoria de Motivação de Maslow

A teoria de motivação de Maslow (1954), que ainda hoje se mantém atual, pugna pela hierarquização das necessidades humanas em cinco níveis, os quais são representados numa conceção piramidal abaixo.

Figura 1. Pirâmide das necessidades de Maslow



Fonte: Adaptado de Maslow, 1954

Partindo para a análises dos diferentes níveis, seguindo uma ordem ascendente:

- **Necessidades Fisiológicas** estão relacionadas com a sobrevivência do ser humano e com a satisfação das necessidades básicas, tal como comer, beber ou dormir;
- **Necessidades de Segurança**, que compreendem o desejo de proteção do indivíduo, quer no plano físico, emocional, social ou familiar;
- **Necessidades Sociais** referem-se ao desejo de interagir socialmente, ser estimado e aceite, de pertencer a um grupo, e a necessidades de amizade e de amor;
- **Necessidades de Estima** representam a necessidade e desejo de realização e reconhecimento dos outros, e de obter prestígio e poder;
- **Necessidades de Auto-Realização** incluem a concretização das competências e capacidades pessoais e de excelência, concedendo um permanente estímulo na vida do indivíduo (Henriques, 2015; Matos, 2012; Torres, 2011).

Maslow (1954) baseia-se no pressuposto que apenas após as necessidades mais básicas estarem asseguradas se ascenderá à satisfação das necessidades mais complexas da hierarquia. Todavia, esta hierarquia não se assume como rígida, podendo necessidades mais elevadas precederem às mais básicas quando estas estão satisfeitas, visto que estes níveis podem ser interdependentes e justapostos (Torres, 2011).

As contribuições de Maslow deram origem a inúmeros estudos, a novos modelos teóricos e as suas formulações mantêm-se alvo de atenção por muitos cientistas do comportamento, tal como Herzberg (1959), McClelland (1961), Alderfer (1969), entre outros (Henriques, 2015).

2.1.2. Teoria Bifatorial de Herzberg

Outro valioso contributo é a teoria bifatorial de Herzberg. Esta tem como pontos centrais para a satisfação profissional fatores higiênicos (extrínsecos) e fatores motivacionais (intrínsecos).

Os fatores extrínsecos ao indivíduo estão relacionados com políticas organizacionais, supervisão técnica, relações de trabalho, condições de trabalho (segurança; vínculo laboral) e remuneração. Já os fatores intrínsecos interligam-se com o ambiente em que o indivíduo está inserido, correlacionando-se com o sucesso individual, reconhecimento da realização de tarefas, responsabilidade, promoção e desenvolvimento (Henriques, 2015; Matos, 2012; Torres, 2011).

Segundo Herzberg e colaboradores (1959) o oposto de satisfação profissional não é obrigatoriamente a insatisfação profissional, mas sim a inexistência de satisfação profissional, que ficará dependente da ausência de fatores extrínsecos.

Concluindo, dentro de cada um dos fatores, quer sejam extrínsecos ou intrínsecos, pode-se afirmar que há sempre indivíduos mais satisfeitos e outros menos satisfeitos (Torres, 2011).

De acordo com o supracitado, observam-se pontos semelhantes entre os modelos de Herzberg e de Maslow (tabela 2), podendo gerar uma teoria mais vasta do comportamento (Chiavenato, 1987).

Tabela 2. Modelos de Maslow e de Herzberg sobre as Teorias da Motivação

Hierarquia das Necessidades de Maslow	Comparação	Fatores Higiênicos e Motivacionais de Herzberg
Necessidades de Auto-Realização	Fatores Motivacionais ou Intrínsecos	Responsabilidade Progresso Crescimento
Necessidades de Estima		Realização Reconhecimento Estatuto
Necessidades Sociais	Fatores Higiênicos ou Extrínsecos	Relações interpessoais Supervisão Colegas e subordinados
Necessidades de Segurança		Supervisão técnica Políticas administrativas e empresariais Segurança no cargo
Necessidades Fisiológicas		Condições físicas de trabalho Remuneração Vida pessoal

Fonte: Chiavenato (1987) e Kenrick *et al.* (2010) (Adaptados)

A teoria de Herzberg gera alguma controvérsia, uma vez que os estudos não obtiveram comprovação e posteriormente foram apresentados estudos com conclusões díspares e que igualmente não confirmam a dicotomia da abordagem (Alcobia, 2011; Bueno, 2002).

2.2. Teorias de Processo

Na década de 60 surgem as teorias de processo, na sequência de ideologia na investigação da satisfação/insatisfação profissional. Este novo paradigma de análise valoriza compreender os processos cognitivos intrínsecos individuais e estudar os fatores situacionais que conduzem um indivíduo a se motivar e a ter um comportamento estimulado (Torres, 2011; Matos, 2012).

Assim, segundo Gregório (2008), estas teorias procuram compreender as expectativas e valores que cada indivíduo tem acerca do trabalho, tal como a diretriz seguida pelo comportamento.

2.2.1. Teoria das Expectativas de Vroom

A Teoria da Expectativa de Vroom (1964) trata-se de uma teoria cognitiva, pela qual cada pessoa é um decisor racional no que se refere à quantidade de esforço que coloca na situação de trabalho, a fim de obter as recompensas pretendidas. Por outras palavras, afirma que a força para agir está subjacente à força da expectativa do resultados e do que esse resultado representa para o indivíduo (Neves, 2011).

Prevê que as pessoas conseguem antecipar as consequências de uma opção e como essas consequências condicionam os seus interesses (Martinez & Paraguay, 2003).

Segundo Neves (2011), Silva (2012) e Henriques (2015) esta teoria sustenta-se com base em cinco conceitos:

- Resultados – aspetos que a organização faculta ao trabalhador como contrapartida pelo seu desempenho. Pode ser entendida como positiva (remuneração, promoção, férias, segurança, realização pessoal), ou negativa (exaustão, frustração, ansiedade, supervisão autocrática)
- Valência ou grau de atratividade – força de atração ou rejeição sentida ou percebida, a qual pode ser positiva se estimulante para o profissional, ou negativa, se provoca insatisfação;

- Instrumentalidade – ação casual entre a potencialidade de desempenho e os resultados. Quando o profissional estabelece uma remuneração ao desempenho, alcança uma instrumentalidade positiva;
- Expectativa – o que o indivíduo antevê como provável resultado em função do seu desempenho. Quando o profissional, perante várias opções, escolhe a mais adequado para atingir o objetivo pretendido;
- Força – tensão existente da pessoa interiormente, capaz de a motivar ou a quantidade de esforço empregue.

Desta forma, o comportamento é uma decisão baseada na expectativa de uma recompensa, isto é, quanto maior for a expectativa que determinado fim será atingido, maior será a motivação para o empenho num comportamento adequado (Torres, 2011).

Em 1967, Porter e Lamler debruçaram-se nesta teoria e introduziram-lhe uma modificação, a qual salienta que a relação causal não é entre satisfação e desempenho, mas sim entre desempenho e satisfação. Para estes autores, o desempenho depende de diversas causas, designadamente o processo do equipamento e o tipo de liderança (Torres, 2011).

2.2.2. Teoria da Discrepância

A Teoria da discrepância defendida por Locke (1969) tem como pressuposto a ideia de que a satisfação é determinada pelas diferenças entre as recompensas que a pessoa recebe e o outro nível de recompensas possíveis. (Neves, 1998).

Para Locke (1976 citado por Torres, 2011), a resposta emocional é um reflexo de uma apreciação de valores: o que o indivíduo quer e a relevância do que quer. Desta forma, a intensidade da emoção dependerá do posicionamento que os valores envolvidos na emoção têm na hierarquia de valores do indivíduo.

Na sua teoria, considera-se que a satisfação e a insatisfação são situações opostas ao mesmo fenómeno, a qual se exprime num estado emocional de alegria (satisfação) ou de sofrimento (insatisfação) (Torres, 2011). Num contexto de trabalho, a satisfação e a insatisfação é decorrente da relação entendida entre o que a pessoa pretende das tarefas/funções e o que sente que lhe é dado (Neves, 1998).

Ainda na referência a Locke (1976), são identificadas três dimensões primordiais que permitem a clarividência do processo de discrepância:

- A satisfação com as dimensões do trabalho – abordagem da problemática da avaliação afetiva, pelo indivíduo, das múltiplas dimensões do trabalho;
- A descrição das dimensões – percepção da isenção de afetos e que se centralizam em experiências adjacentes com especificidades do trabalho;
- A relevância das dimensões – importância ou valor conferido pelo indivíduo às dimensões do trabalho (Brázio, 2015; Matos, 2012).

Portanto, a discrepância vai ser o produto dos valores atribuídos às dimensões do trabalho e a satisfação no trabalho advirá do valor conferido a cada uma das dimensões e da sua coerência (Brázio, 2015).

Em suma, a ausência de consistência e concordância entre os modelos teóricos expostos, é uma explicação plausível para a divergência de opiniões quando procuramos conceptualizar satisfação profissional, conceito que se confirmou bastante subjetivo.

Enquanto as teorias de conteúdo se baseiam nas necessidades e/ou valores disciplinadores da satisfação em contexto laboral, as teorias processuais salientam a relevância para o indivíduo dos objetivos e expectativas profissionais, das competências e das normas percebidos, na avaliação do seu desempenho, num determinado contexto laboral.

3. Medição da Satisfação

A medição da satisfação profissional usualmente decorre de forma direta, através da aplicação de questionários que permitem obter informação sobre a percepção dos indivíduos em relação a variadas dimensões do trabalho. A resposta é dada elegendo uma das múltiplas opções de escala cotada, tipo *Likert*. Pode-se ainda recorrer a questionários com perguntas abertas, a entrevistas ou a técnicas dos incidentes críticos, sendo estes métodos menos frequentes (Alcobia, 2011; Hill & Hill, 2008; Martins & Santos, 2006).

Existe uma diversa panóplia de questionários usados para medição da satisfação. Os estudos sobre satisfação profissional, em Portugal, na área da saúde, são múltiplos, tal como os instrumentos para a sua avaliação. Mencionando apenas os pioneiros no país e o Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional (IASP), que irá ser utilizado no presente estudo.

Com base teoria da discrepância, Graça (2000) compôs um instrumento de avaliação de satisfação profissional, com oito dimensões e 47 questões, utilizando as variáveis estrutura emocional, características sociodemográficas e suas interações sociais.

Através da técnica de grupo nominal, Ferreira (1996), adquirindo informação das enfermeiras-chefe e da enfermeira-supervisora, identificou áreas que poderiam elucidar o nível de satisfação dos profissionais de enfermagem num hospital pediátrico e construiu um instrumento de medida.

Ultimamente tem-se recorrido ao Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP), do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), com o intuito de avaliar satisfação profissional em profissionais da saúde (Henriques, 2015; Matos, 2012; Batista, Santos, Santos, & Duarte, 2010; Ferreira & Antunes, 2009).

Na presente dissertação é o instrumento utilizado avaliando a satisfação profissional através da “Qualidade do Local de Trabalho”, da “Qualidade na Prestação de Cuidados”, da “Melhoria Continua da Qualidade”.

Capítulo II – Cuidados Paliativos no Contexto do Sistema de Saúde Português

1. Evolução dos Cuidados Paliativos

O verbo latino *palliare* é a origem etimológica da palavra “paliativo”, o qual simboliza manto/capa (Twycross, 2003), tendo uma conotação de uma atitude de proteger, acalantar ou atenuar o desconforto ou o sofrimento.

Foi a partir da década de 60 do século XX que surge o movimento de cuidados paliativos. Personificado por Cicely Saunders, em Inglaterra, iniciou o denominado movimento dos hospícios e, posteriormente, nos Estados Unidos da América (EUA), Elisabeth Kubler-Ross, começando a surgir seguidores por todo o mundo (Neto, 2010; SECPAL, 2002).

Este movimento veio contrariar a despersonalização de cuidados, a desumanização da morte e defender que o cuidar em fim de vida é um direito humano (Capelas, 2009), despontando assim as primeiras demonstrações da necessidade da implementação de cuidados rigorosos, científicos e de qualidade em pessoas em estadios avançados de doença, sem menosprezar as vertentes psicológicas, sociais e espirituais assentes numa perspetiva holística. Tudo isto para ser possível a promoção da autonomia e dignidade da pessoa doente (Ataíde, 2014; Barroso, 2010).

Ao longo do século XX foi observada a medicalização da morte, sendo veemente tida em conta a partir dos anos 70 por Ivann Ilitch, vindo mais uma vez encorajar a necessidade de assegurar a dignidade até ao fim (Sapeta & Lopes, 2007).

No contexto Europeu, apenas no final dos anos 90 surgiram as primeiras atividades e estudos em cuidados paliativos começaram a ser desenvolvidas. A Associação Europeia de Cuidados Paliativos foi a primeira sociedade criada com vista a promover os cuidados paliativos no contexto Europeu (Clark & Centeno, 2006).

De acordo com Freitas (2012) os cuidados paliativos surgiram como uma oposição à despersonalização dos cuidados que eram prestados numa fase terminal da vida, procurando então centrar-se na “boa morte”, na qualidade de vida, na autonomia e na dignidade humana.

2. Definição, Princípios e Critérios

Foi em 1990 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a primeira definição de cuidados paliativos e destacou a atenção para a necessidade de serem implementados

programas de cuidados paliativos. Em 2003 a esta análise acrescentou-se a recomendação do Conselho da Europa (Capelas, 2009).

Em 2002, a OMS reformulou uma definição para os cuidados paliativos, fazendo distinção entre se tratar de adultos ou crianças. Os cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que encaram problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave, através da prevenção e alívio do sofrimento, recorrendo à identificação precoce, a uma correta avaliação e tratamento da dor e outros problemas quer físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2018).

Os cuidados paliativos para crianças representam um campo especial, embora intimamente relacionado com os cuidados paliativos de adultos. Referem-se ao cuidado ativo total do corpo, mente e espírito da criança não menosprezando o apoio à família (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

A prática de cuidados paliativos assenta em princípios e direitos fundamentados pela OMS, mas igualmente adotados por Portugal através do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2005) e pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). Os cuidados paliativos:

- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, pelo que não antecipam nem atrasa a morte, reprovando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Encaram a doença como etiologia de sofrimento a amenizar, considerando que o objetivo central é o bem-estar e qualidade de vida do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto é possível até ao fim, sem nunca menosprezar a sua identidade e dignidade;
- Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, reconhecendo e aceitando em cada doente os seus próprios valores e prioridades e oferecendo cuidados específicos, diferenciados e interdisciplinares em resposta ao sofrimento físico, psicológico, social e espiritual;
- Baseiam-se nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, o que é apenas possível com acompanhamento, compaixão, disponibilidade, continuidade e rigor científico;

- Abrangem as necessidades não só dos doentes mas também das suas famílias e/ou cuidadores, os quais se prolongam pelo subseqüente período do luto.

Podemos, assim, afirmar que os cuidados paliativos são cuidados integrais, totais, contínuos e com uma resposta ativa aos problemas quer físicos, psicológicos, sociais, económicos e espirituais que as pessoas encaram quando têm uma doença incurável e progressiva. Atenuam o sofrimento que a doença gera e ajudam a dar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e às suas famílias, respeitando as suas preferências, objetivo e valores culturais, sociais e espirituais, sempre com uma abordagem sistémica (OPCP, 2017; APCP, 2016).

Tanto a nível internacional pela OMS (2014) como a nível nacional com a DGS (2005) e pela APCP (2006) foram criados critérios de inclusão para determinar os doentes que requerem deste tipo de cuidados. Estes critérios consistem em ser doente portador de doença em estágio avançado, progressiva, incurável, com diagnóstico confirmado e prognóstico de vida limitado e ter sintomas de etiologia multifactorial e intensa causada por patologia crónica evolutiva e incapacitante (Ataíde, 2014).

Uma boa qualidade de cuidados paliativos deve ser igualmente acessíveis a todos, independentemente da etnia, idade, religião, localização geográfica, tipo de doença, expectativa de vida e posição socioeconómica (Clark & Centeno, 2006).

Para além disso, os cuidados paliativos devem ser prestados em qualquer estágio da doença, desde o seu diagnóstico, até à fase terminal, sem menosprezar o suporte à família no momento do luto e durante o tempo em que lhe trouxer benefício (Ataíde, 2014; OMS, 2014; Freitas, 2012; ACPC, 2006).

Contudo, cresce nos cuidados paliativos outra dimensão de abordagem. São igualmente importantes em doenças graves e debilitantes, mesmo que curáveis, as quais podem estar relacionadas a um alto nível de sofrimento e, assim, ser benéficas intervenções dos cuidados paliativos numa dimensão de suporte e não de términos de vida (ACPC, 2016; WHO, 2013; Radbruch & Payne, 2009; Neto, 2006).

Em suma, os cuidados paliativos focalizam-se mais no doente que na doença. Pese embora aceitem a morte, procuram e melhoram a vida, compondo uma forte união entre o doente/família/cuidadores (Twycross, 2001).

3. Cuidados Paliativos em Portugal

Uma perspetiva paliativa perante as enfermidades incuráveis já é relatada em alguns textos médicos portugueses do século XVI, contudo apenas no início dos anos 90 se observaram as primeiras iniciativas no domínio dos cuidados paliativos em Portugal, revelando um atraso significativo quando comparado com o aparecimento mais precoce em outros países europeus (Marques *et al.*, 2009; Clark & Centeno, 2006; Morrison & Meier, 2004).

3.1. Evolução da política de cuidados paliativos em Portugal

Em Portugal, os Cuidados Paliativos tiveram início nos anos 90, com a criação no Hospital do Fundão, em 1992, de uma Unidade de Dor com camas de internamento para doentes com patologia oncológica no serviço de Anestesiologia (Marques *et al.*, 2009).

Contudo, foi apenas dois anos mais tarde, em 1994, que surgiu o primeiro serviço de Cuidados Paliativos no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, o qual primeiramente apenas tinha 5 camas no serviço de radioterapia. Em 1996, este serviço foi transferido para um espaço próprio, no edifício da Liga Portuguesa Contra o Cancro, onde estavam inseridas 20 camas de internamento.

Ainda em 1996 foi criada a primeira equipa domiciliária de cuidados continuados, que abrangia a prestação de cuidados paliativos (Marques *et al.*, 2009).

Em 2001 surge uma nova instituição estruturada de cuidados paliativos, com a inauguração do Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia em Coimbra. Um ano mais tarde é inaugurada a Unidade da Santa Casa da Misericórdia de Azeitão (Barroso, 2010; Marques *et al.*, 2009).

A introdução dos cuidados paliativos em Portugal surgiu pelo interesse de um conjunto de pessoas no tratamento da dor crónica na doença oncológica avançada e pela carência em manter a continuidade dos cuidados dos doentes em fases mais avançadas de doenças incuráveis e não por uma iniciativa do governo (Neto, 2010; Marques *et al.*, 2009).

A 21 de Julho de 1995 foi fundada a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), inicialmente denominada de Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), de acordo com o Diário da República, III série, n.º 223 de 26 de setembro de 1995. Os sócios fomentadores eram, na sua generalidade, elementos da Unidade de

Cuidados Paliativos (UCP) do IPO do Porto e constataram a inexistência da promoção dos Cuidados Paliativos em Portugal. Em 1996, foi publicado o 1º Boletim da ANCP, o qual passou a ser trimestral publicado.

Sensivelmente uma década depois da introdução dos Cuidados Paliativos em Portugal, observaram-se as primordiais iniciativas governamentais e, só nessa altura, os Cuidados Paliativos foram vistos como constituintes fundamentais dos cuidados de saúde (Marques *et al.*, 2009).

Em 2001 foi publicado o Plano Oncológico Nacional que visa a promoção de todas as ações e intervenções cujo objetivo é cuidar, nas melhores condições, as pessoas com neoplasias malignas. Para além disso, este plano prevê a formação de equipas hospitalares de cuidados paliativos; a criação de unidades de cuidados paliativos na comunidade, constituídas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, apoiantes espirituais e voluntários; a introdução da área de cuidados paliativos na formação dos especialistas em oncologia e o incentivo à formação regular dos médicos de família em cuidados paliativos (Conselho de Ministros, 2001).

No mesmo ano, surgiu o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que tinha como objetivo criar, até 2007, Unidades de Dor nos serviços de prestação de cuidados de saúde, a fim de proporcionar ao maior número possível de doentes em território nacional, alívio da dor aguda ou crónica de qualquer etiologia (DGS, 2001).

Pelo Decreto-Lei n.º 281 de 8 de Novembro de 2003, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados, dando uma resposta específica para doentes que carecem de cuidados de média e longa duração, em regime de internamento, no domicílio ou em unidades de dia, orientada para a recuperação global e a manutenção da funcionalidade do doente crónico (DGS, 2005).

É no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 que surge o reconhecimento dos cuidados paliativos como uma área que urge de intervenção, sendo publicado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Este programa adota como componentes fundamentais “o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade” (DGS 2005, p.8).

Concomitantemente, identifica os cuidados paliativos como um componente fundamental dos cuidados de saúde, o qual necessita de apoio qualificado, sendo uma necessidade no

contexto da saúde pública e um impreterível ético que promove os direitos fundamentais e como um encargo social (DGS, 2005).

3.2. Evolução da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados até à Rede Nacional de Cuidados Paliativos

Em Portugal, resultante do efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade levou ao crescente envelhecimento populacional. Juntamente com o aumento da esperança média de vida e com o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes observaram-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006, 06/06/2006).

De acordo com o mesmo decreto-lei é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em colaboração entre os Ministérios da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, que protocola a prestação de cuidados de saúde a pessoas, que independentemente da idade, estão em situação de dependência com patologias crónicas incapacitantes, com dependência funcional ou ainda com doenças severas e/ou incuráveis em fase avançada e em fim da vida. Aqui foi o início do reconhecimento do direito inquestionável de cada pessoa à prestação de cuidados paliativos (Freitas, 2012; RNCCI, 2009).

Para a prestação de cuidados de saúde e apoio social a assegurar peça RNCCI foram estabelecidas diferentes tipologias de acordo com as diversas situações de saúde, denominadas nessa altura por Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias (Ataíde, 2012).

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012, é publicada a 5 de setembro de 2012 e “consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob a tutela do Ministério da Saúde”. Em consonância com a European Association of Palliative Care (EAPC), estabelece três tipos de equipas de prestação de Cuidados Paliativos: Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), diferindo entre si no conceito e objetivos, necessidades na comunidade e requisitos.

Pela Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro de 2015, é regulamentado no âmbito da RNCP, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

Em alteração ao diploma anterior, visto serem usadas estruturas da RNCCI, nomeadamente as equipas de coordenação regionais (ECR) para a gestão de doentes. Por a RNCP ser uma rede funcional, com uma filosofia e visão própria focada nas pessoas com carências específicas desta área, a Portaria n.º 165/2016 de 14 de junho de 2016. Este documento é implementado a fim de promover a criação de serviços de cuidados paliativos que prestem suporte aos três níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados) e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados em concordância com o enunciado na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

É aprovado o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018, pelo Despacho n.º 14311-A/2016, o qual designa os coordenadores, tanto a nível nacional como regional e define as competências dos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pretende-se, então, a construção de uma RNCP com base no modelo colaborativo e integrado, facilitando a intervenção das equipas de cuidados paliativos nos três níveis.

Uma segunda alteração à Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, alterada e republicada pela Portaria n.º 165/2016, de 14 de junho, surge com a Portaria n.º 75/2017, assente em alterações referentes à admissão, referenciação, admissão e prorrogação, mobilidade e alta dos utentes das UCP-RNCCI.

Com a Portaria n.º 66/2018 procede à terceira alteração à Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, alterada e republicada pela Portaria n.º 165/2016, de 14 de junho, e novamente modificada pela Portaria n.º 75/2017, de 22 de fevereiro. Neste âmbito, importa promover a criação de equipas intra-hospitalares pediátricas de suporte em cuidados paliativos e reforçar o suporte em cuidados paliativos de crianças e jovens, nos três níveis de cuidados de saúde através da articulação destas equipas com as restantes equipas locais da RNCP, que prestam cuidados paliativos ao longo de todo o ciclo de vida e com a resposta pediátrica da RNCCI, garantindo uma resposta de qualidade e integrada de cuidados de saúde adequada às necessidades da criança e da família.

3.3. Caracterização das equipas locais da Rede Nacional de Cuidados Paliativos

Tal como supracitado, com o intuito de responder às necessidades, desejos e preferências da pessoa doente os diferentes tipos de equipa de prestação de cuidados paliativos tornaram-se fundamentais. Desta forma a tabela abaixo (tabela 3) caracterizará as vertentes de cada equipa.

Tabela 3. Equipas de Cuidados Paliativos

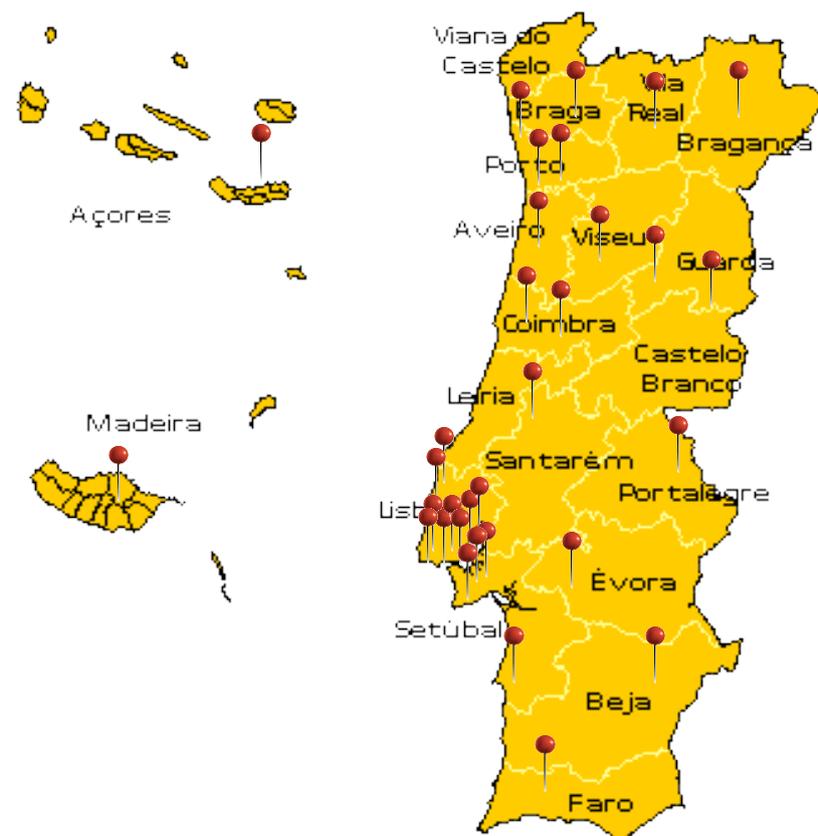
UCP	<ul style="list-style-type: none">• Prestação de cuidados em regime de internamento;• Pode fazer parte de uma ala do hospital ou funcionar como serviço independente;• Objetivo: aliviar o desconforto subjacente à doença e aos tratamentos e, se possível, estabilizar o <i>status</i> funcional do doente, providenciar ao doente e sua família apoio psicológico e social, com o intuito da alta ou transferência para outro tipo de unidade;• Equipas multidisciplinares e multiprofissionais, que permitam oferecer apoio físico, psicológico, social e espiritual;• Disponível 24 horas por dia, diariamente, com oferta de outros serviços como centros de dia, apoio domiciliário, apoio intra-hospitalar e consulta externa.
EIHSCP	<ul style="list-style-type: none">• Aconselhamento especializado e suporte à equipa de saúde, doentes e familiares em contexto hospitalar, com educação formal e informal e contacto com outros serviços dentro e fora do hospital;• Objetivo: aliviar sintomas de doentes em diversas áreas do hospital e orientar os profissionais, sendo que a implementação de terapias e intervenções mantém-se responsabilidade desses mesmos profissionais do internamento onde se está o doente;• Equipas essencialmente constituídas por médicos e enfermeiros.
ECSCP	<ul style="list-style-type: none">• “Pedra basilar de uma adequada rede de cuidados” (Capelas & Coelho, 2014, p.23);• Cuidados especializados centrados em doentes que requerem de cuidados domiciliários e apoio aos seus familiares;• Apoio para às equipas, tais como médicos de família e enfermeiras que prestam cuidados domiciliários;• Objetivos: sobretudo função de orientação e aconselhamento na área da analgesia, controlo de sintomas, cuidados paliativos e apoio psicossocial; podem dar apoio direto aos doentes embora seja menos usual.

Fonte: Lei n.º 52/2012 (05-09-2012); Capelas & Coelho (2014) e Pereira (2016) (Adaptados)

Foram identificadas pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP) até Maio de 2017, em Portugal, 79 equipas de cuidados paliativos. Cerca de 25% destas equipas orientadas por instituições privadas, que preponderantemente possuem acordos com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), seguradoras e outros subsistemas de saúde e as restantes equipas são de gestão pública (OPCP, 2017).

De acordo com a mesma fonte, está ilustrado pela figura abaixo a distribuição das UCP.

Figura 2. Distribuição das UCP em Portugal



Fonte: OPCS (2017)

Podemos aferir que há 32 unidades de internamento em cuidados paliativos (figura 3), sendo que metade destas está sob uma gestão de entidades privadas.

Usando a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), das 25 regiões NUTS III existem 7 regiões sem qualquer unidade de internamento em cuidados paliativos e 14 regiões apenas têm uma unidade em toda a região (OPCP, 2017).

Já relativamente às EIHSCP estima-se que 70 hospitais dispõem de apoio intra-hospitalar por equipas de cuidados paliativos, com uma distribuição em Portugal demonstrada pela

De exceção a um horário de funcionamento normal, existem em todo o país 4 equipas (uma destas de cariz público) que prestam visitas domiciliárias noturnas e ao fim-de-semana. Outras 5 equipas oferecem apoio telefónico 24 horas por dia (OPCP, 2017).

Figura 4. Distribuição das ECSCP em Portugal



Fonte: OPCP (2017)

3.4. A multidisciplinaridade da equipa dos Cuidados Paliativos

O Cuidado Paliativo tem adjacente ao seu conceito um conjunto de intervenções multiprofissionais que procuram controlar os sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que estão intrínsecas nesta fase mais avançada da doença ou final de vida (CREMESP, 2008).

Também o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2005, p.6) afirma que pela

“complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final de vida obrigam a que a abordagem, com o valor de cuidado de saúde, seja, sempre, uma tarefa multidisciplinar, que congrega, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.”

Assim sendo, o trabalho de equipa é um componente fulcral em cuidados paliativos. Necessita de uma equipa multiprofissional e com uma estrutura interdisciplinar, que inclua membros de diferentes valências, capazes de dar resposta a um conjunto de necessidades físicas, psicológicas, emocionais, psicossociais e espirituais, abrangendo então médicos, enfermeiros, assistentes sociais, assistentes espirituais, voluntários e uma multitude de terapeutas nomeadamente nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, entre muitos outros. (Freitas, 2012; Radbruch & Payne, 2009).

Só desta forma é possível prestar e/ou melhorar os cuidados em doentes com esta condição particular e são fatores como estes que estão associados à manutenção da qualidade de vida (Freitas, 2012).

Em Portugal, os cuidados paliativos são reconhecidos como área de competência e de especialização pela Ordem dos Médicos, contudo pela dos Enfermeiros não o são. Ainda é possível observar disparidades nas práticas e uma menorização do trabalho efetivo em cuidados paliativos bem como uma exígua abordagem a esta temática nos cursos de base (Barroso, 2010).

Parte II – Estudo Empírico

1. MÉTODOS

O problema de investigação deste estudo é pertinente pela necessidade e imprescindibilidade, cada vez mais frequente, da avaliação da satisfação dos cuidadores profissionais. Para além disso, avaliar o nível de *burnout* dos profissionais e de que forma este relaciona com o nível de satisfação profissional.

A metodologia adotada, neste estudo, compreende o modelo concetual do estudo, os instrumentos de recolha de dados, a questão e hipóteses de investigação, os procedimentos formais, o tratamento estatísticos de dados e a apresentação dos resultados.

1.1. Objetivos e Modelo Conceptual do Estudo

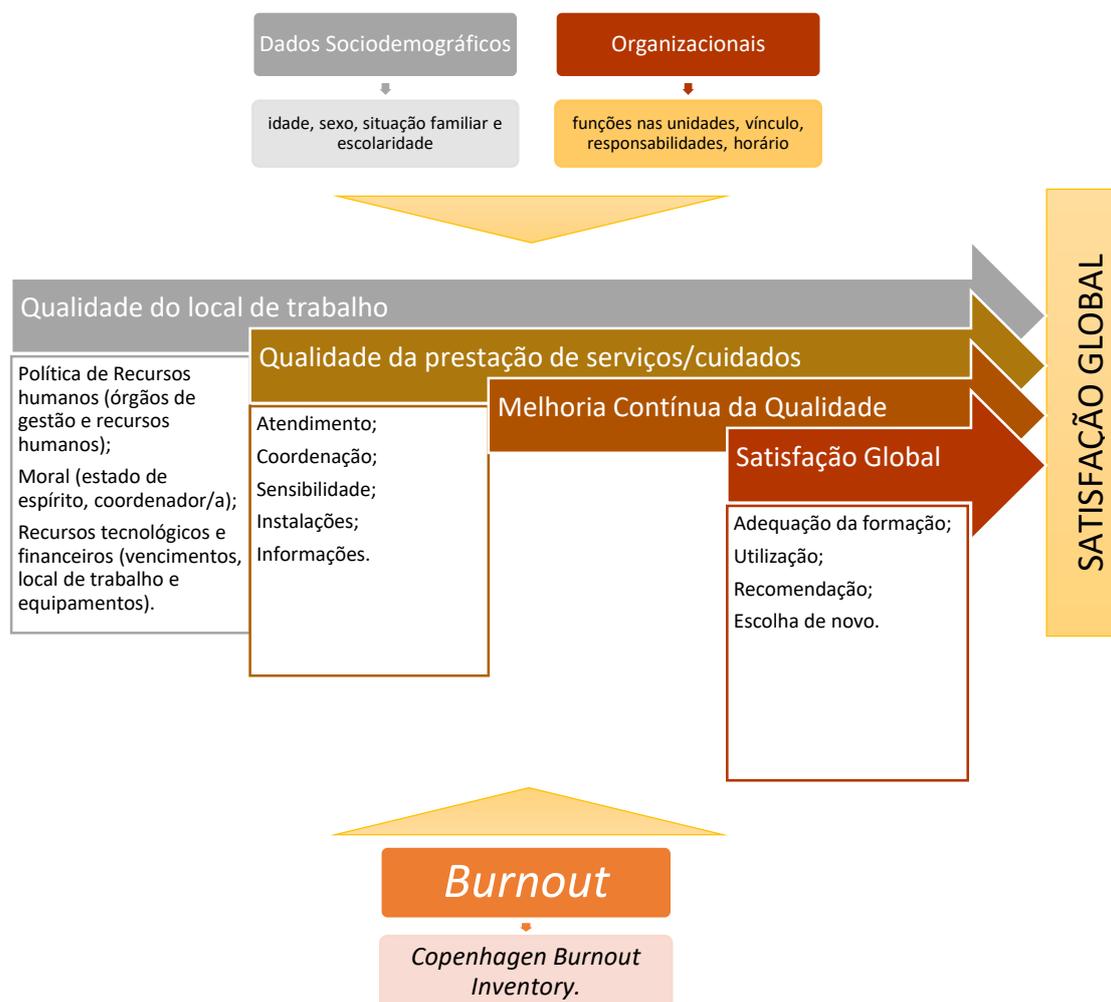
Este é um estudo de investigação realizado mediante pesquisa de carácter descritivo, transversal, com componente correlacional, cujo objetivo é avaliar os níveis de satisfação dos profissionais que constituem as equipas multidisciplinares em cuidados paliativos.

Como objetivos específicos, conducentes ao alcance do objetivo geral, relacionar a satisfação profissional com os fatores sociodemográficos, com os fatores organizacionais, com a satisfação com a qualidade do local de trabalho, com a satisfação com a qualidade dos cuidados prestados, com a satisfação com a melhoria contínua da qualidade, com o *burnout* e com a satisfação global.

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, tipo de vínculo;
- Qualidade do local de trabalho: recursos humanos, tecnológicos e financeiros, equipamentos, moral, políticas;
- Qualidade da prestação dos serviços/cuidados: atendimento, coordenação, sensibilidade, instalações, informações;
- Melhoria contínua da qualidade;
- *Burnout*;
- Satisfação global.

Figura 5. Modelo Conceptual de Análise de Estudo



1.2. Questão e Hipóteses de Investigação

Atendendo aos objetivos delineados, é pertinente definir a questão de investigação:

- Qual o nível de satisfação dos profissionais que integram as equipas de cuidados paliativos?

Para dar resposta a esta questão e para um mais claro conhecimento do problema, definiram-se hipóteses:

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

H1. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das dimensões da satisfação profissional, em relação a 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, vencimento).

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, vencimento).

H03. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, entre EIHSCP e UCP.

H1. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, entre EIHSCP e UCP.

H04. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, conforme as atitudes da satisfação global.

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

H05. Não existe correlação entre o nível de *burnout* dos profissionais das equipas de cuidados paliativos e a satisfação profissional.

H1. Existe correlação entre o nível de *burnout* dos profissionais das equipas de cuidados paliativos e a satisfação profissional.

1.3. Instrumento de Colheita de Dados

Os questionários aplicados para a medição da satisfação foi o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP) do Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e questionário *Copenhagen Burnout Inventory*, elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga, sendo a primeira

edição de 2004 (Kristensen *et al*, 2005) e que traduzido, validado e adaptado para Português por Fontes (2011).

Em conjunto com o orientador do presente trabalho de investigação, estes instrumentos foram adaptados, intitulado-se, assim, “Satisfação Profissional em Cuidados Paliativos” (em anexo I). Constitui-se por 37 questões, divididas em 5 grupos.

O primeiro grupo foca-se em variáveis de controlo que são os fatores organizacionais: identificação da tipologia da UCP; quantificação das horas de trabalho na unidade; tipo de vínculo; tipo de funções; categoria profissional; tempo de serviço na unidade; tempo de serviço na profissão.

Com base no modelo conceptual anteriormente apresentado, mediu-se a perspetiva dos profissionais através das seguintes escalas (tabela 4):

Tabela 4. Descrição das dimensões, sub-dimensões e facetas do estudo

	Escalas	Subescalas	Facetas	Questões	
Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP)	Qualidade do Local de Trabalho (QLT)	Política de Recursos Humanos (PRH)	Órgãos de gestão (OG)	17A – 17D	
			Recursos humanos (RH)	13A – 14B	
		Moral (MOR)		Coordenação (CO)	11A – 11K
				Estado de espírito (EE)	15A – 15B
		Recursos Tecnológicos e Financeiros (RTF)		Vencimentos (VC)	16A – 16C
				Unidade e equipamentos (UE)	12A – 12D
			Qualidade da Prestação de Cuidados (QPC)		18A – 18G
			Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ)		19A – 19H
<i>Copenhagen Burnout Inventory (CBI)</i>	<i>Burnout Pessoal (P)</i>				
		<i>Burnout relacionado com o Trabalho (T)</i>		20(1) – 20(19)	
		<i>Burnout relacionado com o Utente (U)</i>			
		Satisfação Global (SG)		21-27	

O segundo grupo é constituído pelo IASP, onde a primeira escala, “Qualidade do Local de Trabalho” é composta por 29 questões que se subdividem:

- Política de recursos humanos em que consta a avaliação dos órgãos de direção e de política e os recursos humanos;
- Moral, que avalia o estado de espírito e o coordenador/a da unidade

- Recursos tecnológicos e financeiros em que estuda o vencimento, a unidade e equipamento.

As outras escalas dos IASP, “Qualidade da Prestação de Cuidados” e a “Melhoria Contínua da Qualidade”, são constituídas por 7 questões e 8 questões respetivamente.

Em função das questões feitas nas escalas “Qualidade do Local de Trabalho”, “Qualidade dos serviços prestados na sua unidade” e “Melhoria Contínua da Qualidade”, solicita-se que assinalem a opção que melhor expresse a opinião numa escala de *Likert* de 5 pontos, na qual 1 significa “Mau”, 2 “Regular”, 3 “Bom”, 4 “Muito Bom” e 5 “Excelente”. Previu-se também a opção “não se aplica”, com classificação 6.

Para cada item, esta escala (*Likert* de 1 a 5 pontos) foi convertida numa escala percentual de 0 a 100 %, de acordo com o subsequente critério: Mau - 0%; Regular - 50%; Bom - 70%; Muito Bom - 90%; Excelente - 100%.

O terceiro grupo é composto pelo questionário *Copenhagen Burnout Inventory*. É um questionário composto por 19 questões que avaliam o *burnout*, através de três subescalas:

- *Burnout* pessoal que avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pelo profissional, sendo constituído por 6 questões;
- *Burnout* relacionado com o trabalho, em que se analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho, sendo composta por 7 questões;
- *Burnout* relacionado com o utente, avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes e é constituída por 6 questões (Fonte, 2011).

O “*burnout* pessoal” a frequência com que cada sentimento ocorre é avaliado numa escala com cinco opções que varia entre (0) “nunca/quase nunca” e (100) “sempre”. Posteriormente o “*burnout* relacionado com o trabalho” é avaliado numa escala com cinco opções: nas três primeiras questões varia entre (0) “muito pouco” e (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre (0) “nunca/quase nunca” e (100) “sempre”, sendo que na última questão a pontuação é invertida. Por fim o “*burnout* relacionado com o utente” é avaliado numa escala com cinco opções que nas três primeiras questões varia entre (0) “muito pouco” e (100) “muito” e nas últimas duas questões varia entre (0) “nunca/quase nunca” e (100) “sempre”.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a 50 pontos, de acordo com o estudo PUMA desenvolvido por Borritz e Kristensen (2004).

No quarto grupo, “Satisfação Global” é formado por escala do tipo *Likert*, de 1 a 4, mas com a pontuação atribuída invertida, representando, assim, o 1 “Claro que sim”, 2 “Provavelmente sim”, 3 “Provavelmente não” e 4 “Claro que não”. De exceção neste grupo o item 27 em que a escala é “Muito insatisfeito/a”, “Insatisfeito/a”, “Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a”, “Satisfeito/a” e “Muito satisfeito/a” e o item seguinte é de resposta aberta que procura como se poderia melhorar os serviços prestados por esta unidade e a sua qualidade como local de trabalho.

No quinto grupo contém o questionário relativo aos fatores sociodemográficos género; idade; situação familiar, escolaridade e perceção do estado de saúde/rendimento.

1.4. Coerência interna das escalas

A análise de consistência interna possibilita estudar as características de escalas de medida e as questões que as constituem, de acordo com Anastasis (1951) e DeVellis (1991). Desta forma são calculadas as medidas de coerência interna da escala e é-nos também facultada informação sobre as relações entre itens individuais da escala.

O Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) é um modelo de consistência interna, fundamentado pela correlação inter-item. Este modelo é o mais usado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas.

O Alfa de Cronbach mede a fiabilidade ou coerência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si (Hill & Hill, 2008). Por outro lado, se as correlações inter-variáveis forem altas, há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão.

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

Pensando nos critérios para um “bom” coeficiente de coerência interna é considerado pela maioria das aplicações de ciências sociais 0,80 ou mais e um coeficiente de coerência interna entre 0,70 e 0,80 é considerado como aceitável (Cronbach, 1951).

Recorrendo a estudos que aplicaram o IASP, como são exemplos os estudos de Henriques (2015) e Tavares (2008), foram determinados o Alfa de Cronbach e verifica-se que este

se situa sempre acima de 0,70 e muito frequentemente, acima de 0,9, o que significa ser considerado excelente no que respeita à sua fiabilidade.

Já no CBI, no estudo de Ferreira (2015) e Fontes (2011), calcularam-se Alfa de Cronbach e no *burnout* pessoal verifica-se que este se situa sempre acima de 0,80, no *burnout* relacionado com o trabalho o está acima dos 0,70 e, por último, a escala referente ao *burnout* relacionado com o utente apresenta um alfa sempre superior a 0,70. Desta forma, estes valores altos de Alfa de Cronbach indicam uma boa consistência interna da versão portuguesa do CBI.

1.5. Procedimento para aplicação do questionário

Com o intuito de ampliar os conhecimentos sobre este tema, este estudo teve início com a pesquisa bibliográfica, quer em bases de dados *online* como nas bibliotecas da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Biblioteca Geral.

Posto isto, pelo interesse e inexistência de investigação nesta temática decidiu-se desenvolver este projeto, recorrendo, para a colheita de dados, ao questionário IASP, desenvolvido pelo CEISUC, com o consentimento prévio do seu autor. Do mesmo modo foi solicitada a utilização do questionário CBI, versão portuguesa, ao seu autor.

Nos primeiros meses de 2017 o Observatório Português de Cuidados Paliativos enviou a todas as valências de unidades de cuidados paliativos em Portugal Continental e Regiões Autónomas, solicitando formalmente as autorizações das comissões de ética para a aplicação do questionário aos profissionais.

Procedeu-se, em todas as unidades/equipas que consentiram participar, à identificação dos seus diretores e respetivos contactos, para solicitar o número de profissionais, por categoria profissional, que se encontravam em funções na unidade, excluindo quaisquer que, por qualquer motivo (doença, maternidade, ...), estivessem ausentes do serviço. Primeiramente esta abordagem foi realizada via correio eletrónico e após a ausência de respostas por algumas instituições foram contactadas telefonicamente.

Com efeito, entre 27 de julho e 3 de agosto de 2018, enviaram-se os sobrescritos com o endereço eletrónico e o código individual para acesso e que apenas consentia uma utilização. Foram expedidos 28 envelopes para as respetivas unidades/equipas de cuidados paliativos ao cuidado de cada um dos respetivos diretor, sendo que cada um

deles possuíam vários envelopes com os sobrescritos correspondentes ao número de profissionais referidos por cada instituição.

Através da aplicação *Limesurvey*, o questionário foi disponibilizado, a 26 de julho, com encerramento a 9 de setembro. A 10 de setembro iniciou-se a análise estatística dos dados obtidos através do questionário.

Em paralelo, desenvolveu-se a revisão bibliográfica de suporte à investigação, identificando a questão de investigação, formulados os objetivos e definidas as hipóteses de trabalho e criou-se o modelo conceptual do estudo para o estabelecimento de determinadas relações expectáveis entre as variáveis e para a sua operacionalização.

1.6. Procedimentos Formais - Éticos e Legais

Atendendo à aplicação do questionário *online* e seguindo o pressuposto de Madge (2007) é de ressaltar as considerações éticas associadas: consentimento informado, confidencialidade, privacidade dos dados, as instruções e a *netiquette*, conceito empregue para explicitar o código de conduta dos que comunicam na internet.

Assim, foi considerado durante a composição do questionário, nas condutas para a sua aplicação e no tratamento dos dados:

- Pedido de autorização com devida justificação da pertinência do estudo em questão aos conselhos de administração/diretores;
- Explicitar a relevância da participação de todos os profissionais atendendo ao desígnio do estudo;
- Respeitar e assegurar os direitos de todos os participantes;
- Asseverar a confidencialidade e anonimato das respostas;
- Agradecer o contributo concedido.

No que respeita a confidencialidade é garantida pela responsabilização exposta na folha de rosto do questionário, tal como é opcional a resposta às perguntas relacionadas com a caracterização sociodemográfica. Ainda para ampliar a fiabilidade no uso da plataforma, mesmo antes de ser aberta, a carta que incluía o código de acesso ao questionário *online* já tinha patente esta informação.

Igualmente na carta faz referência ao anonimato, no qual o próprio CEISUC nunca poderá saber quem respondeu ao inquérito e, muito menos, o que cada indivíduo respondeu. Para além disso, o CEISUC desconhece a quem foi entregue o código distribuído aos profissionais.

Por último, resta assegurar a segurança da base de dados, relativamente à sua própria integridade e à identidade dos participantes, certificada pelos sistemas de proteção do servidor da Universidade de Coimbra, onde se encontra alojada a plataforma que suporta o questionário.

1.7. Tratamento Estatísticos dos Dados

A aplicação informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 23 foi a usada para o tratamento dos dados. Permite aplicar estatística descritiva, assim como verificar relação entre variáveis e comparar grupos, a fim de aferir se as diferenças entre eles são estatisticamente significativas (Hill & Hill, 2008).

Usámos como estatística descritiva a média (medida de tendência central), o desvio padrão (medida de dispersão) e as frequências absolutas (N) e relativas (%).

Para testar as hipóteses definidas os testes de hipóteses procuram encontrar uma relação significativa entre grupos, com determinada característica.

Para comparação de grupos utilizaram-se testes não paramétricos, como o Teste de U Whitney Mann, o Teste de Kruskal Wallis e, ainda correlação de Pearson. No que respeita à interpretação dos testes estatísticos utilizámos o nível de significância de 0,05.

Foi também conduzida análise de correlação de Pearson (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003) para examinar as associações entre variáveis quantitativas em estudo, como as resultantes da construção de escalas. O coeficiente de correlação de Pearson (r) é uma medida da associação linear entre variáveis e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo se situar dos valores extremos, maior será a associação entre as variáveis.

Relativamente à análise qualitativa foram analisadas os comentários à pergunta resposta aberta, procurando estabelecer paralelismos entre as diversas opiniões e sugestões.

Ainda, com o intuito de simplificar a compreensão dos resultados foram usadas tabelas e gráficos.

2. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos da análise da amostra, os quais se baseiam nos dados recolhidos com a aplicação do questionário. Caracterizaremos a amostra atendendo aos fatores sociodemográficos da amostra, e descreveremos os resultados referentes à satisfação profissional nas escalas, subescalas e facetas do IASP.

2.1. Caracterização da Amostra

Foram convidados a participar nesta investigação por 323 profissionais distribuídos por 21 unidades com diferentes valências de cuidados paliativos. No período compreendido entre 1 de agosto e 9 de setembro de 2018 foram obtidas 51 respostas, constituindo, assim, uma amostra total de $n=51$ profissionais.

A taxa de resposta global ao nosso questionário foi 15,8%, tendo sido superior nas EIHSCP com 22,6%, e inferior nas UCP com 12,0%.

Tabela 5. Taxa de respostas ao IASP das Equipas de Cuidados Paliativos

	N.º Respostas	N	TR (%)
EIHSCP	26	115	22,6%
UCP	25	208	12,0%
Total	51	323	15,8%

TR: Taxa de resposta

2.2. Fatores Sociodemográficos

De seguida, os resultados apresentados representam os fatores sociodemográficos da nossa amostra, apresentada através de tabela para uma mais fácil interpretação.

Tabela 6. Fatores Sociodemográficos

Fator	Grupo	N	%
Sexo	Masculino	4	9,1
	Feminino	40	90,9
		44	100,0
Idade	≤35 anos	14	31,8
	36 a 45 anos	15	34,1
	46 a 55 anos	9	20,5
	≥56 anos	6	13,6
		Média: 41; DP: ±10; min:26; máx.:60.	44

Situação Familiar	Solteiro/a	8	18,2
	Casado/a ou em união de facto	30	68,2
	Separado/a ou divorciado/a	6	13,6
		44	100,0
Escolaridade	Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus	3	6,7
	Licenciatura	18	40,0
	Mestrado	23	51,1
	Outro	1	2,2
		45	100,0

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

Analisando os fatores sociodemográficos podemos concluir que, na sua maioria, a amostra é constituída por profissionais do sexo feminino (90,9%). Os grupos etários com maior ênfase percentual são os de idade igual ou inferior a 35 anos (31,8%) e o grupo 36 a 45 anos (34,1%), enquanto o grupo 46 e 55 anos representam 20,5% e mais de 56 anos 13,6%. A média etária situa-se nos 41 anos, com um desvio padrão de 10 anos.

Em relação à situação familiar, 68,2% são casados ou vivem em união de facto, enquanto apenas 18,2% são solteiros e 13,6% separados ou divorciados.

Relativamente à escolaridade, 51,1% têm mestrado, 40% a licenciatura, 6,70% o ensino secundário e 2,2% outros graus de ensino.

Assim, podemos concluir que a amostra é predominantemente do sexo feminino, entre os 36 e 45 anos, casados e com o grau de mestre.

2.3. Fatores Organizacionais

De igual modo apresentamos a análise realizada aos dados da amostra relativamente aos fatores organizacionais em tabela.

Tabela 7. Fatores Organizacionais

Fator	Grupo	N	%
Horário de trabalho semanal	<35 h	17	34
	35 h	21	42
	36 a 39 h	1	2
	≥40 h	11	22
Média: 28,6; DP: ±12,4; min:1,5; máx.:40.		50	100

Tipo de vínculo	Contrato por tempo indeterminado em funções públicas	24	47,1
	Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado	25	49
	Contrato individual de trabalho a termo certo	1	2
	Outro	1	2
		51	100
Funções de coordenação	Sim	17	33,3
	Não	34	66,7
		51	100
Categoria profissional	Assistente Operacional	3	5,9
	Enfermeiro/a	24	47,1
	Médico/a	13	25,5
	Técnico/a Superior de Diagnóstico e Terapêutica	1	2
	Técnico/a Superior de Saúde	9	17,6
	Assistente técnico/a ou operacional	1	2
		45	100
Tempo de serviço na unidade (anos)	≤ 1 ano	3	6
	2-4 anos	31	62
	5-9 anos	13	26
	≥10 anos	3	6
	Média: 5; DP: ±5; min:0,5; máx.:23.	50	100
Tempo de serviço na profissão (anos)	2-4 anos	3	6,3
	5-9 anos	8	16,7
	≥10 anos	37	77,1
	Média: 19; DP: ±11; min:4; máx.:46,5.	48	100

Os fatores organizacionais podem ser interpretados através do horário semanal. Na sua maioria (42%), os profissionais da presente amostra exerciam 35 horas, sendo que 34% da amostra exercer menos de 35 horas. E 22% exerciam mais de 40 horas.

Já relativamente ao tipo de vínculo laboral, 49% tinham um “Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado” e 47,1% um “Contrato por tempo indeterminado em funções públicas”.

No que respeita à ter funções de coordenação associadas 33,3% possuem cargos de coordenação, sendo que a maioria, 66,7% não tem funções associadas.

Em relação à distribuição por categoria profissional constatou-se que 47,1% eram enfermeiros, 25,5% médicos e 17,6% técnico/a superior de saúde, entre os quais nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais.

No que respeita ao tempo de serviço na unidade revelou-se que 62% trabalham entre 2-4 anos e 77,1% já exerce a profissão há 10 ou mais anos.

2.4. Satisfação Profissional

O IASP é composto por escalas, subescalas e facetas, possibilitando obter valores médios de satisfação em cada uma das suas dimensões, subdimensões e facetas.

Primeiramente esquematizaremos os valores médios das pontuações obtidas pelos profissionais de saúde das EIHSCP (tabela 8).

Tabela 8. Média da satisfação por escala, subescala e faceta nas EIHSCP

	Escala	Subescala	Faceta
Satisfação Total 73,1%	Qualidade do Local de Trabalho 67,5% (±14)	Política de Recursos Humanos	Órgãos de gestão 42,1% (±24)
			Recursos humanos 65,2% (±17)
			Coordenação 78,9% (±29)
			Estado de espírito 80,4% (±12)
			Vencimentos 28,6% (±28)
			Unidade e equipamentos 75,7% (±12)
			Recursos Tecnológicos e Financeiros 55,2% (±16)
			Qualidade da Prestação de Cuidados 81,8% (±10)
			Melhoria Contínua da Qualidade 84,9% (±12)

Da análise da tabela acima, na EIHSCP, a média da “satisfação total” representada pela média da satisfação das escalas “qualidade do local de trabalho”, “Qualidade na prestação de cuidados” e “Melhoria contínua da qualidade” é de 73,1%, permitindo classificar-se como “Bom”.

Verifica-se que os profissionais de saúde demonstram uma maior satisfação com os processos existentes de “melhoria contínua da qualidade” com 84,9%, representando a média mais elevada do estudo.

São profissionais com a percepção de que “qualidade da prestação de cuidados” na sua Unidade é boa (81,9%), e que a “qualidade do seu local de trabalho” é regular (67,5%).

Contrastando, a faceta avaliada mais negativamente é a dos “vencimentos” (28,6%), sendo parte da subescala “recursos tecnológicos e financeiros”, na qual os profissionais expressam menor satisfação (55,2%), entre as analisadas. Inversamente, verificam-se de “moral” elevado (83,7%), correspondendo esta subescala à mais positivamente avaliada no estudo.

Segue-se a semelhante análise, pese embora relativamente às respostas dos profissionais de saúde das UCP.

Tabela 9. Média da satisfação por escala, subescala e faceta nas UCP

	Escala	Subescala	Faceta	
Satisfação Total 62,9%		Política de Recursos Humanos	Órgãos de gestão 48,3% (±25)	
			Recursos humanos 53,0% (±27)	
	Qualidade do Local de Trabalho	Moral	Coordenação	69,6% (±28)
			Estado de espírito	71,8% (±27)
		Recursos Tecnológicos e Financeiros	Vencimentos	24,1% (±24)
			Unidade e equipamentos	65,1% (±27)
		Qualidade da Prestação de Cuidados		67,4% (±30)
	Melhoria Contínua da Qualidade		67,2% (±32)	

Na UCP, a média da “satisfação total” é de 62,9%, categorizando-se assim como “Regular”.

Os profissionais demonstram com o “estado de espírito” uma satisfação média de 71,8%, representado a média mais elevada no estudo, compondo a subescala “moral” que atinge uma média de 69,9%.

É novamente a subescala “recursos tecnológicos e financeiros” a que apresenta a média de satisfação mais baixa (48,8%) entre todas as subescalas, não contrapondo com a faceta avaliada mais negativamente, “vencimentos” que são a média de satisfação mais baixa neste estudo (24,1%).

Seguidamente são apresentadas as principais escalas do IASP, respetivas subescalas e facetas e os resultados relativos a cada uma delas.

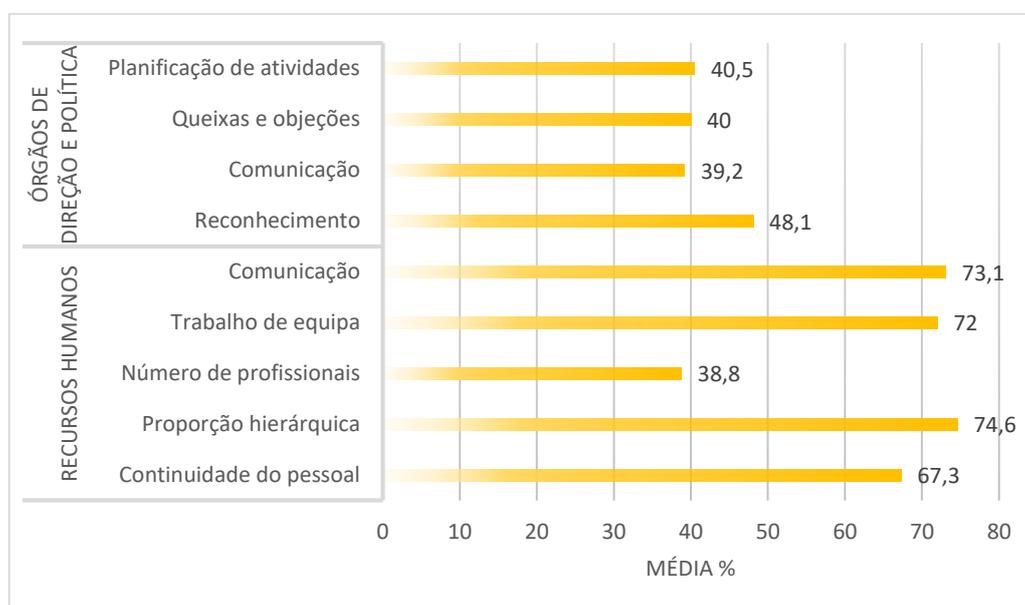
2.4.1. Qualidade do local de trabalho

Nas EIHSCP, tal como apresentado anteriormente, a média da satisfação com a “qualidade do local de trabalho” é de 67,5% ($DP\pm 14$), sendo uma cotada como “regular”.

Partindo para a análise da subescala “políticas de recursos humanos” que engloba as facetas “órgãos de direção e de política” e “recursos humanos”, foi possível verificar cotações de 42,1% ($DP\pm 24$) e 65,2% ($DP\pm 17$), respetivamente (tabela 8).

Apresenta-se o gráfico com os valores médios da satisfação relacionados com os itens da subescala em análise.

Gráfico 1. Médias dos Itens da Subescala PRH nas EIHSCP



Através de uma análise mais atenta dos gráficos apresentados, os valores médios expostos apresentam as variações ilustradas. “Proporção hierárquica” é o item que se observada com um valor médio superior de satisfação (74,6%), seguido da “comunicação” (73,1%) e “trabalho em equipa” (72%), pertencentes estes à faceta dos “recursos humanos”.

Por outro lado, com valores mais baixos deparamo-nos com o item “número de profissionais”, com uma média de 38,8% e a “comunicação” da faceta dos “órgãos de direção e política” com 39,2%.

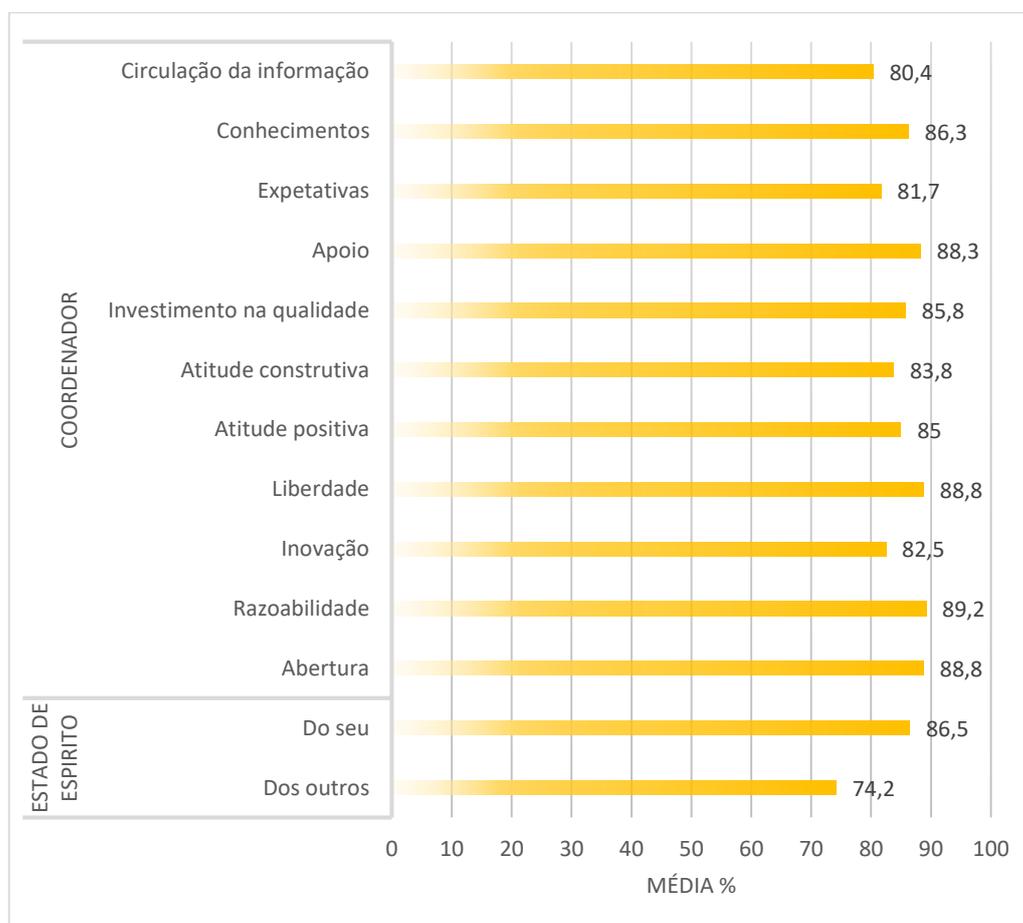
Ainda relativamente às EIHS CP, a subescala “moral” é constituída pelas facetas “estado de espirito” e “coordenador”.

Pela análise da tabela 8, conclui-se que a satisfação média é de 83,7% ($DP \pm 15$), classificando-se, assim, como “bom”.

Com uma satisfação média de 78,9% ($DP \pm 29$) surge a faceta “coordenador” e a faceta “estado de espirito” tem uma apreciação de 80,4% (± 12).

O gráfico 2 ilustra as variações dos valores de satisfação médios observados nesta subescala.

Gráfico 2. Médias dos Itens da Subescala MOR nas EIHS CP

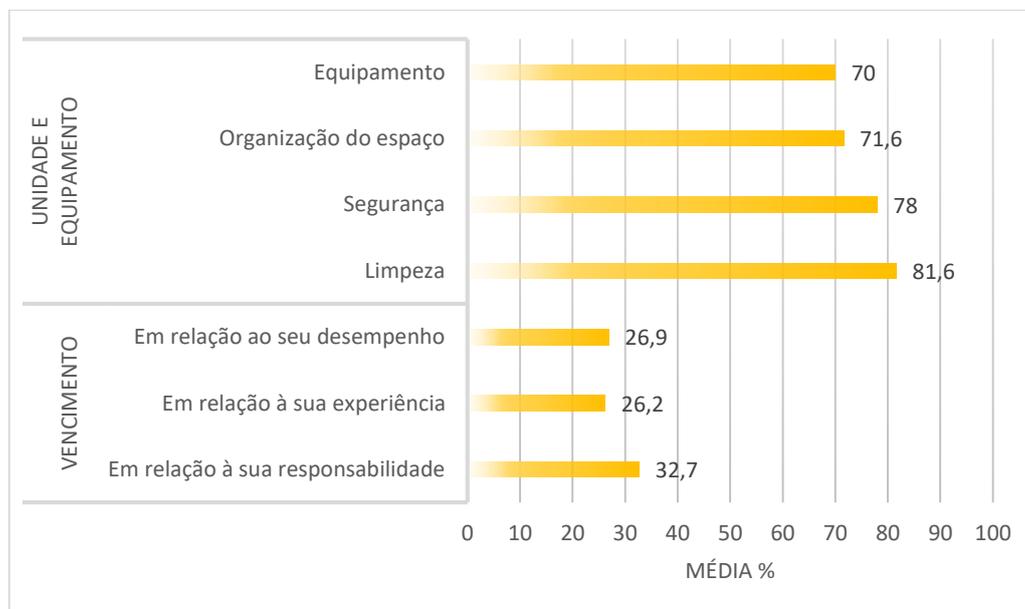


Todos os itens de ambas as facetas, “coordenador” e “estado de espírito” apresentam um valor médio de satisfação superior a 80%, exceto o item “estado de espírito: dos outros” que tem uma média de 74,2%.

A satisfação média perante a subescala “recursos tecnológicos e financeiros” é 55,2% (DP±16), classificando-se como “regular”. De notar que em relação ao “vencimento” 82,1% classifica como regular ou mau, tendo este último uma média individual de 50%.

Os profissionais, no cômputo geral apresentam uma média de satisfação de 28,6% em relação ao seu vencimento. Por outra perspectiva, “unidade e equipamento” a média é de 75,7%, no qual 5% classifica como excelente a sua unidade.

Gráfico 3. Médias dos Itens da Subescala RTF nas EIHSCP



O valor médio superior é o item da “limpeza” (81,6%), seguindo-se a segurança (78%), organização do espaço (71,6%) e o equipamento com 70%, os quais são todos itens da faceta “unidade e equipamento”.

Como já aludido com valores bastante baixos surgem os itens da faceta “vencimentos” quer “em relação à sua experiência” (26,2%) bem como “em relação ao seu desempenho” (26,9%). Com um ligeiro aumento “em relação à sua responsabilidade” tem uma média de 32,7%.

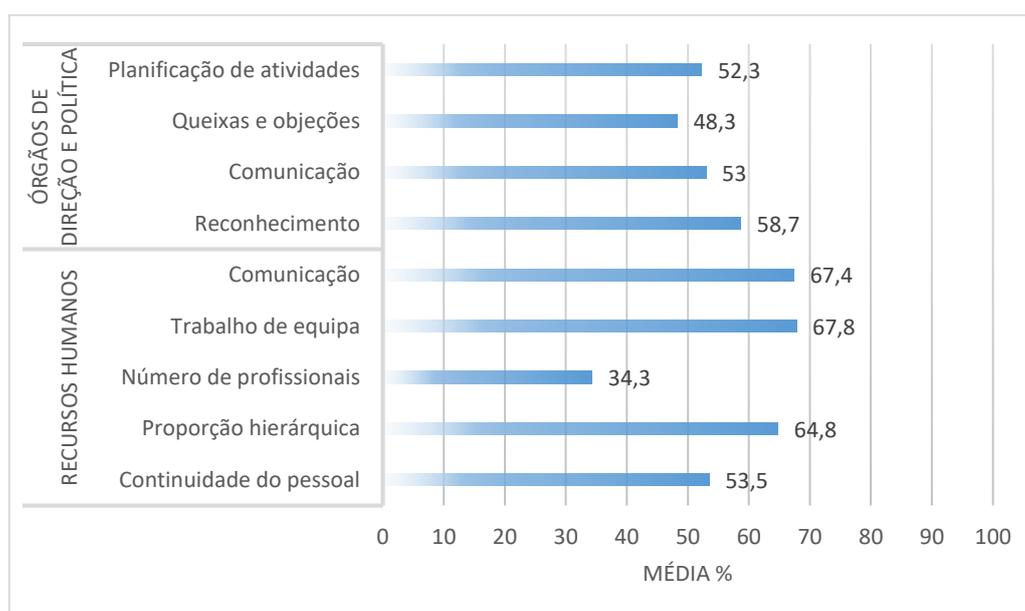
Agora focaremos a nossa atenção nos resultados das UCP. O valor médio da satisfação da “qualidade do local de trabalho” é de 59% ($DP\pm 24,2$) (tabela 9), categorizando-se como “regular”.

Esta escala subdivide-se nas “políticas de recursos humanos”, onde as suas facetas “órgãos de direção e de política” e “recursos humanos” avaliadas com valores médios de 48,3% ($DP\pm 25$) e 53% ($DP\pm 27$), respetivamente.

Numa visão global das questões relacionadas com os órgão de gestão destaca-se que 61,5% dos profissionais consideram como “regular” ou “mau”, não existindo nenhuma classificação como “excelente”.

Para melhor visualizar os valores médios de satisfação correspondentes a esta subescala segue-se o gráfico 4.

Gráfico 4. Médias dos Itens da Subescala PRH nas UCP

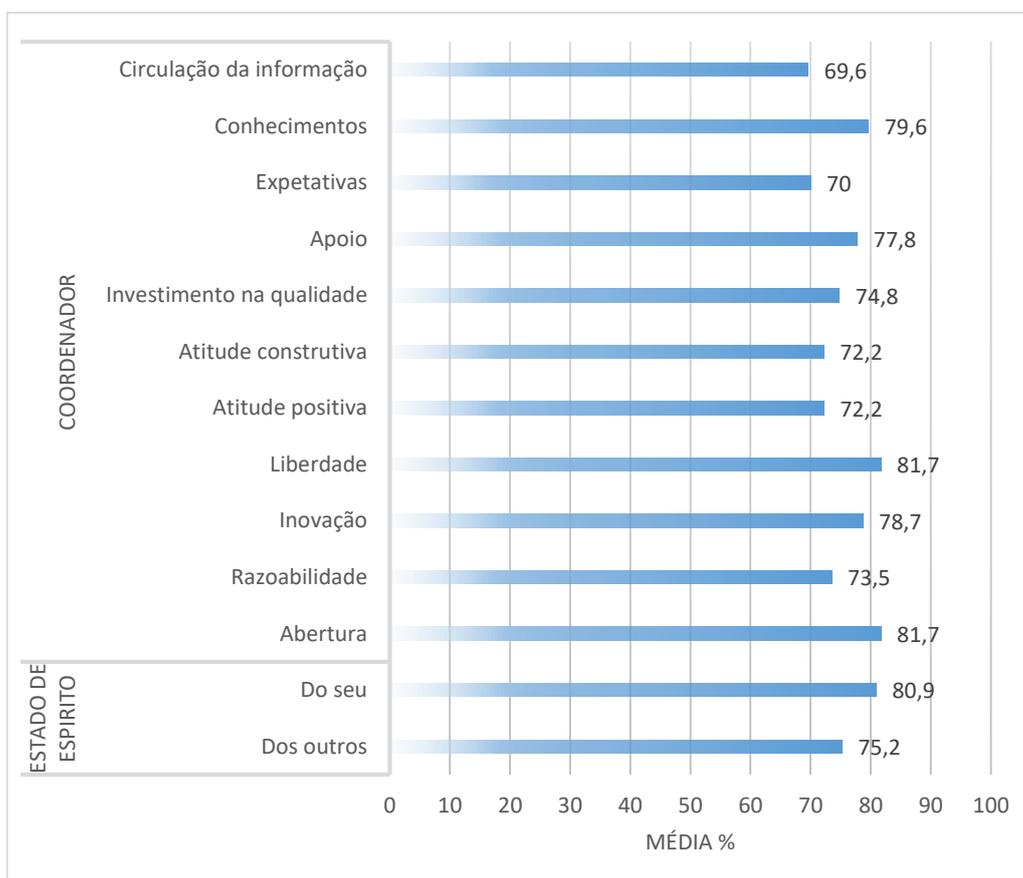


Observamos que, uma vez mais, a temática relacionada com o número de profissionais é o valor médio com menor satisfação, representada com 34,3%. Seguem-se as “queixas e objeções” (48,3%) e a “planificação de atividades” (52,3%) constando estas facetas na subescala “órgão de direção e política”.

O “trabalho de equipa” e a “comunicação” são as facetas dos “recursos humanos” com valores médios mais elevados, com 67,8% e 67,4% de satisfação, respetivamente.

A satisfação média relativamente com a subescala “moral” é de 69,9% ($DP\pm 28$). Olhando mais detalhadamente para o gráfico 5 compreenderemos a relação entre as médias dos itens da subescala moral nas UCP.

Gráfico 5. Médias dos Itens da Subescala MOR nas UCP



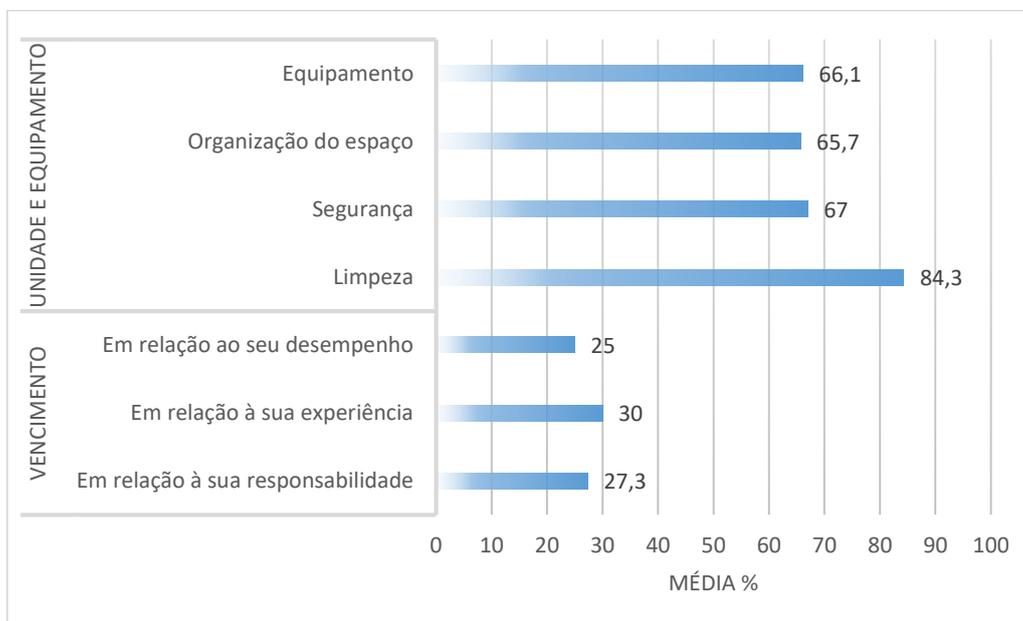
A faceta “liberdade” da subescala “coordenador” tem o valor médio de satisfação mais alto, com 81,7%. O segundo valor mais alto desta subescala é o “estado de espírito: do seu” (80,9%). Estas duas facetas têm os únicos valores médios superiores a 80% da subescala “coordenador”.

Entre as médias de satisfação mais baixas da subescala “coordenador”, estão as facetas “expetativas” (70%), “atitude construtiva” e “atitude positiva” (ambas com 72,2%).

Uma vez mais, os “recursos tecnológicos e financeiros” são a média de satisfação mais baixa, com 48,8% ($DP\pm 23$) classificando-se como “mau”. Deve-se principalmente à insatisfação com o “vencimento”, a qual possui uma média de satisfação total em classifica como “regular” ou “mau” de 95,5%.

O gráfico 6 conduzirá a uma mais pormenorizada compreensão da relação às facetas desta subescala.

Gráfico 6. Médias dos Itens da Subescala RTF nas UCP



A “limpeza” é o valor médio de satisfação mais alto nesta subescala, representado por uma satisfação de 84,3%. É sucedido pela “segurança” (67%), “equipamento” (66,1%) e “organização do espaço” (65,7%).

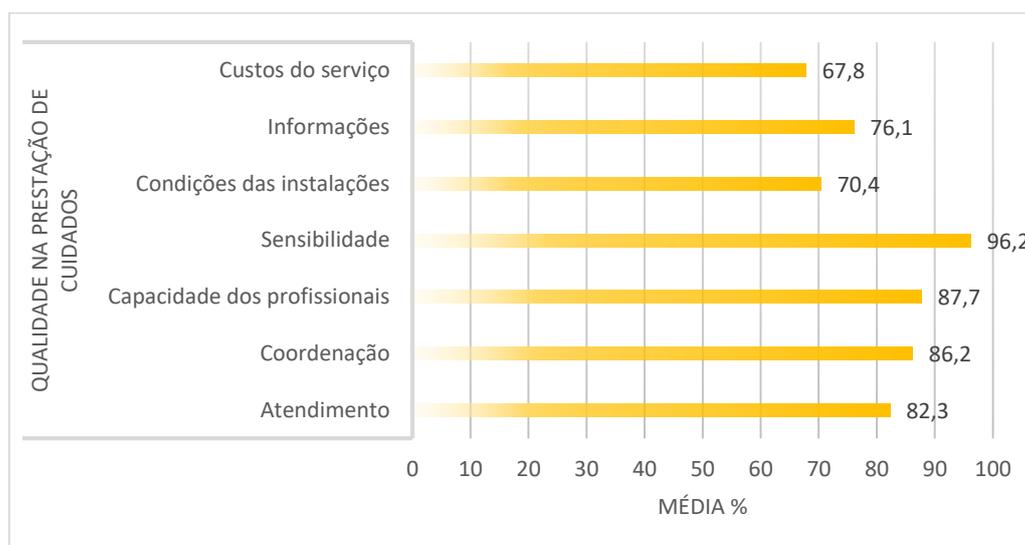
Com uma realidade bem mais negativa surgem as médias de satisfação de 25% no que se refere ao “vencimento: em relação ao seu desempenho”, de 27,3% relativos a “em relação à sua responsabilidade”, e de 30% relativos a “em relação à sua experiência”.

2.4.2. Qualidade da Prestação de Cuidados

Avaliando as dimensões avaliadas nesta escala, nas EIHS CP, em média, a “qualidade da prestação de cuidados” é de 81,8% (DP±10), com 24,3% da amostra a apreciar como “excelente” e 1,2% como “mau”. Os restantes 74,6% classificam entre “muito bom”, “bom” e “regular”.

Face à relação das médias de satisfação de cada um dos itens desta escala apresentamos o gráfico 7, que permite representar as respostas dos inquiridos.

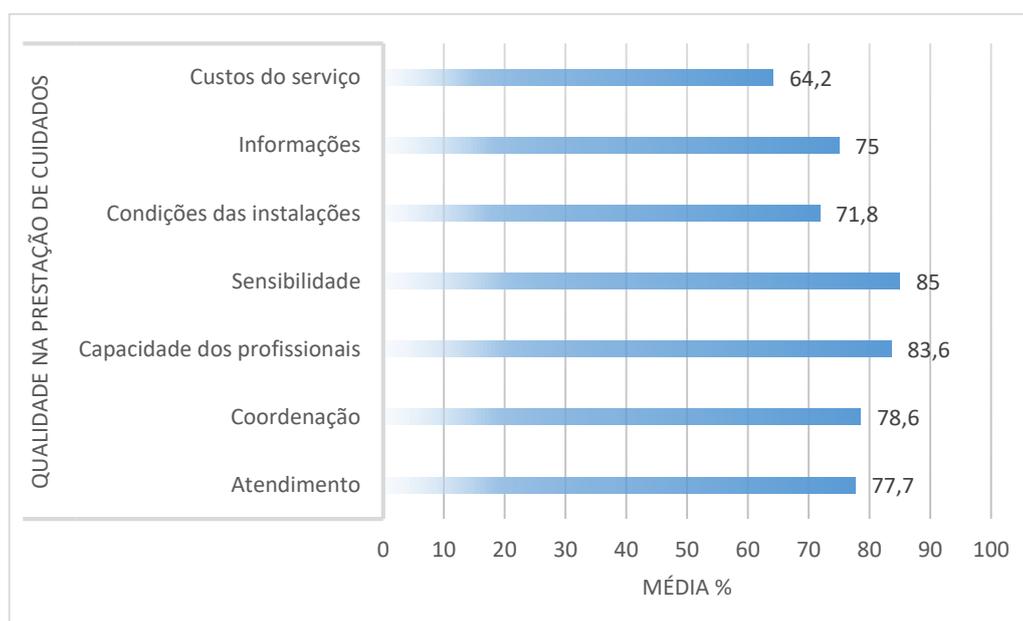
Gráfico 7. Médias dos Itens da Escala de QPC nas EIHS CP



O item “sensibilidade” representa a média mais alta desta escala, com 96,2%, seguida da “capacidade dos profissionais” (87,7%) e da “coordenação” (86,2%). Embora ainda com níveis classificados como regulares, o “custo do serviço” com valor médio de 67,8% é a média mais baixa.

Paralelamente a análise da mesma escala, contudo adjacente aos resultados da “qualidade da prestação de cuidados” nas UCP é ilustrado pelo gráfico 8. A média de satisfação desta escala é de 67,4% ($DP \pm 30,5$) (tabela 9), constando que 21,2% da amostra a classifica como “excelente” e 3,3% como “mau”.

Gráfico 8. Médias dos Itens da Escala de QLC nas UCP

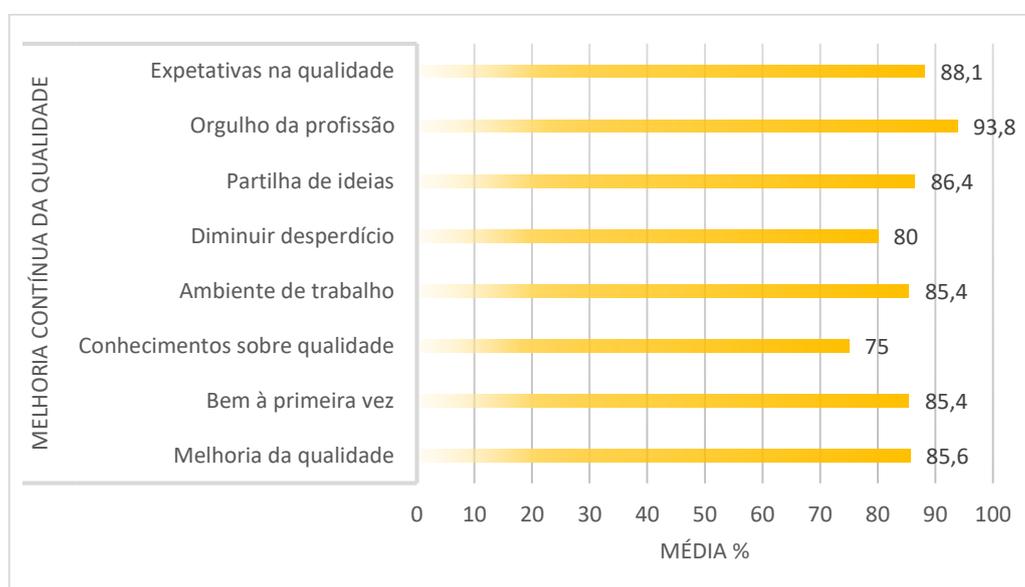


A “sensibilidade” dos profissionais em relação aos problemas e preocupações dos utentes é média de satisfação mais alta (85%). As médias mais baixas representam o item do “custo dos cuidados” (64,2%) e as “condições das instalações” (71,8%).

2.4.3. Melhoria Contínua da Qualidade

Através da escala melhoria contínua da qualidade, a última do IASP, aferimos que a média de satisfação é de 84,9% (DP±12) nas EIHSCP, sendo que 90,8% das respostas encontram-se entre o “excelente”, “muito bom” e “bom”.

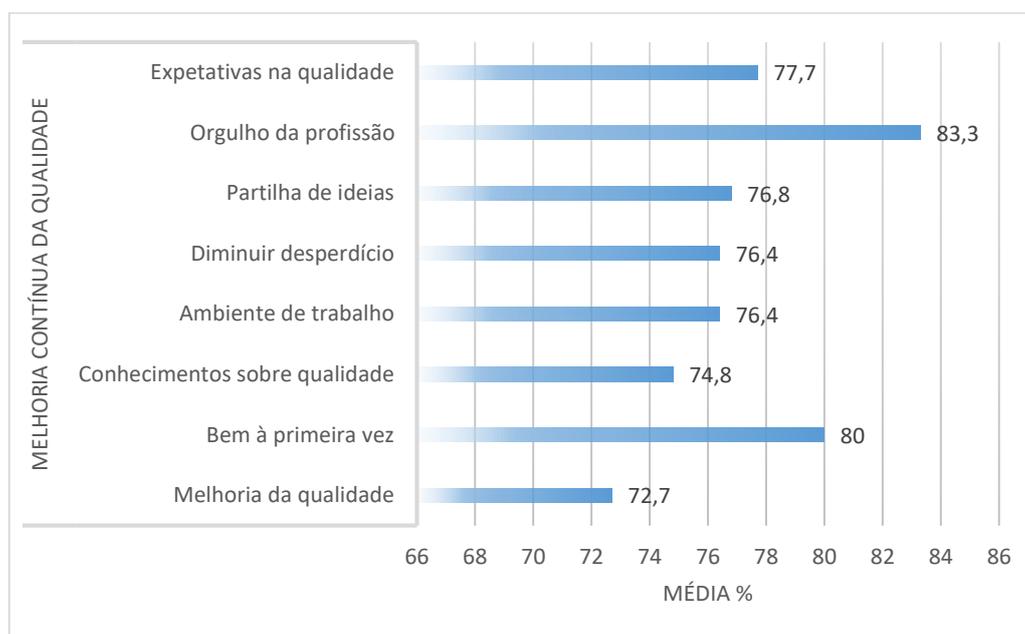
Gráfico 9. Médias dos Itens da Escala de MCQ nas EIHSCP



À exceção do item “conhecimentos sobre qualidade” (75%), todas as médias são iguais ou superiores a 80%. “Orgulho da profissão” é o item que se observa com a média mais elevada da escala com 93,8%, estando seguidamente o item relativo à compreensão da missão e dos objetivos da unidade e as suas “expectativas de qualidade” com 88,1%.

Posteriormente, nas UCP a “melhoria contínua da qualidade” tem de média de satisfação é de 67,2% (DP±31,9), classificando-se como “regular”. As médias dos diferentes itens desta mesma escala estão graficamente representados no gráfico seguinte (gráfico 10).

Gráfico 10. Médias dos Itens da Escala de MCQ nas UCP



De entre as médias com uma classificação de “bom”, por percentagens superiores a 70%, o “orgulho da profissão” é a média que se observa mais alta (83,3%), seguida da forma como a sua unidade tenta fazer o “bem à primeira vez” com 80%. Com valor de média de satisfação mais baixo, 72,7%, está o item “melhoria da qualidade”.

2.5. Burnout

O CBI é um questionário constituído por dezanove questões que avaliam o burnout, segundo três escalas “burnout pessoal”, “burnout relacionado com o trabalho” e “burnout relacionado com o utente”.

Desta forma, caracterizaremos as amostras quanto aos níveis de burnout através das pontuações dadas neste questionário. Na tabela seguinte apresentamos os valores médios de burnout dos profissionais inquiridos em relação às três escalas do CBI.

Tabela 10. Caracterização da amostra quanto aos níveis de burnout nas EIHSCP

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Burnout Pessoal	26	12,50	62,50	38,14	15,08
Burnout Trabalho	26	17,86	64,29	42,45	11,49
Burnout Utente	26	,00	58,33	23,08	17,57

Podemos aferir pela análise da tabela 10 que o nível de burnout pessoal é baixo (38,14%) na amostra de profissionais das EIHSCP. Em relação ao burnout relacionado com o trabalho a média foi de 42,44%, demonstrando igualmente um nível baixo de burnout entre os profissionais. Quanto ao burnout relacionado com o utente a média de 23,07% denota-se, novamente, um nível baixo de burnout.

Quer na escala de burnout pessoal, burnout relacionado com o trabalho e burnout relacionado com o utente, se observa a existência de dispersão do burnout relacionado com o trabalho, por desvio padrão 15,1, 11,5 e 17,6 respetivamente.

Pela análise da tabela 11 observamos que a maioria dos profissionais apresentam baixos níveis de burnout nas três escalas do CBI. Apesar disso, constatamos que 42,3% dos profissionais apresentam elevados níveis de burnout relacionado com o trabalho e 30,8% relacionado com o burnout pessoal.

Tabela 11. Distribuição da amostra relativamente aos níveis de burnout de acordo com as escalas do CBI nas EIHSCP

	Baixo <50	Elevado ≥50
Burnout pessoal	69,2%	30,8%
Burnout relacionado com o trabalho	57,7%	42,3%
Burnout relacionado com o utente	92,3%	7,7%

Paralelamente, analisamos as respostas dos profissionais nas UCP, iniciando pela caracterização da amostra quanto aos níveis de burnout nas UCP.

Tabela 12. Caracterização da amostra quanto aos níveis de burnout nas UCP

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Burnout Pessoal	22	12,50	83,33	44,13	20,03
Burnout Trabalho	22	25,00	82,14	48,05	14,90
Burnout Utente	22	,00	75,00	31,82	19,78

Nas três escalas do CBI, e analisando a tabela 12, os profissionais das UCP apresentam também baixos níveis de burnout. Pese embora é importante ressaltar que 48,05% dos profissionais demonstram elevados níveis de burnout relacionado com o trabalho.

Tabela 13. Distribuição da amostra relativamente aos níveis de burnout de acordo com as escalas do CBI nas UCP

	Baixo <50	Elevado ≥50
Burnout pessoal	63,6%	36,4%
Burnout relacionado com o trabalho	54,5%	45,5%
Burnout relacionado com o utente	81,8%	18,2%

Da análise da tabela 13, a maioria dos profissionais apresentam baixos níveis de burnout nas escalas do CBI. Contudo, ainda 45,5% dos profissionais apresentam elevados níveis de burnout relacionado com o trabalho e 36,4% relacionado com o burnout pessoal.

2.6. Satisfação Global

A tabela seguinte irá incluir os dados alusivos à satisfação global. Desta forma, espelhará a avaliação dos profissionais de saúde quanto a: “sente que a sua formação é a adequada para desempenhar o seu trabalho?”; “considera que as suas competências estão a ser devidamente utilizadas?”; “havendo outra alternativa, ainda assim, recomendaria os serviços desta unidade a familiares ou a amigos, caso necessitassem?”; “recorreria a esta unidade caso necessitasse?”; “escolheria, de novo, esta unidade para trabalhar?”; “escolheria, de novo, a mesma profissão?” e “qual o seu grau de satisfação com a unidade?”.

Tabela 14. Satisfação Global

	EIHSCP		UCP	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Formação adequada				
Claro que sim	17	65,4	15	68,2
Provavelmente sim	7	26,9	6	27,3
Provavelmente não	2	7,7	1	4,5
Claro que não	0	0	0	0
	Odds ratio = 12,0/1		Odds ratio = 21,0/1	
Competências devidamente utilizadas				
Claro que sim	11	42,3	6	27,3
Provavelmente sim	11	42,3	11	50,0
Provavelmente não	4	15,4	4	18,2
Claro que não	0	0	1	4,5
	Odds ratio = 5,5/1		Odds ratio = 3,4/1	

Havendo outra alternativa, recomendaria esta unidade a familiares ou amigos				
Claro que sim	21	80,8	17	77,3
Provavelmente sim	5	19,2	3	13,6
Provavelmente não	0	0	2	9,1
Claro que não	0	0	0	0
			Odds ratio = 10,0/1	
Havendo outra alternativa, recorreria a esta unidade caso necessitasse				
Claro que sim	20	76,9	18	81,8
Provavelmente sim	6	23,1	2	9,1
Provavelmente não	0	0	2	9,1
Claro que não	0	0	0	0
			Odds ratio =	Odds ratio = 10,0/1
Escolheria, de novo, esta unidade para trabalhar				
Claro que sim	16	61,5	13	59,2
Provavelmente sim	10	38,5	8	36,4
Provavelmente não	0	0	1	4,5
Claro que não	0	0	0	0
			Odds ratio =	Odds ratio = 21,0/1
Escolheria, de novo, a mesma profissão				
Claro que sim	15	57,7	13	59,1
Provavelmente sim	9	34,6	4	18,2
Provavelmente não	1	3,8	5	22,7
Claro que não	1	3,8	0	0
			Odds ratio = 12,0/1	Odds ratio = 3,4/1
Grau de satisfação com a unidade				
Muito insatisfeito/a	0	0	0	0
Insatisfeito/a	1	3,8	2	9,5
Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	2	7,7	0	0
Satisfeito/a	15	57,7	14	66,7
Muito satisfeito/a	8	30,8	5	23,8
			Odds ratio = 23,0/1	Odds ratio = 9,5/1

No que concerne à adequação da formação, tanto nas EIHSCP como nas UCP, a maioria dos profissionais (97,9%) consideram “claro que sim” e “provavelmente sim” relativamente à adequabilidade da formação académica no desempenho das suas funções.

Face à análise das competências estarem a ser devidamente utilizadas, os profissionais das EIHSCP respondem 42,3% quer “claro que sim” como “provavelmente sim”. Já na UCP “provavelmente sim” é o resultado mais obtidos (50%). De ressaltar que nas UCP 18,8% considera que “provavelmente não” ou “claro que não”.

Inquiridos sobre a possibilidade de recomendar a EIHSCP a familiares ou amigos, havendo outra alternativa, 80,8% responderam “claro que sim” e 19,2% “provavelmente

sim”. Por outro lado, nas UCP principalmente responderam “claro que sim” (77,3%), sendo que 9,1% respondeu “provavelmente não”.

Sobre a possibilidade de o próprio recorrer a esta unidade, mesmo havendo outra alternativa, da análise dos dados das EIHSCP os profissionais apenas responderam pela positiva, ou seja 76,9% “claro que sim” e 23,1% “provavelmente sim”. Nas UCP a soma das percentagens “claro que sim” e “provavelmente sim” denota que 90,9% da amostra recorreria a esta unidade. De sublinhar que em nenhum dos casos se regista nenhuma resposta afirmando que “claro que não”.

À pergunta “escolheria, de novo, esta unidade para trabalhar?”, responderam nas EIHSCP 61,5% “claro que sim” e 38,5% “provavelmente sim”, não existindo registos na negativa. Nas UCP 59,2% responderam “claro que repetiria a escolha de trabalhar nesta unidade”, sendo que 4,5% responderam “provavelmente não”.

Vemos que, no tocante à escolha, de novo, da mesma profissão os profissionais da EIHSCP responderam maioritariamente pela positiva, 57,7% “claro que sim” e 34,6% “provavelmente sim”. Nesta amostra, 3,8% respondeu “claro que não” voltaria a escolher a mesma profissão. Quanto aos profissionais das UCP 59,1% respondeu “claro que sim”, e de forma negativa verifica-se que 22,7% respondeu “provavelmente não” voltariam a escolher a mesma profissão.

Pela análise do grau de satisfação com a unidade, a maioria dos profissionais das EIHSCP avalia esta dimensão de forma satisfatória, sendo que 88,5% respondem positivamente, ou seja, 30,8% e 57,7% estão “satisfeitos” e “muito satisfeitos”, respetivamente. A resposta “nem satisfeito nem insatisfeito” verifica-se em 7,7% da amostra, e 3,8% em relação a “insatisfeito”. Nas UCP, 23,8% dos profissionais estão “muito satisfeitos”, 66,7% “satisfeito” e 9,5% encontram-se “insatisfeitos”.

2.7. Determinantes da Satisfação Profissional

Atendendo às hipóteses de investigação já formuladas, relacionamos cada dimensão de satisfação com as diferentes variáveis para, assim, poder responder ao objetivo do estudo.

De forma a tornar mais perceptível a análise das hipóteses, preferimos apresentar tabelas, as quais, em linha, apresentam todas as dimensões de satisfação e, em coluna, cada uma das variáveis.

Apresenta-se, ainda, o teste estatístico aplicado e nível de significância, analisando a amostra total $n=51$, definido através do valor p .

Satisfação profissional e fatores sociodemográficos

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

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

Usando pelo teste U de Mann-Whitney de amostras independentes, não rejeitamos a hipótese H₀₁, $p>0,05$, não existindo diferença no nível de satisfação profissional entre os dois sexos (tabela 15).

Tabela 15. Satisfação Profissional em relação ao sexo

			Ordenação Média		U	Sig.
			M	F		
QLT			40,08	37,82	194,50	,807
	PRH		38,33	37,97	205,00	,969
		OG	37,17	38,07	202,00	,922
		RH	44,67	37,42	167,00	,434
MOR			41,08	37,73	188,50	,718
		EE	41,17	37,72	188,00	,706
		CO	39,83	36,75	184,00	,732
RTF			43,75	37,50	172,50	,500
		VC	39,92	36,74	183,50	,715
		UE	40,50	37,24	186,00	,720
QPC			32,50	38,48	174,00	,519
MCQ			34,50	38,50	186,00	,681

Relativamente à idade, não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(26)}=25,76$, $p>0,05$) na satisfação profissional. Desta forma, não rejeitamos a hipótese nula, não existindo diferença no nível de satisfação profissional em relação à idade dos participantes.

Na vertente da situação familiar dos profissionais, também não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)}=0,88$, $p>0,05$) na satisfação profissional. Não é

possível rejeitar a hipótese nula, não existindo diferença no nível de satisfação profissional em relação às diferentes situações familiares.

Tal como anteriormente, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)}=5,11, p>0,05$) na satisfação profissional adjacente à escolaridade, não rejeitando, novamente, a hipótese H_01 .

Satisfação profissional e fatores organizacionais

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

Pelo teste de Kruskal Wallis, o nível de significância é muito elevado ($p=0,91$), pelo que não se deve rejeitar a H_02 , que afirma que não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional segundo o horário de trabalho.

Ainda usando o mesmo teste não rejeitamos a hipótese nula na satisfação profissional em relação ao vínculo, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)}=1,93, p>0,05$). Assim, não existe diferença no nível de satisfação profissional avaliada através do vínculo.

Não contrastante com a análise anterior, observa-se novamente um nível de significância elevado ($p>0,05$), pelo que não se rejeita a hipótese nula relacionada com a satisfação profissional em relação a funções de coordenação/gestão/chefia).

Também a categoria profissional ($\chi^2_{(1)}=0,80, p>0,05$) não apresenta diferenças estatisticamente significativas na satisfação profissional. Não existe, desta forma, diferença no nível de satisfação profissional avaliada através da categoria profissional, não se rejeitando a hipótese nula.

Satisfação profissional e equipas de cuidados paliativos

H₀3. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, entre EIHSCP e UCP.

H₁. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, entre EIHSCP e UCP.

Tabela 16. Satisfação Profissional em relação à tipologia da unidade

	Tipologia da sua unidade de cuidados paliativos	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Satisfação profissional	EIHSCP	26	26,21
	UCP	23	23,63
	Total	49	

	Satisfação profissional
U de Mann-Whitney	267,500
Significância Assint. (Bilateral)	,528

O valor de $U=267,50$, com $p=0,53$, demonstra que para este teste não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as EIHSCP e as UCP. Os valores médios estão muito próximos, podendo observar-se uma ligeira maior satisfação nas EIHSCP.

Em função da tipologia não foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre os resultados pelo que não se rejeita a hipótese nula, não existindo diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, entre EIHSCP e UCP.

Satisfação profissional em relação aos itens de satisfação global

H₀4. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, conforme os itens da satisfação global.

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

Tabela 17. Satisfação profissional e formação adequada

	Formação (profissional e acadêmica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho?	N	Mean Rank
Satisfação profissional	Claro que sim	32	26,64
	Provavelmente sim	13	20,58
	Provavelmente não	3	18,67
	Total	48	

	Satisfação profissional
Chi-Square	2,290
df	2
Asymp. Sig.	,318

Pelo teste de Kruskal Wallis (tabela 17), não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)}=2,29$, $p>0,05$) na satisfação profissional em relação à adequabilidade da formação para desempenhar o seu trabalho.

Tabela 18. Satisfação profissional e competências devidamente utilizadas

	Competências estão a ser devidamente utilizadas?	N	Mean Rank
Satisfação profissional	Claro que sim	17	32,21
	Provavelmente sim	22	23,91
	Provavelmente não	8	12,56
	Claro que não	1	2,00
	Total	48	

	Satisfação profissional
Chi-Square	13,592
df	3
Asymp. Sig.	,004

Pela análise da tabela 18, observamos que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)}=13,59$, $p<0,01$) na satisfação profissional em relação a diferentes níveis de percepção da utilização das competências. Os profissionais que responderam “claro que sim” representam mais satisfação ($M=32,21$).

Tabela 19. Satisfação profissional e recomendar a unidade

	Recomendaria os serviços desta Unidade a familiares ou a amigos, caso necessitassem?	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Satisfação profissional	Claro que sim	38	26,71
	Provavelmente sim	8	19,38
	Provavelmente não	2	3,00
	Total	48	

	Satisfação profissional
Chi-Square	6,738
df	2
Asymp. Sig.	,034

Há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)}=6,74$, $p<0,05$) na satisfação profissional em relação a recomendar a unidade (tabela 19). Os profissionais que responderam “claro que sim” representam mais satisfação ($M=26,71$).

Tabela 20. Satisfação profissional e recorrer à unidade

	Recorreria a esta Unidade caso necessitasse?	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Satisfação profissional	Claro que sim	38	26,76
	Provavelmente sim	8	19,50
	Provavelmente não	2	1,50
	Total	48	

	Satisfação profissional
Chi-Square	7,413
df	2
Asymp. Sig.	,025

Relativamente a recorrer a esta unidade observa-se uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2_{(2)}=7,41$, $p<0,05$) na satisfação profissional. Os profissionais que responderam “claro que sim” constituem mais satisfação ($M=26,76$).

Na análise da relação satisfação profissional e escolher de novo esta unidade, através do teste de Kruskal Wallis, não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)}=5,07$, $p=0,08$). Por esta razão, não se deve rejeitar a hipótese nula, que afirma que não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional segundo o item escolher de novo esta unidade para trabalhar.

Também a repetição da escolha da mesma profissão, não tem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)}=1,50$, $p=0,68$). Não existindo diferenças entre o nível de satisfação profissional e escolher de novo a mesma profissão, não se rejeita a hipótese nula.

Já perante o grau de satisfação com a unidade parece haver associação com a satisfação profissional ($\chi^2_{(3)}=16,31$, $p=0,001$) (tabela 21). Posto isto, rejeitamos a hipótese nula, existindo diferenças entre o nível de satisfação profissional e o grau de satisfação com a unidade. Os profissionais que responderam “muito satisfeito/a” ($M=34,54$) e “satisfeito/a” ($M=21,59$) fazem parte do grupo de profissionais com mais satisfação.

Tabela 21. Satisfação profissional e grau de satisfação com a unidade

	Grau de satisfação com esta Unidade	N	Mean Rank
Satisfação profissional	Insatisfeito/a	3	2,00
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	2	23,50
	Satisfeito/a	29	21,59
	Muito satisfeito/a	13	34,54
	Total	47	

	Satisfação profissional
Chi-Square	16,308
Df	3
Asymp. Sig.	,001

Satisfação profissional e o burnout

H₀₅. Não existe correlação entre o nível de *burnout* dos profissionais das equipas de cuidados paliativos e a satisfação profissional.

H₁. Existe correlação entre o nível de *burnout* dos profissionais das equipas de cuidados paliativos e a satisfação profissional.

Tabela 22. Correlação entre a satisfação profissional e o burnout

		Satisfação profissional	Burnout Pessoal	Burnout Trabalho	Burnout Utente
Satisfação profissional	Correlação de Pearson	1			
	Sig. (bilateral)				
	N	49			
Burnout Pessoal	Correlação de Pearson	-,558**	1		
	Sig. (bilateral)	,000			
	N	48	48		
Burnout Trabalho	Correlação de Pearson	-,568**	,873**	1	
	Sig. (bilateral)	,000	,000		
	N	48	48	48	
Burnout Utente	Correlação de Pearson	-,284	,698**	,763**	1
	Sig. (bilateral)	,050	,000	,000	
	N	48	48	48	48

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Considerando $n=48$, observa-se correlações estatisticamente significativas entre a satisfação profissional e as subescalas de *burnout* pessoal e de *burnout* relacionado com o trabalho. Assim, quanto mais burnout pessoal ou de trabalho, menor a satisfação profissional.

O *burnout* relacionado com o utente, não apresenta efeito significativo na satisfação profissional (embora o mesmo se aproxime da significância estatística).

Ainda, encontraram-se correlações significativas entre as subescalas de *burnout*, que revelaram estar positivamente relacionadas entre si: o *burnout* de trabalho e o *burnout* pessoal, *burnout* de trabalho e *burnout* do utente, e *burnout* pessoal e *burnout* do utente. Quanto mais *burnout* numa dimensão, mais *burnout* na outra dimensão o profissional apresenta.

3. Análise Qualitativa

Através da questão 28 do inquérito, formulou-se uma pergunta de resposta aberta onde se procura compreender na opinião do profissional, como se poderia melhorar os serviços prestados pela sua unidade e a sua qualidade como local de trabalho.

Foram escritos 33 comentários pelos profissionais, personificando-se a “voz dos profissionais” como se objetiva com este estudo. Apresentam-se uma panóplia de observações transmitidas pelos profissionais, encarando isto como uma oportunidade de melhoria para a Organização:

- *“(…) havia benefício em otimizar a equipa médica, com pelo menos 2 elementos com 40h e um elemento com 20h, por forma a poder-mos colmatar as necessidades da UCP sem a sobrecarga de horário que existe atualmente. Também em termos de organização do espaço físico esta UCP carece de melhorias (…) há sempre gente "perdida" no serviço à procura da saída e não há controlo e segurança adequados. (…) equipa de enfermagem é comum com o Serviço de Medicina e os elementos mudam com demasiada frequência. Penso que a equipa da UCP devia manter estabilidade e dedicar-se apenas a esse serviço.”*
- *“Ter uma unidade de cuidados paliativos para os nossos doentes referenciados; Estar a tempo inteiro na unidade de cuidados paliativos para ter mais tempo de sistematizar registos e observações e assim ter dados científicos para eventuais publicações; Poder ter espaço para realizar outras técnicas com os doentes e familiares: grupos, relaxamento, Reiki, etc...”*
- *“Ter mais apoio por parte dos órgãos diretivos / políticos no sentido de aumentar recursos humanos, desenvolver investigação, disponibilizar um espaço maior para a prestação de serviço, disponibilizar verbas para adquirir equipamento e formação. Aumentar o vencimento. Reconhecimento público.”*
- *“Respeitando e melhorando as dotações mínimas de profissionais.”*
- *“Reconhecimento pela tutela; articulação com as diferentes valências de CP; recursos humanos”*
- *“Mais profissionais a tempo inteiro. Prestar cuidados paliativos na comunidade (formação de equipa/construção de rede de parceiros).”*
- *“Existência de maior número de horas/exclusividade na EIHSCP dos profissionais (principalmente enfermeiros e assistentes sociais); Espaço físico mais amplo para desenvolvimento de novas intervenções; Secretariado afecto exclusivamente a EIHSCP; Existência de apoio espiritual; Redução de trabalho burocrático/administrativo.”*
- *“Disponibilizando mais tempo!”*

- *“Contratar mais pessoas de várias categorias profissionais; Promover formação ou atualização dos profissionais; Dar-lhes mais meios, por ex.: transporte para visita domiciliária; Agilizar meios de transporte entre as várias unidades hospitalares”*
- *Adequar o número de profissionais suficientes para desenvolver e melhorar o atendimento da unidade*
- *“Adequação de recursos humanos à quantidade de trabalho; Facilidade em participar em formação externa; Prevenção de burnout com horário regular; Melhor comunicação entre Direção da instituição e funcionários; Melhoria da assistência social para casos de doentes em cuidados paliativos”*
- *“(…)Melhoria de equipamentos- cadeiras de rodas; Melhoria no espaço - mais espaços de lazer e atividades lúdicas para os utentes.”*

Aqui são apresentados excertos de algumas observações transmitidas pelos profissionais, podendo nos anexos II até ao IX analisar as restantes. No entanto, da análise feita advém uma heterogeneidade de aspetos mais gerais e transversais às políticas de governação como aspetos mais pontuais de cada equipa/unidade.

De entre a todas as sugestões, verificou-se um pendor a que se referem aos recursos humanos, às instalações e equipamentos, à formação adequada e atualizada, à rotatividade dos enfermeiros, aos horários em regime de *part-time*, ao reconhecimento pela tutela e pela administração e à comunicação. Estes incidem sobre questões de melhoria da qualidade do local de trabalho bem como da melhoria contínua da qualidade.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo está reservado para a discussão detalhada dos resultados mais significativos obtidos nesta investigação, que serão discutidos com uma visão crítica, confrontando-se entre si e, sempre que plausível, com resultados de outros estudos.

A discussão dos resultados constitui o núcleo central da investigação e os resultados e as sínteses da investigação ressaltam, obtendo-se, assim, mais conhecimentos dos problemas e dos temas em estudo (Lakatos & Marconi, 1992).

Das pesquisas realizadas não se encontraram investigações semelhantes, o que não permitirá confrontar resultados, tornando no entanto este estudo inovador e útil para todos os intervenientes.

Segundo Madge (2007), a confidencialidade e o anonimato são condições absolutas, que a quem participa num inquérito por questionário, devem ser acauteladas pelo investigador. As condições de confidencialidade foram descritas na folha de rosto do questionário e asseguradas pelo comportamento ético do investigador. Para uma maior segurança desta questão ética, as questões relacionadas com as características sociodemográficas eram de resposta opcional. Esta possibilidade foi usada pelos profissionais que decidiram não responder, num total de 7 para a questão relativa à identificação do sexo, 7 para a idade, 7 para a situação familiar e 6 para o grau de escolaridade.

Relativamente ao anonimato, este foi sempre garantido visto que não foi pedida a identificação dos profissionais em qualquer das questões.

A taxa de resposta total à nossa investigação foi de 34,6%, o que embora relativamente baixa, será um contributo positivo. Refletindo sobre os motivos que podem explicar esta taxa de resposta, por nós encontrada, pode estar relacionada com a desmotivação dos profissionais, ou pela escassez de tempo provocada pela sobrecarga de trabalho, pela escassez de equipamentos informáticos no local de trabalho para aceder à plataforma *online* e terem de usar os seu computadores particulares ou, então, por possuírem algum receio de possíveis represálias.

Determinar a satisfação profissional era o objetivo principal desta investigação. Face a este objetivo obtivemos a média de satisfação profissional de 73,1% nas EIHSCP, considerada “bom”, atendendo aos parâmetros por nós estabelecidos e de 62,9% nas UCP,

sendo classificado como “regular”. Tendo em consideração a satisfação obtida em estudos que usaram o mesmo instrumento, o IASP que continha as escalas QLT, QPC e MCQ, o nível de satisfação encontrado no estudo de Matos (2012), realizado em Agrupamentos de Centros de Saúde, foi 67,7%, e, por outro lado, o estudo de Tavares (2008), efetuado num serviço hospitalar, constatou um nível de satisfação de 44%, visivelmente inferior ao por nós encontrado em cada uma das tipologias.

Por não existir nenhum estudo que incida sobre a nossa temática, não temos como comparar e averiguar se existiu uma melhoria ou um retrocesso na satisfação profissional em cuidados paliativos.

No que se refere às dimensões da satisfação, medida através das escalas de QLT, QPC e MCQ, nas EIHS CP, verificamos uma média de 67,5%, 81,8% e 84,9% respetivamente e nas UCP 59%, 67,4% e 67,2%. Analogamente, Fonseca (2014) obteve valores em médias superiores quando comparado com as EIHS CP, tendo no seu estudo valores médios de QLT de 67,42%, QPC de 78,28% e MCQ de 80,71%. Nas escalas QPC e MCQ as médias de satisfação obtiveram os níveis mais elevados observados neste estudo, fato que se verifica nos estudos que se têm vindo a comparar. Estes resultados intensificam a ideia que, apesar dos níveis de satisfação com o serviço, a qualidade da prestação de cuidados e o empenho para a melhoria contínua da qualidade alcançam níveis mais altos de satisfação.

A faceta “vencimento” foi a que entre todas as escalas, subescalas e facetas atingiu uma média de satisfação mais baixa (28,6% nas EIHS CP e 24,1% nas UCP). De forma semelhante, Henriques (2015) encontrou níveis de satisfação de 32,2%, Fonseca (2014) de 39% e Tavares (2008) de 17,4%. Refletindo à luz da teoria de Herzberg (2003), o vencimento não provoca satisfação, pode apenas aumentar ou diminuir a insatisfação. Por outro lado, segundo Lawler (1973) que avalia a discrepância entre a remuneração, as responsabilidades, a experiência e o desempenho, o que significa, neste caso, que profissionais têm uma remuneração significativamente inferior à que acreditavam obter. Logicamente, parece-nos fulcral considerar este aspeto, uma vez que cada vez mais temos profissionais a sentirem-se mais insatisfeitos devido à sua situação financeira.

A satisfação com os “órgãos de gestão” ocupa, neste estudo, o antepenúltimo lugar, nas EIHS CP com 42,1% e nas UCP com 48,3%. Também noutros estudos esta é a segunda média de satisfação mais baixa, como em Ramos (2018) com 21,9% e em Henriques

(2015) com 50,2%. Nas sugestões apresentadas pelos profissionais é feita referência à necessidade de ter mais apoio por parte dos órgãos diretivos, bem como o reconhecimento da prestação de cuidados paliativos com qualidade.

É conhecido que atualmente nos encontramos numa fase em que a rentabilização e a produção se sobrepõem à satisfação profissional, em que o trabalho e empenho dos profissionais é menos compensador e menos reconhecido pelas chefias. De acordo com a teoria de Herzberg (2003), a ausência de reconhecimento pelos órgãos de gestão, podem levar à redução da satisfação profissional. Os gestores e responsáveis tem um papel determinante na identificação dos fatores de insatisfação dos seus profissionais, devendo procurar implementar medidas que promovam e aumentem a satisfação profissional. Por sua vez estas medidas promoverão a motivação e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados. Hayes e colaboradores (2010) referem que promover positivamente fatores envolvidos na satisfação, possibilita a continuidade dos enfermeiros na sua unidade.

Noutro ponto de vista, a faceta que no nosso estudo tem maior média de satisfação é o “estado de espírito”, na EIHSCP com 80,4% e nas UCP com 71,8%. Em outros estudos, esta faceta também é das médias de satisfação mais altas, tal como no estudo de Ramos (2018) com 62,5% e Fonseca (2014) com 79,8%.

Perante os níveis de burnout observamos que em todas as escalas, “burnout pessoal”, “burnout relacionado com o trabalho” e “burnout relacionado com o utente”, a média revela um nível baixo. Nas EIHSCP o “burnout pessoal” tem uma média de 38,14%, o “burnout relacionado com o trabalho” de 42,45% e o “burnout relacionado com o utente” de 23,08%. Já nas UCP, pela mesma ordem, as médias são de 44,13%, 48,05% e 31,82%. Esta análise vai de encontro aos estudos de Ferreira (2015) e Fontes (2011), em que os níveis da média obtidos no “burnout pessoal” foi de 35,0% e de 41,63%, no “burnout relacionado com o trabalho” revelou-se de 41,3% e de 44,67% e no “burnout relacionado com os utentes” de 20,50% e de 37,50%, respetivamente.

Em relação à “satisfação global, a qual está relacionada com a atitude dos profissionais perante o trabalho, verificamos que os profissionais referem “claro que sim” e “provavelmente sim” em percentagens superiores a 90% em relação à “formação adequada”, ao “recomendar esta unidade a familiares ou amigos”, a “recorrer a este serviço” e a “escolher de novo esta unidade para trabalhar”. Estes resultados sugerem que

os participantes têm confiança nos cuidados prestados no seu serviço. No entanto relativamente à questão “competências devidamente utilizadas” e “escolheria, de novo, a mesma profissão” o “provavelmente não” e o “claro que não” obtiveram 18,8% e 14,5% das respostas, respetivamente. A perceção de desaproveitamento das competências poderá estar relacionado com a insatisfação com fatores extrínsecos ao trabalho, tais como as condições de trabalho e o relacionamento com os responsáveis e com os órgãos de gestão (Herzberg, 2003).

Posteriormente iremos descrever e analisar alguns determinantes da satisfação profissional, com fundamento nas hipóteses formuladas ao longo do estudo empírico, comparando, sempre que possível, com estudos existentes, embora, como já referidos, fora da temática dos cuidados paliativos.

No que diz respeito aos fatores sociodemográficos concluímos que não há diferenças estatisticamente significativas, quer relativamente ao sexo, à idade, à situação familiar como à escolaridade. Ainda que outros estudos, Henriques (2015), Matos (2012) e Fonseca (2011), também não tenham encontrado diferenças na satisfação, Joyce e colaboradores (2011) e Nylenna e Aasland (2010) referem que a satisfação profissional aumenta com a idade.

Perante a relação entre o nível de satisfação profissional e os fatores organizacionais, entre os quais, horário de trabalho, vínculo, funções de coordenação/gestão/chefia, e categoria profissional, neste estudo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Esta tendência é verificada igualmente no estudo desenvolvido por Henriques (2015) e Fonseca (2011). Já Matos (2012), este apenas encontrou uma relação com o tipo de vínculo profissional, no qual se verificou uma maior satisfação profissional entre os profissionais que possuíam vínculo instável. Para Hackman e Oldham (1980), a satisfação advém do desempenho da função e da necessidade de progresso do indivíduo, sendo que aqueles que procuram desafios, e demonstram mais interesse no trabalho, estariam mais satisfeitos.

Focando-nos, agora, em função da tipologia não foi possível observar diferenças que sejam estatisticamente significativas entre os resultados, embora denotamos uma ligeira maior satisfação nas EIHSCP.

Em relação à satisfação global concluímos que por norma os que responderam afirmativamente às questões: “utilização das competências”; “recomendar a unidade”;

“recorrer a esta unidade” e “escolher de novo esta unidade”, demonstram um nível maior de satisfação relativamente aos restantes. Pela perspectiva de Martinez e Paraguay (2003), esta associação deve-se ao que o profissional sente e com a opinião que tem perante o trabalho, isto é, os que têm maior nível de satisfação apresentam também uma atitude mais positiva.

Considerando o modelo que correlaciona a satisfação profissional com o burnout, a qual é positiva para as subescalas de burnout pessoal e de burnout relacionado com o trabalho. Desta forma, podemos relacionar que quanto mais burnout pessoal ou de trabalho, menor a satisfação profissional. Esta relação foi também aferida por Salehi e Gholtash (2011), observando no seu estudo que o burnout tem uma influência inversa sobre o comportamento organizacional dos profissionais.

Por fim, testámos o efeito do burnout na satisfação profissional e esta demonstrou-se significativa quer no burnout pessoal e do burnout relacionado com o trabalho, predizendo estes menos níveis de satisfação. Embora o burnout relacionado com o utente não tenha apresentado efeito significativo na satisfação profissional, aproxima-se do valor de significância estatística.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Ao longo deste último capítulo apresentaremos as principais conclusões da nossa investigação, bem como as suas principais limitações sentidas no decorrer deste estudo. Faremos ainda sugestões para futuras investigações e deixaremos algumas recomendações finais.

Ao iniciar este estudo, com a devida revisão da literatura, tornou-se essencial a compreensão da evolução das políticas de saúde relativas aos cuidados paliativos e em que tipologias de cuidados estão agora assentes. Para além disso, a compreensão pela diversidade de conceitos, modelos teóricos e indicadores que geram a satisfação foi identicamente fulcral.

Para este processo de monitorização foi adotado modelo concetual do IASP, incluindo a compreensão das dimensões, subdimensões e facetas, bem como do CBI, dirigindo este questionário a todos os profissionais de equipas de cuidados paliativos. Num total de 323 acessos ao questionário *online* enviados para 21 unidades com diferentes valências de cuidados paliativos, obtivemos 51 respostas.

Os profissionais foram predominantemente do sexo feminino (90,9%), situando-se 34,1% entre os 36 e 45 anos, casados (68,2%) e com o grau de mestre (51,1%).

O nível de satisfação profissional é de 73,1% nas EIHSCP e de 62,9% nas UCP. Considerando a satisfação profissional e os fatores sociodemográficos, concluímos que não há diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis, tal como com os fatores organizacionais.

Encontrámos uma correlação positiva quanto ao burnout (pessoal e relacionado com o trabalho), que nos permite inferir que quanto mais burnout nestas dimensões, menor tende a ser a satisfação profissional.

De seguida, é importante refletirmos sobre as limitações, para que estas possam ser contornadas em futuras investigações nesta temática.

Embora tenham sido desenvolvidos esforços no sentido de obter mais resultados positivos, a taxa de resposta obtida ao nosso estudo (15,8%) é significativa, na medida em que é o primeiro estudo a desenvolvido neste âmbito. Foram estabelecidos alguns contatos com os coordenadores das unidades ainda durante o período em que a aplicação se encontrava *online*, apelando à imprescindibilidade da sua colaboração para o êxito

desta investigação. Todavia, embora às equipas enviadas os acessos tivessem dado formalmente parecer positivo, houve muitas instituições que não responderam a nenhuma pergunta do questionário.

Não obstante, pelo tamanho da amostra em estudo foram usados testes não paramétricos, os quais tendem a ser menos potentes e conduzem a conclusões mais conservadoras. O pequeno tamanho da amostra pode justificar a razão pela qual alguns dos resultados não alcançaram significância estatística.

Para além disso, numa investigação como esta, um estudo longitudinal possibilitaria conseguir mais informação que nos permitisse estabelecer uma relação causa-efeito.

Em detrimento da opção metodológica adotada, a aplicação de um estudo de cariz maioritariamente quantitativo, referindo-se à utilização de procedimentos de recolha através de questionários de questões fechadas e apenas uma questão aberta. Indiretamente, este facto poderá considerar-se uma limitação do estudo, uma vez que as respostas são superficiais e não atendem ao contexto específico de cada profissional.

Mais estudos sobre esta temática devem ser explanados, com amostras mais representativas. Talvez por a atual conjuntura ser marcada por alguns níveis de incerteza e por recearem vir a ser identificados pela administração, alguns profissionais adotam uma postura defensiva quando solicitados para colaborações neste tipo de estudo.

É fulcral fazer uma abordagem de sensibilização mais intensa junto dos profissionais, ressaltando a necessidade de ser aprofundar o conhecimento e monitorizar a satisfação, com o intuito de responder a critérios de avaliação, bem como servir de estímulo a futuras investigações, visto que é um tema de investigação ainda não desenvolvido em Portugal.

Acreditamos que é possível modificar realidades pelo que, apesar das limitações apontadas, os resultados deste estudo poderão contribuir para uma reorganização de recursos, de novas dinâmicas internas, no estabelecimento de planos de melhoria, orientadas para a plena realização e satisfação profissional.

Há desafios nacionais mas também há necessidade de ter profissionais satisfeitos no desempenho do seu trabalho. Acredita-se que os resultados obtidos com o desenvolvimento desta investigação e apesar de todas as limitações possam servir como um contributo válido para a discussão desta temática, no sentido de estabelecer planos de melhoria da satisfação profissional.

Dando ênfase aos anseios e principais recomendações dos profissionais, pelos comentários feitos, reforçamos a necessidade de um maior investimento na carga horária semanal apropriada, nas instalações e equipamentos, na formação adequada, num maior reconhecimento dos profissionais que nelas trabalham e, sobretudo nos recursos humanos.

Em suma, torna-se essencial enfatizar ou potenciar uma cultura que permita aumentar o valor das componentes motivacionais e reduzir o tempo entre a percepção e a apresentação de comportamentos de insatisfação por parte dos profissionais, bem como da monitorização periódica dos níveis de satisfação profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcobia, P. (2011). Atitudes e satisfação no trabalho. In: Ferreira, J.; Neves, J.; Caetano, A. *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 317-346). Lisboa: Escolar Editora.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP*. Retrieved from: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf [10 de Janeiro de 2018].
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). *Desenvolvimentos dos Cuidados Paliativos em Portugal*. Retrieved from: http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf [12 de Janeiro de 2018].
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos-recomendações da APCP*. Retrieved from: <http://www.apcp.com.pt/uploads/critriosdequalidade-2006-apcp.pdf> [12 de Janeiro de 2018].
- Ataíde, E. (2014). *Cuidados Paliativos em Portugal: Perspectiva analítica da evolução da política pública desde a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados à Rede Nacional de Cuidados Paliativos (2006-2012)*. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10071/9189> [22 de Janeiro de 2018]
- Barroso, R., 2010. *Condições para o desenvolvimento de acções paliativas em unidades de internamento de agudos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/2746> [22 de Janeiro de 2018]
- 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.
- Borritz, M & Kristensen, T. S. (2004). *Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout (PUMA: Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction)*. National Institute of Occupational Health, Dinamarca, Copenhaga.

- Borritz, M & Kristensen, T. S. (2004). *Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout (PUMA: Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction)*. National Institute of Occupational Health, Denmark, Copenhagen.
- Brázio, F., 2015. *Satisfação no Trabalho: Um estudo de caso na Administração do Porto de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1553> [22 de Janeiro de 2018]
- Bueno, M. (2002). As teorias de motivação humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow. *Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão-CESUC-Ano IV* (06-10).
- Capelas, M. L. (2009.). Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 51–57.
- Chiavenato, I. (1987). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Atlas.
- Clark, D., & Centeno, C. (2006). Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clinical Medicine (London, England)*, 6(2), 197–201. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16688982>
- Cohen, J., Cohen, P. West, S. & Aiken, L. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences (3th ed.)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018. Retrieved from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf [21 de Março de 2018].
- Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros no 129/2001 de 17 de Agosto - Plano Oncológico Nacional 2001-2005. *Diário Da República*. 2001;109:5241–7.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. *Cuidado Paliativo*. São Paulo. Retrieved from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf [21 de Março de 2018].
- Council of Europe, 2003. *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*. Retrieved from: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) [21 de Março de 2018].

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Decreto-Lei n.º 101/2006. (06/06/2006). *Diário da República n.º 109, Série I-A*.
- 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.
- Despacho n.º 14311-A/2016. (28-11-2016). *Diário da República n.º 228/2016, 1º Suplemento, Série II*.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx> [23 de Março de 2018].
- Ferreira, A. (2015). *Burnout entre Audiologistas*. (Dissertação de mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde), Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/29790> [12 de Setembro de 2018]
- Ferreira, P. (1996). Satisfação dos profissionais de enfermagem: construção e aplicação de um instrumento de medição. *Saúde Infantil*, 18, 29-38.
- 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)*.
- 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. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/27359> [13 de Setembro de 2018]
- Fonte, C. (2011). *Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde), Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/18118> [10 de setembro de 2018]
- García, J. L. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 49(2), 249–265.
- Graça, L. (2000). A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Parte III [*Portuguese Family Doctors' Job Satisfaction. Part III*]. Retrieved from <https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos36.html> [10 de setembro de 2018].

- Graça, L. (2010). Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde: Um imperativo também para a gestão. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28(1), pp. 3-6.
- Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2015). 1ª ed. Lisboa: Círculo de Leitores. Vol. VI.
- Gregório, F. (2008). *Competência Emocional e Satisfação Profissional dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade do Algarve. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.1/732> [14 de setembro de 2018]
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied psychology*, 60(2), 159-170.
- Hayes, B., Bonner, A. N. N., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 804–814. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x>
- Henriques, C., 2015. *A Satisfação Profissional nas UCC da ARS Centro*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/29713> [10 de setembro de 2018]
- Herzberg, F. (2003). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard business review*, 81(1), 3-11. https://doi.org/10.1007/978-1-349-02701-9_2
- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: Wiley.
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Joyce, C. M., Schurer, S., Scott, A., Humphreys, J., & Kalb, G. (2011). Australian doctors' satisfaction with their work: results from the MABEL longitudinal survey of doctors. *The Medical journal of Australia*, 194(1), 30-33.
- Kenrick, D. T., Griskevicius, V., Neuberg, S. L., & Schaller, M. (2010). Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspectives on psychological science*, 5(3), 292-314.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. e Christensen, K. B. (2005). *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. *Work & Stress*, 19, 3, 192- 207.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.
- Lawler, E. (1973). *Motivation in Work Organizations*. California: Brooks/Cole Publishing Company.

- Lei n.º 52/2012. (05/09/2012). *Diário da República*. N.º 172, Série I – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309–336. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0)
- Locke, E.A. (1976) The Nature and Causes of Job Satisfaction. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 1, 1297-1343.
- Madge, C., 2007. Developing a geographers' agenda for online research ethics. *Progress in human geography*, 31(5), 654-674.
- Marques, A. *et al.* (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 14(158), pp. 32–38.
- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78.
- Martins, M., & Santos, G. (2006). Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *Psico-USF*, 11(2), 195-205.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New Work: Harper & Row Publishers.
- Matos, V., 2012. *Monitorização da Satisfação Profissional num Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/21497> [12 de setembro de 2018]
- Morrison, R. S. and Meier, D. E. (2004). Palliative Care. *The New England Journal of Medicine*, 350(25), 2582–2590.
- Neto, I. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In: A. Barbosa, I. Neto, ed. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, pp.37-52.
- Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Alêtheia Editores.
- Neto, I. G. (2010). Palliative care development is well under way in Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 17(6), 278–281.
- Neves, 1998. *Motivação para o Trabalho: dos conceitos às aplicações*. 1ª Ed. Lisboa: RH Editora.
- Neves, J, 2011. Aptidões individuais e teorias motivacionais. In: Ferreira, J.; Neves, J.; Caetano, A. *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp.289-316). Lisboa: Escolar Editora.

- Nylenna, M., & Aasland, O. G. (2010). Job satisfaction among Norwegian doctors. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 130(10), 1028-1031.
- Observatório Português de Cuidados Paliativos. (2017). *Perfis Regionais de Cuidados Paliativos 2017*. Retrieved from: <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320> [10 de Março de 2018].
- Portaria n.º 165/2016. (14/06/2016). *Diário da República n.º 112/2016, Série I*
- Portaria n.º 340/2015. (08/10/2015). *Diário da República n.º 197/2015, Série I*
- Portaria n.º 66/2018 (06/03/2018). *Diário da República n.º 46/2018, Série I*
- Portaria n.º 75/2017 (22/02/2017). *Diário da República n.º 38/2017, Série I*
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22–33.
- Ramos, C. (2018). *A Rotatividade e a satisfação profissional em enfermeiros de uma unidade hospitalar*. (Dissertação de Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem), Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/23025> [9 de Setembro de 2018]
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Retrieved from: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf> [2 de Fevereiro de 2018].
- Ribeiro, A. L. (2005). O Percurso da Construção e Validação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53–60.
- Salehi, M., & Gholtash, A. (2011). The relationship between job satisfaction, job burnout and organizational commitment with the organizational citizenship behavior among members of faculty in the Islamic Azad University. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 306-310.
- Santos, J. (2005). *Satisfação Profissional, Cultura e Clima Organizacional*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.1/8518> [9 de Setembro de 2018]

- Sapeta, P. & Lopes, M. (2006). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Referência*, 4, 35–60.
- Silva, M. (2012). *Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação: Satisfação Profissional*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/3229> [9 de Setembro de 2018]
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2002). *Historia de los cuidados paliativos & el movimiento hospice*. Retrieved from: <http://cuencodeluz.org/descargas/MovHospice.pdf> [10 de Janeiro de 2018].
- Tavares, O. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/9700> [9 de Setembro de 2018]
- Timmermans, S. (2005). Death brokering: Constructing culturally appropriate deaths. *Sociology of Health and Illness*, 27(7), 993–1013. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00467.x>
- Torres, S., 2011. *Monitorização da Satisfação Profissional num ACES do Grande Porto*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.22/4949> [13 de Setembro de 2018]
- Tribet, C. W. & Rush, R. J. (1984). Theories of motivation: a broader perspective. *Quality Progress*, 17(1), 38–42.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York, John Wiley.
- World Health Organization (2013). *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*. Retrieved from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf [12 de Janeiro de 2018].
- World Health Organization (2018). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [12 de Janeiro de 2018].
- Worldwide Palliative Care Alliance (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Retrieved from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf?ua=1 [10 de Março de 2018].

ANEXOS

ANEXO I: Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional

Satisfação Profissional em Cuidados Paliativos

Bem-vindo/a ao inquérito de satisfação dos profissionais das unidades cuidados paliativos, projeto do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e do Observatório Português dos Cuidados Paliativos.

Este questionário contém perguntas que nos ajudarão a compreender a imagem que estes profissionais têm sobre as suas equipas.

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

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

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

Se concordar com o estudo, clique em baixo em **Seguinte.**

Muito obrigado pela sua colaboração.

Existem 43 perguntas neste inquérito

EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

[]

1. Indique, por favor, qual a tipologia da sua unidade de cuidados paliativos .

*

Escolha uma das seguintes respostas

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

- ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
- EIHS CP – Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
- UCP – Unidade de Cuidados Paliativos (internamento)

[] Indique, por favor, o nome da sua unidade ECSCP. *

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

A resposta for 'ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos' na pergunta '1 [P01]' (1. Indique, por favor, qual a tipologia da sua unidade de cuidados paliativos .)

Escolha uma das seguintes respostas

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

- ACeS Algarve III - Sotavento
- ACeS Arrábida
- ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras
- ACeS Loures/Odivelas - Centro de Saúde Odivelas
- Centro de Saúde Praia da Vitória - Região Autónoma Açores
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
- Coop LinQUE
- EDCP Bem-Humanizar - Santa Casa da Misericórdia de Arcos de Valdevez
- Equipa da Terra Fria - ULS do Nordeste
- Equipa do Planalto Mirandês - ULS do Nordeste
- Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
- Hospital Dr. João de Almada - Região Autónoma da Madeira
- Hospital Nossa Senhora da Arrábida
- Hospital Pedro Hispano - ULS Matosinhos
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil
- Liga dos Amigos - Centro de Saúde de Alfândega da Fé

[] Indique, por favor, o nome da sua unidade EIHSCP. *

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

A resposta for 'EIHSCP – Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos' na pergunta '1 [P01]' (1. Indique, por favor, qual a tipologia da sua unidade de cuidados paliativos .)

Escolha uma das seguintes respostas

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

- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
- Centro Hospitalar Tondela-Viseu
- Hospital da Luz Póvoa (Arrábida)
- Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães - Centro Hospitalar do Alto Ave
- Hospital de Cantanhede
- Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida
- Hospital de S. José - Centro Hospitalar de Lisboa Central
- Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte
- Hospital de Vila Franca de Xira
- Hospital Dr. João de Almada - Região Autónoma da Madeira
- Hospital Dr. José Maria Grande - ULS Norte Alentejano
- Hospital Garcia de Orta
- Hospital Padre Américo-Penafiel - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
- Hospital Pedro Hispano - ULS Matosinhos

- Hospital Santa Luzia - ULS Alto Minho
- Hospital Santa Luzia de Elvas - ULS Norte Alentejano
- Hospital São Pedro de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil
- ULS da Guarda
- ULS do Nordeste

[] Indique, por favor, o nome da sua UCP. *

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

A resposta for 'UCP – Unidade de Cuidados Paliativos (internamento)' na pergunta '1 [P01]' (1. Indique, por favor, qual a tipologia da sua unidade de cuidados paliativos .)

Escolha uma das seguintes respostas

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

- ASFE SAÚDE - Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Pouca de Aguiar
- Clínica S. João de Ávila
- Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
- Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela
- Hospital de Macedo de Cavaleiros
- Hospital Dr. João de Almada - Região Autónoma da Madeira
- Hospital Dr. José Maria Grande - ULS Norte Alentejano
- Hospital Nossa Senhora da Arrábida
- Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia
- Hospital Residencial do Mar
- Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros
- Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão - Centro Hospital da Cova da Beira
- WeCAre

DADOS SOBRE AS SUAS FUNÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE

[] 2. Quantas horas semanais estão previstas no seu contrato, nesta unidade? *

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

horas por semana

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

Escolha uma das seguintes respostas

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
- Contrato emprego-inserção (CEI)
- Outro

[] Outro tipo de vínculo - Por favor, especifique

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

A resposta for 'Outro' na pergunta '6 [P05]' (5. Qual o tipo de vínculo que possui?)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

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

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

- Sim
- Não

[] 7. Qual a sua categoria profissional? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

- Assistente Operacional
- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Secretário/a Clínico/a - Assistente Técnico
- Técnico/a Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- Técnico/a Superior de Saúde
- Outra

Técnico/a Superior de Diagnóstico e Terapêutica - Por favor, especifique.

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

A resposta for 'Técnico/a Superior de Diagnóstico e Terapêutica' na pergunta '9 [P07]' (7. Qual a sua categoria profissional?)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Técnico/a Superior de Saúde - Por favor, especifique.

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

A resposta for 'Técnico/a Superior de Saúde' na pergunta '9 [P07]' (7. Qual a sua categoria profissional?)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Outra categoria profissional - Por favor, especifique.

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

A resposta for 'Outra' na pergunta '9 [P07]' (7. Qual a sua categoria profissional?)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[] 8. Desempenha funções noutra instituição em regime de acumulação? *

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

- Sim
 Não

[] Se SIM, quantas horas trabalha, em média, por semana nessa instituição? *

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

A resposta for 'Sim' na pergunta '13 [P08]' (8. Desempenha funções noutra instituição em regime de acumulação?)

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[] 9. Aproximadamente há quanto tempo trabalha nesta Unidade?

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

Anos

Meses

[] 10. 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

[] 11. O/A COORDENADOR/A DA UNIDADE *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
ABERTURA:						
Abertura e disponibilidade revelada para consigo.	<input type="radio"/>					
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"/>					
ATITUDE POSITIVA:						
Diz quando algo é bem feito.	<input type="radio"/>					
ATITUDE CONSTRUTIVA:						
Diz quando e como o seu trabalho pode ser melhorado.	<input type="radio"/>					
INVESTIMENTO NA QUALIDADE:						
Esforço despendido pelo/a Coordenador/a 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:						
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 Unidade. Como é que classificaria essa pessoa nestes itens? Caso seja Coordenador/a, por favor faça uma auto-avaliação.

[] 12. A SUA UNIDADE E O EQUIPAMENTO *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
LIMPEZA: Nível de limpeza das salas 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 Unidade se encontra organizada para que consiga trabalhar de forma adequada.	<input type="radio"/>					
EQUIPAMENTO: Disponibilidade de bom equipamento.	<input type="radio"/>					

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

13. RECURSOS HUMANOS *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
CONTINUIDADE DO PESSOAL: Estabilidade da equipa da sua Unidade.	<input type="radio"/>					
PROPORÇÃO HIERÁRQUICA: Relação entre o número de pessoas com funções de coordenação e de supervisão e pessoas 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 Unidade e nos recursos humanos existentes. Como é que a classificaria nestes itens?

14. RELACIONAMENTO ENTRE EQUIPAS E PROFISSIONAIS *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
	<input type="radio"/>					

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
TRABALHO DE EQUIPA: Forma como as várias equipa do ACeS colaboram com a sua equipa.	<input type="radio"/>					

COMUNICAÇÃO: Forma como é feita a comunicação entre profissionais.	<input type="radio"/>					
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

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

15. ESTADO DE ESPÍRITO NO LOCAL DE TRABALHO *

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
DOS OUTROS: Forma como pensa ser encarado/a pelos outros pelo facto de trabalhar nesta Unidade.	<input type="radio"/>					

DO SEU: Forma como encara o facto de trabalhar nesta Unidade.	<input type="radio"/>					
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

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

16. COMO CARACTERIZA O SEU VENCIMENTO EM RELAÇÃO ... *

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

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

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

17. ORGÃOS DE DIREÇÃO E DE POLÍTICA DA SUA UNIDADE *

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
--	-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
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 da sua Unidade. Como é que os classificaria nestes itens?

A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS NA SUA UNIDADE

[] 18. QUALIDADE DO SERVIÇOS QUE ESTA UNIDADE PRESTA AOS SEUS UTILIZADORES *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
ATENIMENTO: Facilidade no processo de atendimento dos utentes, incluindo o tempo despendido.	<input type="radio"/>					
COORDENAÇÃO: Trabalho de equipa de todos os profissionais da Unidade na prestação de serviços aos utentes.	<input type="radio"/>					
CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS: Forma como os profissionais 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 sobre a situação que os levaram a recorrer à Unidade.	<input type="radio"/>					
CUSTO DO SERVIÇO: Capacidade da Unidade em ter informação e em controlar os custos com o serviço prestado.	<input type="radio"/>					

Como classifica a qualidade do serviço que esta Unidade presta aos utilizadores.

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

[] 19. MELHORIA DA QUALIDADE *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
MELHORIA DA QUALIDADE: Esforço da sua Unidade na melhoria contínua, na relação com os utentes e profissionais.	<input type="radio"/>					
BEM À PRIMEIRA VEZ: Forma como a sua Unidade tenta <u>fazer</u> 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 Unidade têm uns pelos outros.	<input type="radio"/>					
DIMINUIR O DESPÉRDICIO: 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 Unidade e as suas expectativas de qualidade.	<input type="radio"/>					

Como classifica a forma como a sua Unidade está a seguir processos de melhoria da qualidade.

INVENTÁRIO DE BURNOUT

[] 20. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando a opção respetiva. *

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/Quase Nunca
Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>				
Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="radio"/>				
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="radio"/>				
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="radio"/>				
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="radio"/>				
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>				
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="radio"/>				
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="radio"/>				
Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="radio"/>				
Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="radio"/>				

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/Quase Nunca
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	<input type="radio"/>				
Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?	<input type="radio"/>				
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="radio"/>				
O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="radio"/>				
Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>				
Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>				
Sente-se esgotado/a por causa do trabalho?	<input type="radio"/>				
Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	<input type="radio"/>				
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="radio"/>				

SATISFAÇÃO GLOBAL

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

Escolha uma das seguintes respostas

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

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

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 22. Considera que as suas competências estão a ser devidamente utilizadas? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

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

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 23. Havendo outra alternativa, ainda assim, recomendaria os serviços desta Unidade a familiares ou a amigos, caso necessitassem? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

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

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 24. Havendo outra alternativa, ainda assim, recorreria a esta Unidade caso necessitasse? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

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

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 25. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo

esta Unidade para trabalhar? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

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

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 26. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo a mesma profissão? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Discordo muito

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 27. Atualmente, qual o seu grau de satisfação com esta Unidade? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

- Muito insatisfeito/a
- Insatisfeito/a
- Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a
- Satisfeito/a
- Muito satisfeito/a

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 28. Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por esta Unidade 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.

[] 29. Qual é o seu sexo?

Escolha uma das seguintes respostas

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

- Masculino
- Feminino

[] 30. Qual é a sua idade?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

anos

[] 31. Qual é a sua situação familiar?

Escolha uma das seguintes respostas

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

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

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

Escolha uma das seguintes respostas

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

- 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Ensino Superior - Bacharelato
- Ensino Superior - Licenciatura
- Ensino Superior - Mestrado
- Ensino Superior - Doutoramento
- Outro (por favor, especifique no espaço de comentários à direita)

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 33. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- Muito mau

[] 34. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar, contando consigo? *

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[] 35. Quantos filhos tem? *

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

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

Escolha uma das seguintes respostas

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

- Mais do que suficiente
- Suficiente
- Insuficiente

[] 37. Já emigrou ou pensou em emigrar? *

Escolha uma das seguintes respostas

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

- Já emigrei e regresssei a Portugal
- Estou a preparar-me para emigrar
- Já pensei seriamente em emigrar, mas não tive ainda condições para o fazer
- Não pensei em emigrar

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

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

Submeter o seu inquérito

Obrigado por ter concluído este inquérito.

ANEXO II: FORMAÇÃO ADEQUADA

Referências:

P21 1 *“Tem sido estimulante manter interesse na valorização académica na fase da carreira Em que me encontro; Trabalhar em equipa é uma prática clínica salutar e enriquecedora”*

P21 2 *“Sinto que temos pouca preparação para trabalhar em cuidados paliativos. Ninguém nos explica que tudo é diferente: os objetivos de reabilitação; a necessidade de uma boa gestão emocional; lidar com a morte e estar preparado para lidar com famílias em que as expectativas estão desajustadas.”*

P21 3 *“Por a ter procurado e tentar mantê-la com esforço próprio”*

P21 4 *“Minha formação académica e experiencial profissional e sem duvida, a minha forma de ser, permitem exercer o meu trabalho com eficácia e prazer.”*

P21 5 *“Gostava que em tempo laboral houvesse mais oportunidades de formação e atualização de conhecimentos.”*

P21 6 *“Falta de formação, muito poucos recursos, pouca organização dos serviços, referenciação inadequada /tardia, são mais cansativos do que o trabalho assistencial em si”*

P21 7 *“Especialista e Mestre em Enf Medico Cirúrgica com opção em Cuidados Paliativos (com estagio em unidade de referencia espanhola), Pós graduada em Cuidados Paliativos e em Administração e gestão dos serviços de saúde”*

P21 8 *“As competências adquiridas são uma mais valia na vida profissional actual (trabalhar segundo paradigma diferente)”*

P21 9 *“A formação é continua.”*

ANEXO III: COMPETÊNCIAS DEVIDAMENTE UTILIZADAS

Referências:

P22 1 *“Sinto que sou um elemento na equipa com experiência e reconhecida pelos pares, sou formadora de serviço, auditora interna da unidade e do SESARAM para a qualidade e mantenho a atualização de conhecimentos através de formação continua.”*

P22 2 *“Sim, durante esses anos observo que utilizo as minhas competências e aprimoro outras nas intervenções realizadas com os utentes e familiares.”*

P22 3 *“Os constrangimentos do sistema de saúde (escassez de recursos vários) frena o desenvolvimento de novos projetos”*

P22 4 *“Há sempre um caminho para melhorar.”*

P22 5 *“Está na mão de cada profissional.”*

ANEXO IV: RECOMENDAÇÃO DA UNIDADE A FAMILIARES/AMIGOS

Referências:

P23 1 *“Trabalho realizado não em Unidade, mas sim EIHSCP”*

P23 2 *“Os resultados e a experiência acumulada permitem sentir satisfação e segurança na atividade assistencial”*

P23 3 *“Orgulho e apreço pelo trabalho da equipa, recomendo sem dúvida alguma.”*

P23 4 *“Mediante todas as dificuldades é feito tudo o que é possível.”*

P23 5 *“A prática e o saber acumulado tem permitido resultados que pessoalmente e em Equipa nos orgulhamos.”*

P23 6 *“A obtenção de uma segunda opinião é um direito do doente e família, porem recomendaria a minha unidade pela certificação da qualidade dos cuidados prestados, pelo empenho no desenvolvimento de conhecimentos e competências dos profissionais e pelos resultados obtidos face aos resultados obtidos com doentes atendidos (controlo sintomático, apoio social, espiritual e psicológico, prevenção de lutos complicados, diminuição do recurso ao serviço de urgência, opção do local de morte e aumento do numero de mortes em casa de acordo com preferências do doente/família) e onde se evidencia um cuidado holístico ao doente/família”*

P23 5 *“A minha unidade tem um potencial humano que supera qualquer dificuldade ao nível de equipamentos ou recursos humanos.”*

ANEXO V: RECORRIA A ESTA UNIDADE CASO NECESSITASSE

Referências:

P24 1 *“Trabalho realizado não em Unidade, mas sim EIHSCP”*

P24 2 *“Razões já descritas na resposta da pergunta anterior.”*

P24 3 *“Pelas razões atrás referidas”*

P24 4 *“Excelente trabalho em CP”*

P24 5 *“A Equipa é eficiente e competente -pelo feedback recebido”*

ANEXO VI: ESCOLHERIA ESTA UNIDADE PARA TRABALHAR

Referências:

P25 1 *“Gosto do que faço.”*

P25 2 *“O que me faz duvidar é a sensação de cansaço, somos apenas dois enfermeiros, sendo que fica apenas um durante o período de férias e ausências. Para além desta sobrecarga estamos sujeitos a muita pressão por parte da direção de enfermagem, dado que somos equipa de consultadoria e, portanto, não seriam necessários tantos enfermeiros para desempenhar tais funções. O serviço de internamento promove mais estabilidade emocional e menos pressão, porque é mais fácil quantificar o trabalho de enfermagem. Neste sentido, por vezes penso que se voltasse atrás, teria dúvidas na escolha.”*

P25 3 *“Pela primeira vez em 24 anos de experiência profissional trabalho em equipa”*

P25 4 *“Pelas razões atrás referidas”*

P25 5 *“Pensaria duas vezes devido aos obstáculos apresentado por órgãos superiores”*

P25 6 *“Trabalho em equipa enriquecedor”*

P25 7 *“Trabalho realizado não em Unidade, mas sim EIHSCP”*

ANEXO VII: ESCOLHERIA A MESMA PROFISSÃO

Referências:

P26 1 *“Sentimento de valorização pessoal e de vida com sentido, apesar das inevitáveis (e por vezes salutares!) dificuldades com que me tenho deparado ao longo do percurso já longo.”*

P26 2 *“Satisfação profissional e sentimento de vida realizada na relação comigo (objetivos pessoais) e com os outros”*

P26 3 *“Razão descrita na resposta da pergunta anterior.”*

P26 4 *“Esta resposta pelo não reconhecimento.”*

P26 5 *“Escolhi a profissão por vocação, escolhi os cuidados paliativos e continuei sempre a investir em formação até integrar esta equipa. No entanto, 11 anos depois, com família constituída e com as condições atuais de trabalho e pressão, muito provavelmente teria escolhido outra profissão com menos desgaste físico e emocional.”*

ANEXO VIII: GRAU DE SATISFAÇÃO COM A UNIDADE

Referências:

P27 1 *“Trabalho em equipa exigente e motivador. Mantém o desejo de crescer e melhorar.”*

P27 2 *“O trabalho que realizamos deixa-me em grau de satisfação. A pressão e instabilidade a que estamos sujeitos impede-me de responder com grau de muita satisfação.”*

P27 3 *“Muito trabalho para fazer e pouco tempo atribuído aos profissionais para dedicarem à equipa.”*

P27 4 *“Trabalho realizado não em Unidade, mas sim EIHSCP”*

P27 5 *“Forte sentimento de união de trabalho em Equipa.”*

P27 6 *“Falta de profissionais e excesso de trabalho”*

P27 7 *“Com o trabalho desenvolvido pelos elementos da equipa e o esforço diário para que tudo funcione bem. Apesar de haver pressões externas que dificultam o desenvolvimento e bom funcionamento da equipa.”*

ANEXO IX: COMO SE PODERIA MELHORAR OS SERVIÇOS PRESTADOS POR ESTA UNIDADE E A SUA QUALIDADE COMO LOCAL DE TRABALHO?

Referências:

P28 1 *“Terminei o internato da formação específica em out/2017 a partir do que passei a cumprir o horário de internamento na UCP, em paralelo com serviço de urgência e consulta externa de medicina, pelo que em média faço 20h semanais na UCP. A equipa médica é composta por dois elementos, eu e outro colega com as mesmas condições de horário. Uma vez que temos que cobrir o internamento todos os dias, incluindo fins-de-semana, facilmente se percebe que em termos de carga horária é demasiado exigente, com a particularidade que em tempo de férias de um de nós o outro continua a fazer serviço de urgência de Medicina Interna, logo, não comparece na UCP nesse dia e esta fica sem médico. No caso dos fins-de-semana, no período de férias de um de nós o outro tem que cobrir sábado e domingo, o que significa que trabalha todos os dias da semana, já que não se permite gozar folgas na sua ausência do segundo elemento caso contrário a UCP fica a descoberto. Na minha opinião, havia benefício em otimizar a equipa médica, com pelo menos 2 elementos com 40h e um elemento com 20h, por forma a podermos colmatar as necessidades da UCP sem a sobrecarga de horário que existe atualmente. Também em termos de organização do espaço físico esta UCP carece de melhorias: atualmente a Unidade está distribuída em 2 pisos, sendo que no piso inferior a enfermaria é dividida por um corredor de acesso à rua e ao bar do hospital, desta forma há sempre gente "perdida" no serviço à procura da saída e não há controlo e segurança adequados. O piso superior tem camas da UCP e do Serviço de Medicina. Deveria reorganizar-se por forma a reunir a UCP num único espaço física equipa de enfermagem é comum com o Serviço de Medicina e os elementos mudam com demasiada frequência. Penso que a equipa da UCP devia manter estabilidade e dedicar-se apenas a esse serviço.”*

P28 2 *“Ter uma unidade de cuidados paliativos para os nossos doentes referenciados; Estar a tempo inteiro na unidade de cuidados paliativos para ter mais tempo de sistematizar registos e observações e assim ter dados científicos para eventuais publicações; Poder ter espaço para realizar outras técnicas com os doentes e familiares: grupos, relaxamento, Reiki, etc...”*

P28 3 *“Ter mais apoio por parte dos órgãos diretivos / políticos no sentido de aumentar recursos humanos, desenvolver investigação, disponibilizar um espaço maior para a prestação de serviço, disponibilizar verbas para adquirir equipamento e formação. Aumentar o vencimento. Reconhecimento público. Todos estes fatores contribuem para a motivação e melhor qualidade na prática em cuidados paliativos”*

P28 4 *“Respeitando e melhorando as dotações mínimas de profissionais.”*

P28 5 *“Reconhecimento pela tutela; Articulação com as diferentes valências de CP; Recursos humanos”*

P28 6 *“Poderíamos melhorar - conseguindo ter um hospital de dia (não se prevê a sua realização...)- conseguindo mais um médico e um enfermeiro a tempo parcial- conseguindo ter um gabinete na área assistencial (o nosso gabinete é na área da biblioteca do hospital - muito deslocado da área clínica, o que nos faz perder muito tempo*

em deslocações, nos impede de receber familiares, não temos secretariado...)- conseguindo realizar reuniões periódicas com equipas que comunitárias (não de paliativos porque não temos ainda...) que prestam suporte aos nossos doentes no domicílio- conseguindo fazer visitação domiciliária”

P28 7 *“Na minha opinião os serviços prestados pelos profissionais de saúde ao utente nesta unidade são muito bons não chegando á excelência por causa do espaço físico, tudo se baseia em haver novas instalações pensadas nas necessidades e no conforto do doente paliativo e seus familiares. Com mais de 100 utentes a serem seguidos na nossa consulta é fácil perceber que com três salas que fazem parte do serviço e que são repartidas por médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos e assistentes operacionais não se consegue oferecer aos utentes um serviço de excelência nomeadamente no tempo que decorre em que o utente chega á consulta e o fim da mesma.”*

P28 8 *“Mais profissionais a tempo inteiro. Prestar cuidados paliativos na comunidade (formação de equipa/construção de rede de parceiros).”*

P28 9 *“Maior nº de profissionais de enfermagem”*

P28 10 *“Existência de maior número de horas/exclusividade na EIHSCP dos profissionais (principalmente enfermeiros e assistentes sociais); Espaço físico mais amplo para desenvolvimento de novas intervenções Secretariado afeto exclusivamente a EIHSCP; Existência de apoio espiritual; Redução de trabalho burocrático/administrativo.”*

P28 11 *“Em relação à UCP seria necessário mais espaço, pelo menos mais duas salas e mais 1 computador. As minhas observações são dentro da minha instituição SESARAM, EPE onde a UCP se integra. Muitos doentes são referenciados tardiamente a esta Unidade, como tal o trabalho da nutrição teria de ter sido logo se fez o diagnóstico da patologia. Assim os doentes beneficiavam se a atitude dos diferentes profissionais de saúde, do SESARAM, EPE dentro do nosso sistema de saúde face à desnutrição associada à doença, fosse reconhecida devido à sua importância da prática clínica nutricional. O que pretendo defender, sem qualquer restrição, é a adoção de uma atitude de equipa no todo do sistema regional de saúde, SESARM,EPE. Sem uma prática profissional articulada e interligada onde os vários saberes são respeitados e colocados ao serviço dos doentes.”*

P28 12 *“Dotação correta de Enfermeiros e de Assistentes Operacionais.”*

P28 13 *“Diversificação e mais tempo alocado aos profissionais que trabalham, de preferência a tempo total ou quase total melhoria da gestão e da comunicação”*

P28 14 *“Disponer de mais tempo para trabalho assistencial, de registo e de formação”*

P28 15 *“Disponibilizando mais tempo!”*

P28 16 *“Dado que é uma Unidade recente, os profissionais deveriam investir mais na formação nesta área, nomeadamente aquisição da competência em Cuidados Paliativos (o que implica um estágio numa unidade que já tenha esta competência). É certo que todos tentam fazer o seu melhor, mas é necessária mais formação, principalmente a nível da unidade de internamento da ULS.”*

P28 17 “Contratar mais pessoas de várias categorias profissionais; Promover formação ou atualização dos profissionais; Dar-lhes mais meios, por ex.: transporte para visita domiciliária; Agilizar meios de transporte entre as várias unidades hospitalares”

P28 18 “Aumento dos recursos humanos, admissão de pessoas com formação específica, menor rotação de pessoal de enfermagem. Reconhecimento pela administração da importância e necessidade deste tipo de cuidados e da sua especificidade.”

P28 19 “Aumentar o numero de profissionais no serviço adequando assim às necessidades sentidas no dia a dia.”

P28 20 “Aumentar o numero de médicos e enfermeiros na equipa.”

P28 21 “Aumentar dias de consulta, e aumentar nº de profissionais”

P28 22 “Aumentando o numero de enfermeiros, uma vez que o ratio está inadequado para uma unidade de internamento de doentes complexos com capacidade para 11 doentes, pois na manha são 2 Enf, na tarde 2 Enf e a noite 1 Enf.”

P28 23 “Ajustando o numero de profissionais às necessidades dos serviços prestados”

P28 24 “Admitindo mais profissionais, especialmente Enfermeiros”

P28 25 “ADEQUAR O NUMERO DE PROFISSIONAIS SUFICIENTES PARA DESENVOLVER E MELHORAR O ATENDIMENTO DA UNIDADE”

P28 26 “A melhoria do serviço prestado poderia melhor, se houvesse maior suporte por parte da direção na valorização do trabalho. Seria também importante aumentar recursos técnicos e humanos, sendo que o trabalho é um contínuo e havendo necessidade de manter suporte e melhoria na articulação com os cuidados na comunidade (aguardando ainda o inicio de funções da equipa comunitária de cuidados paliativos.”

P28 27 “A administração do hospital, direção clinica e de enfermagem não reconhecem importância da prestação de Cuidados Paliativos com qualidade. Continua a ser dada importância só a números, mapas... e pouca importância ao tempo de qualidade que deve ser despendido com os utentes e família. Para além disso os vários elementos das equipas de paliativos deviam trabalhar exclusivamente para a equipa e não acumular com outras atividades dentro da própria unidade.”

P28 28 “1 - Adequação de recursos humanos à quantidade de trabalho; 2 - Facilidade em participar em formação externa; 3 - Prevenção de burnout com horário regular; 4

P28 29 “- Melhor comunicação entre Direção da instituição e funcionários5 - Melhoria da assistência social para casos de doentes em cuidados paliativos”

P28 30 “» Possuir gabinetes de consulta disponíveis exclusivamente para a nossa equipa de fácil acesso aos doente/ famílias, evitando demoras, constrangimentos como não haver gabinetes para situações inesperadas ou não ter material/ medicação necessários. » Substituição de enfermeiros por baixa prolongada de forma atempada. » Aumento do número de médicos» Nomeação de Enfermeira Coordenadora/ Chefe”

P28 31 “-Melhoria na contratação de enfermeiros (com contratos individuais, para não haver tanta rotação de profissionais na equipa) ”

P28 32 “- *Permanência do director de serviço - não está a horario completo;- Melhoria de equipamentos- cadeiras de rodas;- Melhoria no espaço - mais espaços de lazer e atividades ludicas para os utentes;-*”

P28 33 “- *Gabinete da Equipa estar num local não clínico (conferências familiares);- Ter apoio domiciliário;- Ter um Hospital Dia;- Mais recursos humanos;- Unidade de Cuidados Paliativos estar no hospital de viseu.*”

P28 34 “- *Equipa dedicada exclusivamente aos cuidados paliativos e não em regime de "part-time";- Maior divulgação da existência e do trabalho feito pela EIHSCP; - Maior comunicação entre os cuidados de saúde primários e a EIHSCP.*”