

UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FACULDADE DE ECONOMIA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

NO

SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

∞ APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL ∞

Oscar Manuel da Conceição Fariares

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

COIMBRA, 2008

UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FACULDADE DE ECONOMIA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
NO
SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

∞ APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL ∞

Oscar Manuel da Conceição Tavares

DISSERTAÇÃO DE Mestrado em Gestão e Economia da Saúde
ORIENTADA POR
PROFESSOR DOUTOR PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

COIMBRA, 2008

À minha filha Catarina

Pelo tempo que não lhe dediquei...

Poderá tornar-se um lugar-comum dizer que uma obra nunca é resultado do trabalho de um homem só. De facto, dificilmente se conseguiria percorrer um caminho como este sem se contar com o inestimável apoio e ajuda de quem nos deu força para começar, nos amparou nos percalços do caminho e connosco se congratulou com a alegria do resultado.

Este trabalho também é de todos eles.

Os agradecimentos que importa aqui fazer podem pecar por esquecer alguém, nunca por ter mencionado alguém de forma vã.

Ao Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira pelo apoio, disponibilidade, ensinamentos, interesse e prontidão com que aceitou ser meu orientador prestigiando, sobremaneira, esta dissertação.

Ao Professor Doutor Luís Filipe Marreiros Caseiro Alves, Director da Clínica Universitária de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, pelo apoio à realização deste estudo.

Ao Mestre João Paulo de Figueiredo pela disponibilidade e prestável ajuda com os seus ensinamentos sobre as metodologias de investigação e de estatística durante a elaboração do presente estudo.

Ao colega e amigo Mestre António Carlos Peres Saraiva que, para além de suportar as minhas ausências na Escola, prestou precioso incentivo à realização deste estudo.

A todos os funcionários do Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra que colaboraram neste estudo.

Aos meus Pais, pelo seu empenhamento e incentivo moral na construção não só da minha vida, mas também do meu percurso académico.

AGRADECIMENTOS	II
ÍNDICE DE QUADROS	V
ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS.....	VIII
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	IX
RESUMO.....	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUÇÃO.....	13
☞ PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO I	16
1. <i>SATISFAÇÃO PROFISSIONAL</i>	16
1.1. NOÇÃO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	17
1.2. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL – TEORIAS EXPLICATIVAS	19
1.3. FACTORES INTERVENIENTES NA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	29
1.4. STRESS OCUPACIONAL	35
CAPÍTULO II	43
2. <i>BURNOUT</i>	43
☞ PARTE II CONTRIBUIÇÃO PESSOAL.....	50
I – CONSIDERAÇÕES GERAIS	51
1. <i>OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO</i>	51
2. <i>POPULAÇÃO E AMOSTRA</i>	53
3. <i>METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS</i>	54
3.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA CONCEPTUAL DO INSTRUMENTO IASP ATÉ À VERSÃO FINAL	54
3.2. METODOLOGIA PARA A RECOLHA DE DADOS.....	59
4. <i>ESTRATÉGIAS ESTATÍSTICAS PARA O TRATAMENTO DOS DADOS</i>	60
4.1 – TÉCNICAS ESTATÍSTICAS APLICADAS.....	60
4.2 – MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	63
4.3 DESCRIÇÃO DAS FACETAS, SUB-ESCALAS E ESCALAS QUE SE ENCONTRAM NO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NO QUE DIZ RESPEITO À SUA CONSISTÊNCIA INTERNA	67
5. <i>CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA</i>	68
II - ANÁLISE DOS RESULTADOS	77
1. DESCRIÇÃO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	77
1.1 <i>ESCALAS</i>	77
1.2 <i>SUB-ESCALAS</i>	81

1.3 FACETAS.....	84
2. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	88
2.1 ANÁLISE INFERENCIAL	88
2.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS CONTEÚDOS MANIFESTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	124
2.2.1 UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL PERANTE A NECESSIDADE DE CUIDADOS.....	124
2.2.2 A ESCOLHA DO HOSPITAL PARA REINICIAR HIPOTETICAMENTE A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL	124
2.2.3 A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS.....	125
2.2.4 PROPOSTAS DE MELHORIA DA QUALIDADE DO HOSPITAL	125
2.2.5 ACÇÕES DE GESTÃO QUE SURPREENDERAM OS PROFISSIONAIS NO ÚLTIMO ANO.....	126
2.2.6 MELHORIA DA ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL	126
3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	128
4. CONCLUSÕES.....	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
ANEXOS.....	173

QUADRO 1: DESCRIÇÃO DOS GRUPOS (DIMENSÕES) QUE COMPÕEM O IASP COM AS RESPECTIVAS PERGUNTAS.....	55
QUADRO 2: DESCRIÇÃO DAS ESCALAS, SUB-ESCALAS E FACETAS DO IASP E AS PERGUNTAS QUE AS COMPÕEM.	56
QUADRO 3: DESCRIÇÃO DAS DIMENSÕES QUE COMPÕEM A ESCALA DE BURNOUT E A SUA RECODIFICAÇÃO.	57
QUADRO 4: DESCRIÇÃO DOS ITENS DE OPINIÃO GERAL ACERCA DO HOSPITAL POR SUB-DIMENSÕES.....	58
QUADRO 5: DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DAS ESCALAS, SUB-ESCALAS E FACETAS QUE COMPÕEM O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL FACE AO ALFA DE CRONBACH	67
QUADRO 6: DESCRIÇÃO DO TIPO DE SITUAÇÃO FAMILIAR E HABILITAÇÕES LIERÁRIAS POR GÊNERO	68
QUADRO 7: DECRIÇÃO DA AMOSTRA POR LOCAL DE RESIDÊNCIA FACE AO GÊNERO.....	69
QUADRO 8: DESCRIÇÃO DA IDADE DOS PROFISSIONAIS POR GÊNERO.....	70
QUADRO 9: DESCRIÇÃO DA IDADE DOS PROFISSIONAIS POR CLASSE PROFISSIONAL	70
QUADRO 10: DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR GÊNERO FACE AO TIPO DE VINCULO	71
QUADRO 11: DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS AO NÍVEL DA SUPERVISÃO E GESTÃO DE SERVIÇO POR TIPO DE VINCULO	72
QUADRO 12: DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR TIPO DE HORÁRIO REALIZADO FACE AO TIPO DE VÍNCULO	72
QUADRO 13: DESCRIÇÃO DA IDADE MÉDIA DOS PROFISSIONAIS POR TIPO DE VINCULO	73
QUADRO 14: DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS FACE À CLASSE PROFISSIONAL POR TIPO DE VÍNCULO	73
QUADRO 15: DESCRIÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE EXERCÍCIO POR TIPO DE VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS	74
QUADRO 16: DESCRIÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO POR CLASSE PROFISSIONAL	74
QUADRO 17: DESCRIÇÃO DAS CLASSES PROFISSIONAIS FACE AO TIPO DE VÍNCULO POR TEMPO DE SERVIÇO.....	75
QUADRO 18: CARACTERIZAÇÃO DAS CLASSES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO TIPO DE HORÁRIO DE TRABALHO	75
QUADRO 19: DESCRIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SUPERVISÃO E GESTÃO DE SERVIÇO POR CLASSE PROFISSIONAL	76
QUADRO 20: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA “QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO”	77
QUADRO 21: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA “QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”	78
QUADRO 22: DESCRIÇÃO DOS ITENS DA ESCALA “QUALIDADE DOS SERVIÇOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”	79
QUADRO 23: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA “MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE”	80
QUADRO 24: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS”	81
QUADRO 25: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “MORAL”	82
QUADRO 26: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “RECURSOS TECNOLÓGICOS E FINANCEIROS”	82
QUADRO 27: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “SERVIÇOS DE INTERNAMENTO”	83
QUADRO 28: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO”	83

QUADRO 29: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “ÓRGÃO DE GESTÃO”	84
QUADRO 30: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “RECURSOS HUMANOS”	85
QUADRO 31: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “ESTADO DE ESPÍRITO”	85
QUADRO 32: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “SUPERIOR HIERÁRQUICO”	86
QUADRO 33: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “VENCIMENTO”	86
QUADRO 34: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO”	87
QUADRO 35: DESCRIÇÃO DOS VALORES DAS DIMENSÕES DA ESCALA DE BURNOUT	89
QUADRO 36: DESCRIÇÃO DOS VALORES MÉDIOS DE ENVOLVIMENTO DA ESCALA DE BURNOUT	89
QUADRO 37: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR CLASSE PROFISSIONAL	90
QUADRO 38: AVALIAÇÃO DAS SUB-ESCALAS (PRH, M, RTF) POR CLASSE PROFISSIONAL	92
QUADRO 39: AVALIAÇÃO DAS FACETAS (EE E SH) POR CLASSE PROFISSIONAL	93
QUADRO 40: AVALIAÇÃO DAS SUB-ESCALAS (SI E SCA) POR CLASSE PROFISSIONAL	94
QUADRO 41: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR TIPO DE VÍNCULO	95
QUADRO 42: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR GÊNERO	95
QUADRO 43: AVALIAÇÃO DAS SUB-ESCALAS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO E SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO POR GÊNERO	96
QUADRO 44: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR GRUPO ETÁRIO	97
QUADRO 45: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR TEMPO DE SERVIÇO	97
QUADRO 46: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	98
QUADRO 47: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR SITUAÇÃO FAMILIAR	99
QUADRO 48: AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL POR RESPONSABILIDADE DE SUPERVISÃO	99
QUADRO 49: AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL POR RESPONSABILIDADE DE GESTÃO	100
QUADRO 50: AVALIAÇÃO DAS SUB-ESCALAS DA QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO POR RESPONSABILIDADE DE GESTÃO ...	100
QUADRO 51: AVALIAÇÃO DAS FACETAS DA SUB-ESCALA MORAL POR RESPONSABILIDADE DE GESTÃO	101
QUADRO 52: AVALIAÇÃO DA OPINIÃO GERAL POR CLASSE PROFISSIONAL	102
QUADRO 53: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE OPINIÃO GERAL POR TEMPO DE SERVIÇO	103
QUADRO 54: DIFERENÇAS MÉDIAS DE OPINIÃO GERAL POR GÊNERO	104
QUADRO 55: DIFERENÇAS MÉDIAS DE OPINIÃO GERAL POR TIPO DE VÍNCULO	105
QUADRO 56: DIFERENÇAS MÉDIAS DE OPINIÃO GERAL POR TIPO DE HORÁRIO	106
QUADRO 57: DIFERENÇAS DE SATISFAÇÃO GLOBAL COM O HOSPITAL	107
QUADRO 58: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL E SATISFAÇÃO COM O SUPERIOR HIERÁRQUICO (FACETA)	108
QUADRO 59: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO (SUB-ESCALAS)	109

QUADRO 60: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL E SATISFAÇÃO COMO O LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO, RECURSOS HUMANOS E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO (SUB-ESCALAS).....	110
QUADRO 61: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A POLÍTICA DOS RECURSOS HUMANOS POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL E SATISFAÇÃO COM OS ÓRGÃOS DE GESTÃO (FACETA) E RECURSOS HUMANOS (FACETA)	112
QUADRO 62: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL, SATISFAÇÃO GLOBAL, ESTADO DE ESPÍRITO, RECURSOS HUMANOS, LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO E VENCIMENTO.	114
QUADRO 63: RELAÇÃO ENTRE OS VÁRIOS ESTADOS DE BURNOUT POR CLASSE PROFISSIONAL	116
QUADRO 64: AVALIAÇÃO DO GRAU DE REALIZAÇÃO PESSOAL POR FAIXA ETÁRIA	117
QUADRO 65: AVALIAÇÃO DO GRAU DE DESPERSONALIZAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA	118
QUADRO 66: AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXAUSTÃO POR FAIXA ETÁRIA.....	119
QUADRO 67: AVALIAÇÃO DO GRAU DE ENVOLVIMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	119
QUADRO 68: RELAÇÃO ENTRE OS VÁRIOS ESTADOS DE BURNOUT POR TIPO DE VÍNCULO.....	120
QUADRO 69: AVALIAÇÃO DO GRAU DE ENVOLVIMENTO POR TIPO DE VÍNCULO.....	121
QUADRO 70: AVALIAÇÃO DO GRAU DE REALIZAÇÃO PESSOAL POR TEMPO DE SERVIÇO.....	121
QUADRO 71: AVALIAÇÃO DOS ESTADOS DE BURNOUT (DESPERSONALIZAÇÃO E EXAUSTÃO EMOCIONAL) POR TEMPO DE SERVIÇO	121
QUADRO 72: RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE SERVIÇO E O ENVOLVIMENTO.....	122
QUADRO 73: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO PESSOAL POR GÊNERO	122
QUADRO 74: NÍVEL DE ENVOLVIMENTO POR GÊNERO	123

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURA 1: AS RESPOSTAS INDUZIDAS PELO STRESS NO ORGANISMO	48
GRÁFICO 2: HISTOGRAMA DA IDADE DA AMOSTRA EM ESTUDO.....	70

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

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

CHC – Centro Hospitalar de Coimbra

EE – Estado de Espírito

EUA – Estados Unidos da América

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

IASP – Instrumento de Avaliação e Satisfação Profissional

LTE – Local de Trabalho e Equipamento

M – Moral

MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade

OG – Órgãos de Gestão

PACS – Picture Archiving and Communication System

PRH – Política de Recursos Humanos

QHPC – Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados

QLT – Qualidade do Local de Trabalho

QSPC – Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados

ra – Resíduos Ajustados

RH – Recursos Humanos

RIS – Radiology Information System

RLM – Regressão Linear Múltipla

RLMH – Regressão Linear Múltipla Hierárquica

RTF – Recursos Tecnológicos e Financeiros

SCA – Serviços Complementares e de Apoio

SH – Superior Hierárquico

SI – Serviços de Internamento

T.V. – Tipo de Vínculo

V – Vencimento

O nosso estudo procurou compreender quão determinante é a avaliação da Satisfação Profissional como *factor chave* nas relações sociais e profissionais, em meio hospitalar, tanto nas interações entre pares como na relação profissional – doente. A satisfação profissional também observada enquanto reflexo de um campo institucional que molda e estabelece formas e estratégias de acção visíveis, ou não, que determina espaços de actuação. Esta foi a tónica principal do nosso estudo, de conhecer os níveis de satisfação em profissionais do Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Relativamente aos nossos objectivos específicos, procuramos compreender até que ponto a Satisfação Geral com a Profissão dependeria dos factores sociobiográficos e se estes influenciariam também um estado de *Burnout* (Síndrome) no exercício profissional.

O questionário utilizado para a avaliação da satisfação profissional foi “*Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional*” (IASP – 5.^a Versão). Integrado no IASP aplicou-se uma “*Escala Burnout*”. Como metodologia de recolha de dados, todos os funcionários do serviço receberam um envelope contendo um questionário com as devidas instruções para o preenchimento do mesmo, após o que foi devolvido num envelope fechado, sem identificação. Responderam ao nosso questionário 87% dos profissionais de saúde do respectivo Serviço.

Dos resultados obtidos, concluímos que a satisfação depende da profissão, sendo a classe médica aquela que relevou estar mais satisfeita ao nível da Qualidade do Local de Trabalho e da Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados (nesta última, conjuntamente com os técnicos de radiologia); depende igualmente do género, sendo os homens os mais satisfeitos com a Qualidade do Hospital e dos Serviços na Prestação de Cuidados, bem como, na Melhoria Contínua da Qualidade. No que diz respeito aos Serviços de Internamento também foram os homens, médicos e técnicos de radiologia os mais satisfeitos com este tipo de serviços. Os profissionais que trabalham em horário fixo indicam possuir uma relação de maior proximidade, tanto com a administração, como com o seu director. Ao nível da satisfação com o Superior Hierárquico, os médicos revelaram-se mais satisfeitos, bem como os profissionais que possuíam responsabilidades de gestão, em contraponto, os administrativos, os técnicos de radiologia e os auxiliares de acção médica demonstraram menor satisfação.

Quanto à satisfação global, os inquiridos apresentaram uma grande confiança no corpo profissional do hospital, traduzida pelo reconhecimento entre pares dessa competência e pela disponibilidade de meios e técnicas diferenciadas e especializadas, fazendo com que esta seja a instituição de eleição para os nossos profissionais.

Our study it looked for to understand how determinative is the evaluation of the Professional Satisfaction as the key factor in the social and professional relationships, in the hospital, as much as in the interactions between pairs as in the professional relationship - patient. The professional satisfaction also observed as a reflex of an institutional field that adapts and establishes forms and visible strategies of share, or not, that it settles spaces of action. This was the main subject of our study, to know the levels of satisfaction in professionals of the Imagology Service of the Hospitals of the University of Coimbra. In what concerns our specific goals, we looked for to understand until what point the General Satisfaction with the Profession would depend on the sociobiographical factors and if these would also influence a state of Burnout (Syndrome) in the professional exercise.

The questionnaire used for the evaluation of the professional satisfaction was “Evaluation Instrument of the Professional Satisfaction” (IASP - 5th Version). Integrated in the IASP a “Burnout Scale” was applied. As methodology of collecting data, all the employees of the service had received an envelope contending a inquiry with the due instructions for the fulfilling of the same, after what it was returned in a closed envelope, without identification. Our inquiry was answered by 87% of the health professionals of the respective Service.

Of the gotten results, we conclude that the satisfaction depends on the profession, being the medical class the one that stood out to be the more satisfied one to the level of the Quality of the Workstation and the Quality of the Services in the Rendered of Cares (in this last one, jointly with the radiology technician); it depends equally on gender, being the men the most satisfied with the Quality of the Hospital and the Services in the Rendered of Cares, as well as, in the Continuous Improvement of the Quality. In what concerns the Interning Services also had been the men, doctors and technician of radiology the most satisfied ones with this type of services. The professionals who work in fixed schedule indicate to possess a relationship of bigger proximity, as much with the administration, as with its director. To the level of satisfaction with the Hierarchic Superior, the doctors had shown themselves more satisfied, as well as the professionals who possessed management responsibilities, in counterpart, the administrative ones, the radiology technicians and the assistants of medical share had demonstrated minor satisfaction.

As to the global satisfaction, the inquired ones had presented a great confidence in the professional body of the hospital, translated by the recognition between pairs of this ability and by the availability of ways and differentiated and specialized techniques, making with that that this is the institution of election for our professionals.

Os problemas relativos à profissão constituem, actualmente, e sem qualquer contestação, uma preocupação de todos os trabalhadores, de tal modo que os agentes de stress no trabalho são objecto, cada vez maior, de importância reconhecida pelos investigadores, pelos profissionais e pelas instituições. Estes agentes são os grandes responsáveis pela satisfação profissional dos trabalhadores.

Parece-nos importante referir o facto de que, nem o conceito de satisfação, nem a caracterização dos factores que a determinam geram consenso entre os teóricos desta área, pelo que se encontram variadíssimas definições de satisfação profissional e um enorme conjunto de factores que a determinam. Pensamos no entanto, que não corremos grande risco se tomarmos a satisfação profissional como um sentimento e forma de estar positivos perante a profissão, considerando os factores intrínsecos como factores de satisfação ou motivação e os factores extrínsecos, mais adstritos ao trabalho e ao seu ambiente, como factores de insatisfação.

Verificamos que a satisfação profissional tem sido objecto de estudo para muitos autores mas a preocupação actualmente expressa na literatura da especialidade começa a ser direccionada para a organização de estratégias que possam prevenir o stress, a exaustão e a insatisfação, quer a nível individual quer a nível organizacional. É importante referir que a conceptualização de stress ocupacional (*Burnout*) envolve uma interacção entre os factores indutores de stress originados no meio laboral e os factores pessoais, sociais e familiares; como resultado desta interacção temos o stress, que é expresso através de respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais com respectivas consequências a nível pessoal, profissional, familiar, organizacional e social.

Passando de um nível mais abrangente – a profissão – para um nível menos abrangente – a profissão em meio hospitalar -, podemos afirmar que, tal como acontecia com a noção de satisfação profissional, também a noção de satisfação em meio hospitalar é complexa. É igualmente difícil uma delimitação do campo de estudo, isto é, saber onde termina a satisfação e começa a insatisfação na área da saúde.

Face ao exposto, propusemos como objectivo de estudo a avaliação da Satisfação Geral com a Profissão em Meio Hospitalar, dos profissionais do serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

No que diz respeito à estrutura desta dissertação ela dividiu-se em duas grandes partes:

A **Primeira Parte** ficou designada por *Enquadramento Teórico*, onde foram explorados determinados capítulos teóricos e apresentadas e explanadas diversas teorias dos constructos teóricos basilares desta nossa investigação.

No Capítulo I – apresentámos e definimos os conceitos de satisfação profissional, bem como, as teorias subjacentes à explicação do mesmo constructo e ainda, identificámos factores presentes e intervenientes na satisfação profissional.

No Capítulo II – foram abordadas várias correntes teóricas explicativas do Síndrome de *Burnout*, nas vertentes psicológica, profissional e social. Não deixando de referir alguns estudos onde se tem evidenciado a preocupação deste mesmo fenómeno nos diversos meios profissionais.

Na **Segunda Parte** desta dissertação, identificada por *Contribuição Pessoal*, foram apresentadas as várias opções metodológicas e estratégias adoptadas na realização do nosso estudo.

O primeiro espaço (*Considerações Gerais*) desta parte, compreendeu a componente Metodológica e Conceptual, onde foram definidos os nossos objectivos gerais e específicos de investigação, bem como, as nossas hipóteses experimentais, delineando a duração e o período da recolha dos dados (coorte), tal como, a sua tipologia de estudo em meio hospitalar. Foram ainda, neste mesmo âmbito, definidos os instrumentos a aplicar aos sujeitos participantes do estudo e a definição da população-alvo e amostra. Por fim, realizou-se o delineamento dos modelos estatísticos mais adequados para a análise das nossas hipóteses de investigação.

Num segundo espaço (*Análise dos Resultados*), foi privilegiado a descrição das respostas dadas ao nosso instrumento, caracterização da amostra em estudo e a realização da análise inferencial das hipóteses experimentais.

Num terceiro espaço (*Discussão dos Resultados*) apresentámos uma breve súpula sobre os dados sociobiográficos e profissionais dos inquiridos, bem como, os resultados obtidos através da inferência analítica, discutindo os mesmos, com recurso a teorias e a diversos autores do âmbito em estudo.

Por fim, no quarto espaço (*Conclusões*), reunimos um conjunto de conclusões finais do nosso estudo associado a sugestões/recomendações para novas investigações nesta área, bem como, algumas limitações encontradas durante o nosso trabalho de investigação.

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

☞ PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Os problemas relativos à profissão encontram-se, inevitável e permanentemente na ordem do dia, traduzindo-se em preocupações pelo fenómeno em si, nas suas características, variantes, evolução, estágio actual, perspectivas, na sua relação com o homem e a sociedade e na situação específica do homem enquanto sujeito e objecto de trabalho.

O homem no desempenho da sua actividade profissional encontra-se envolvido por múltiplas preocupações, que estão, em geral, relacionadas com o seu posto de trabalho, como por exemplo, as funções, as responsabilidades, os riscos, os conflitos e as condições de trabalho. O valor dos agentes de stress psicossocial no trabalho é hoje reconhecido pelos investigadores, pelos profissionais e pelas instituições, que começam a dar-lhe cada vez mais importância.

Para Graça e Reis (1992) os agentes psicossociais resultam da interacção entre as condições de vida no trabalho e as características físicas, psicológicas e culturais do trabalhador, envolvendo estilos de vida, atribuições e condições de vida em geral. Desta interacção resulta a forma como o trabalho é cumprido, a satisfação do trabalhador e a qualidade da sua própria saúde.

1.1. NOÇÃO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Segundo Gonçalves (1995), citando Lima e colaboradores, em 1994, a satisfação profissional começou a ser objecto de estudo por parte dos teóricos, investigadores e gestores, a partir do momento em que o modelo taylorista da organização do trabalho foi posto em causa e se valorizou o factor humano da empresa. A partir daí, a satisfação profissional tem sido considerada de primordial importância, porque, directa ou indirectamente, é associada simultaneamente à produtividade e à realização pessoal dos seus trabalhadores.

É necessário chamar a atenção para o facto de que, nem o conceito de satisfação, nem a caracterização dos factores que a determinam têm ainda acordo dos teóricos nesta área. Todavia, a satisfação no trabalho aparece como o problema mais estudado na literatura organizacional, com posições teóricas muito diversas em relação à natureza dos seus determinantes.

A satisfação e o trabalho nem sempre foram, nem são conciliáveis, aliados. Em 1989, Reis, citado por Gonçalves (1995), refere que, se se atender à etimologia latina *tripalium*, o trabalho é um termo que evoca justamente o incómodo e a tortura; trabalhar (*tripiliare* = termo que designa um instrumento de tortura composto por três pés onde se amarram os condenados) era então torturar alguém através do *tripalium*.

Francés (1984) refere que também a Bíblia apresenta o trabalho como condenação divina dada ao homem, como punição do seu pecado original; o trabalho era, pois, justificado como uma necessidade imperiosa, ou então, como um motivo de orgulho do qual o indivíduo obtém uma espécie de satisfação quando a sua religião o consagra como um bem que se conquista na terra.

Historicamente falando, e ainda segundo o autor anteriormente citado, desde a Idade Média, e em parte até aos tempos modernos, que se consideram todas as actividades agrupadas sob o nome de trabalho, como indignas dos homens “bem nascidos”.

Perspectivando as ideias anteriores, excepto em alguns casos privilegiados, o trabalho é considerado como uma característica negativa, não se verificando, por conseguinte, a satisfação.

Quanto à evolução do conceito de satisfação profissional, Vitelis, em 1953, citado por Francés (1984), empregava a palavra “moral”, dizendo que é “a atitude de satisfação do emprego com o desejo de o possuir, a vontade de lutar pelos fins de um grupo, de uma organização”.

Posteriormente, em 1976, Locke, igualmente referido por Francés (1984), definiu-o como “um estado afectivo positivo resultante da apreciação do emprego ou das experiências ligadas ao emprego”. A existência de uma grande variação do objecto de análise de uma investigação para

outra, quanto às diversas definições e medidas de satisfação no trabalho, levou Locke a considerar que a satisfação no trabalho “é aquilo que a minha medida (arbitrária) escolhida mede”.

Segundo Kaluzny, em 1982, citado por Marques (1980), a satisfação profissional é o “grau em que o pessoal da organização tem atitudes positivas face aos vários aspectos das actividades da organização”.

Mais recentemente, Davis e Newstrom (1992) definem a satisfação profissional como “um conjunto de sentimentos favoráveis com os quais os empregados vêem o seu trabalho”.

Gordillo, citado por Villa (s.d.), a fim de conseguir uma definição operacional do conceito de “satisfação profissional”, realizou uma revisão do seu uso em diversos autores. A ambivalência deste conceito manifesta-se numa diversidade de usos, dos quais destacamos:

1. Como estado emocional (Hoppock, 1935; Brow, 1966; Locke, 1969);
2. Como atitude (Bullock, 1953; Smith, 1967; Yukl e Luexley, 1971; Bruggeman, 1975; Chneider, s.d.);
3. Como motivação (Herzberg e outros, 1957; Madsen, 1973; Neuberger, 1974);
4. Como traço de personalidade (Lersch, 1956).

De acordo com Gonçalves (1995), a satisfação profissional pode ser encarada como uma atitude global, ou então, ser aplicada a determinadas partes do cargo ocupado pelo indivíduo. Como qualquer outro tipo de atitude, a satisfação profissional é, geralmente, formada durante um determinado período de tempo, na medida em que os indivíduos vão obtendo informações sobre o ambiente de trabalho; contudo, a satisfação no trabalho apresenta-se dinâmica, uma vez que pode deteriorar-se muito mais rapidamente do que o tempo necessário para se desenvolver. Neste sentido, Nerther e Davis (1983) referem que “a satisfação no cargo é uma parte da satisfação na vida”, enquanto Davis e Newstrom (1992) consideram que a satisfação no trabalho “representa uma parcela da satisfação com a vida”. O ambiente fora do trabalho influencia consideravelmente os sentidos do indivíduo no trabalho e, de igual forma, atendendo a que o cargo é uma parte importante da vida da pessoa, a satisfação profissional influencia, também, o sentimento da satisfação global com a vida.

Lawler, em 1975, citado por Miguez (1987), explicita o carácter não necessariamente negativo da insatisfação; pelo contrário, ela pode dar origem a determinados comportamentos criativos, originando, assim, mudanças construtivas no seio das organizações. Por sua vez, em 1977, Taylor diz que o nível de satisfação profissional não reflecte, de uma maneira mecânica, as características do emprego, mas sobretudo a maior ou menor habilitação à situação, pelo que a manifestação de

um elevado nível de satisfação reflecte, antes de mais, a existência de um elevado nível de adaptação a uma realidade, cuja qualidade intrínseca poderá ser bastante variável e discutível.

Concluindo, pelos conceitos recolhidos constatamos que a satisfação profissional tem uma componente mais pessoal (ou psíquica) e outra mais social; para além disso, é um conceito muito complexo, reflectindo um critério subjectivo, podendo alguém sentir-se satisfeito em determinada situação, enquanto outro se poderá sentir insatisfeito, na mesma situação.

Assim, o conceito de satisfação profissional é um constructo que visa dar resposta a um estado emocional positivo, ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho, sendo essa satisfação apresentada, pela generalidade dos especialistas, como um sentimento e forma de estar positivos, perante a profissão; quando tal sentimento e forma de estar na profissão não se verificam, mercê de factores de diversa índole, surgem, então, manifestações de sentimento contrário, concretizando-se a presença de insatisfação.

1.2. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL – TEORIAS EXPLICATIVAS

Existem numerosos estudos sobre atitudes dos trabalhadores para com a empresa, destinados a avaliar o grau de satisfação profissional.

O estudo da satisfação no trabalho tem vindo a desenvolver-se ao longo deste século; todavia, o início é comumente apontado como coincidente com a Escola de Relações Humanas. Porém, já antes Taylor, em 1912, tinha referido que a satisfação dos trabalhadores dependia da quantidade de dinheiro gasta; este autor, com a ideia de organização científica do trabalho, preconiza a divisão dos lucros entre patrões e trabalhadores com o objectivo de elevar, de forma generalizada e automática, a satisfação no trabalho.

Segundo Lucas (1984), esta abordagem unidimensional teve alguns opositores, nomeadamente Hoppock, em 1935, que defendia uma perspectiva multidimensional, dizendo que “a satisfação do trabalhador seria apenas parte da satisfação geral com a vida e estaria relacionada com as habilidades de adaptação às situações, com a habilidade de se relacionar com os outros, com o estatuto relativo ao grupo socioeconómico com o qual se identifica e com a natureza do trabalho e a sua relação com as habilidades, interesses e preparação para o trabalho”.

Quanto à tentativa de explicação da satisfação profissional, Locke, em 1976, citado por Francés (1984), distingue três etapas que atribui às seguintes escolas:

1ª) Escola Psico-económica que se deve fazer remontar a Taylor no ano de 1912. Através da sua

experiência e conhecimentos científicos adquiridos como operário e engenheiro, Frederick Taylor apercebeu-se de um conjunto de contradições e de efeitos negativos no funcionamento interno das organizações; as empresas em que trabalhou e que teve oportunidade de estudar, primavam por uma grande crise na organização e métodos relacionados com o factor de produção “trabalho”. Assim, haveria que estudar e aplicar métodos científicos e racionais em relação à organização do trabalho, de tal modo que, a partir de então o funcionamento interno das empresas evoluísse no sentido da harmonia, da cooperação, do desenvolvimento e da eficiência máxima.

Partindo do princípio de que, existe uma identidade entre o que é produzido pelo factor de produção “trabalho” e o que este recebe como contrapartida salarial, Taylor privilegia a análise do contexto do trabalho assente numa racionalidade instrumental, que associa meios e fins ligados à execução das tarefas.

Para a rentabilidade das empresas, o princípio polarizado à volta do “homem certo no lugar certo”, é nuclear para otimizar as margens de lucro a partir da eficiência máxima da produtividade e a diminuição dos custos de vida. Para os operários, ele torna-se vital, já que, trabalhando mais e melhor, conseguem maximizar a sua capacidade produtora e receber, de modo consequente, recompensas salariais acrescidas.

Para dar sequência ao estudo científico do trabalho, a selecção científica do trabalho torna-se um imperativo básico para Taylor: quem possui aptidões para executar determinadas tarefas específicas, deve ser integrado no seu esquema de organização racional do trabalho; quem não as possui, deverá ser excluído ou transferido para outro cargo. A eficiência da selecção científica do trabalho estava em consonância com o sistema de recompensas salariais. O salário segundo o tempo de trabalho revela-se incongruente, porque não correspondia ao trabalho e esforço que cada operário desenvolvia no processo de trabalho; em contrapartida, o salário à peça, acrescido em alguns casos com prémios de produção, correspondia com maior justiça e razoabilidade ao esforço e trabalho realizado por cada operário individualmente.

Segundo Ferreira et al. (1996), há quatro princípios nucleares que dão a base analítica da organização científica do trabalho, na perspectiva de Taylor. Em primeiro lugar, ao circunscrever a análise de todo o processo de trabalho aos métodos científicos e racionais da gestão do planeamento, Taylor pretende eliminar todas as práticas humanas desviantes e transgressoras do factor trabalho, que eram determinadas pelo empirismo, a indolência e o arbítrio, no sentido de se aumentar os índices de produtividade do trabalho e as margens de rentabilidade das empresas. Com a obtenção do aumento da produtividade do factor de produção “trabalho”, torna-se contraproducente que os operários entrem num processo de conflito com os patrões. Ao aumentar-se a produtividade do trabalho executado pelos operários, estes passavam a auferir de

um sistema de recompensas correspondente; nestas condições, era irrelevante fazer greve ou enveredar pela preguiça sistemática, pois tornava-se contraproducente discutir a lógica da origem da criação e repartição dos excedentes da empresa – patrões, gestores, supervisores e operários estariam em situação de identidade de interesses. Em segundo lugar, a preparação sistemática dos processos de gestão articulados com a selecção científica do trabalho, para executar as tarefas, pretende viabilizar, na prática, o princípio de “o homem certo no lugar certo”; é, então, necessário identificar as aptidões específicas de cada operário para executar determinada tarefa. Em terceiro lugar, o princípio do controlo taylorista teve por objectivo eliminar todos os desvios comportamentais e situações disfuncionais resultantes do não cumprimento das regras, regulamentos e operações associadas à execução de tarefas. Finalmente, o princípio de execução explícita a disciplina na divisão do trabalho das empresas numa perspectiva estandardizada e especializada.

Resumindo, Taylor, com a sua ideia de organização científica do trabalho, calculou que esta organização conduzirá a uma produtividade tal, que a divisão do lucro entre patrões e trabalhadores deixará de ser uma questão litigiosa; esta abundância conduzirá a uma “revolução mental completa” nas atitudes e terá por fim uma elevação automática e generalizada da satisfação. Considerando que a única motivação do assalariado é o dinheiro, então, para implementar novas técnicas que resultassem em ganhos de produtividade, um ligeiro aumento de salário seria suficiente para que os trabalhadores aceitassem modificar a sua forma de trabalhar.

2ª) Escola Psicossociológica que se deve fazer remontar aos trabalhos de Elton Mayo em Hawthorne, no ano de 1933. O que se pode depreender dos efeitos nefastos do taylorismo incide basicamente na transformação da condição-função do operário num mero objecto de dispêndio de energias fisiológicas e de motivações, polarizadas em necessidades básicas de carácter económico.

A racionalidade organizacional de tipo taylorista, ao circunscrever o comportamento dos operários a uma função mecanicista na execução de tarefas e ao delimitar a sua existência de recompensas aos estritos limites do homo economicus, amputou e destruiu as suas virtualidades psicológicas, sociais e políticas. As hipóteses da sua participação e, conseqüente valorização deduzida da sua acção individual e colectiva no seio das organizações era extremamente reduzida. Não admira, assim, que a sistematização da racionalidade organizacional desse origem ao desenvolvimento da conflitualidade no seio das organizações. A acção colectiva dos operários corporizou-se em formas reivindicativas que aspiram a mudança da organização do trabalho e ao aumento de recompensas salariais, sociais e sindicais.

Perante o quadro crítico que afecta o fenómeno organizacional da civilização industrial, verifica-se que as abordagens clássicas das organizações não eram totalmente válidas e, em alguns aspectos,

revelaram-se incongruentes em termos científicos e empíricos. Os fenómenos da conflitualidade e da desintegração social nas organizações demonstravam, de forma clara, que a análise dos autores clássicos descuravam os aspectos sociais e psicológicos que corporizam o comportamento humano nas organizações.

Os problemas sociais, humanos e políticos decorrentes da civilização industrial foram os temas centrais da obra de Elton Mayo. Na perspectiva de Mayo, os problemas sociais e humanos resultantes da civilização industrial situam-se basicamente nos fenómenos de desintegração social e na deterioração física e psíquica do ser humano. As organizações e instituições da sociedade industrial, para se tornarem eficientes, adoptaram estruturas formais, técnicas e sistemas de recompensas circunscritas a uma visão economicista e racional dos seres humanos. Por outro lado, a civilização industrial, ao evoluir para sistemas sociais de representatividade formal, destruiu as formas de socialização grupal e comunitária e os indivíduos evoluíram para uma situação de alienação e de isolamento.

A experiência de Hawthorne, pelos seus resultados e impacto sobre a teoria das organizações, nos domínios da história, da psicologia e da sociologia industrial, foi, sem dúvida, a base empírica que celebrou a obra de Elton Mayo e, inclusive, deu origem à Escola de Relações Humanas. Entre os vários efeitos desta experiência, destacam-se: a observação do factor humano como factor de estimulação, de participação e de satisfação do trabalho; a interdependência dos subsistemas técnico e humano como base da eficiência das organizações; os grupos como factor de socialização e de cooperação humana, essenciais nas organizações; as organizações eram consideradas fundamentalmente como sistemas sociais.

O factor humano foi objecto de uma função crucial na experiência de Hawthorne. Contrariamente aos pressupostos das abordagens clássicas, que só se preocupavam com aspectos racionais de natureza económica e técnica, esta experiência incidiu sobre a observação, a experimentação e a análise do factor humano. O método de observação utilizado nesta experiência demonstrou a importância do factor humano nas organizações: os membros das organizações são mais eficientes e têm satisfação no trabalho desde que se lhes dê reconhecimento e importância, isto é, que possam também participar, decidir e escolher as modalidades de inovação e mudança da organização do trabalho.

Como reacção às contingências negativas do taylorismo nas empresas industriais, os investigadores de Hawthorne adoptaram um método de estudo empírico, com a intenção explícita de criticar os efeitos perversos da racionalização e da visão tecnicista do taylorismo. Segundo eles, as empresas industriais têm duas funções cruciais: uma, é a função económica, que decorre da organização técnica (instalações, máquinas, equipamentos, materiais, matérias primas) e tem por finalidade produzir bens e serviços; outra, é a função social (relação entre empregados, divisão do

trabalho, cooperação nos grupos e nas empresas), que decorre da organização humana e que tem por finalidade distribuir satisfação entre os indivíduos que são membros da empresa. A experiência de Hawthorne demonstrou que a interdependência entre o subsistema técnico e o humano é fundamental para a eficiência das organizações.

Concluindo, podemos afirmar que a Escola das Relações Humanas foi, em grande medida, um produto histórico da experiência de Hawthorne; o factor humano foi um aspecto central desta corrente, em parte devido a uma reacção contra os pressupostos economicistas e do taylorismo. Para a Escola das Relações Humanas, os membros das organizações são motivados, essencialmente, por um conjunto de necessidades de natureza social e psicológica. Os membros das organizações não devem ser reduzidos ao homo economicus de Taylor, que circunscrevia as suas necessidades vitais ao sistema de recompensas salariais da empresa; o ser humano das organizações é, acima de tudo, um homo sociologicus e um homo psicologicus. Ao que os seres humanos aspiram é a ser reconhecidos socialmente, interagir harmoniosamente com os seus colegas de grupo, participar e decidir sobre os aspectos relacionados com a execução das tarefas e sentir satisfação no local de trabalho.

Os anos de 1955 a 1960 constituíram o período dominante em que se atribui a satisfação profissional às relações humanas.

3ª) Escola de Desenvolvimento, que nasceu em 1959 com o estudo de Herzberg, Mausner e Snyderman. Para estes autores, a satisfação dos trabalhadores já não depende apenas de variáveis-estímulos de ordem diversa e que se podem manipular, mas da sua personalidade, mais precisamente, das representações que eles têm das suas relações com o seu papel no trabalho e das suas possibilidades de desenvolvimento que este papel lhes pode trazer ou recusar. Segundo Herzberg, a satisfação no trabalho não depende de factores extrínsecos, como o salário, as relações com o superior, ou com os colegas, ou com a organização, etc., mas de factores intrínsecos, como a natureza das tarefas, as possibilidades que elas oferecem de utilizar e de levar até ao fim as suas capacidades de toda a ordem, e aceitando o sentido das responsabilidades, provas de reconhecimento, provas de promoção, etc. Assim, Herzberg refere que existem diferentes factores que podem provocar ou impedir a satisfação, pelo que o oposto da satisfação profissional não é a insatisfação profissional, mas a ausência de satisfação profissional. Esta Teoria de Herzberg será desenvolvida posteriormente.

No âmbito da Psicologia e da Psicologia Social das Organizações, várias teorias têm sido concebidas, propondo-se como taxonomias de organização das motivações e como hipóteses explicativas da satisfação e da rendibilidade dos trabalhadores. As Teorias de Maslow (1954) e de

Herzberg e al. (1959) encontram-se, sem dúvida, entre as teorias mais divulgadas sobre a motivação no trabalho.

Gorton, em 1982, citado por Alves (1991), adota uma posição eclética, em que reúne os dados de três teorias fundamentais da satisfação profissional:

- Teoria de Maslow, mediante a qual a satisfação de uma pessoa é determinada pela realização de cinco níveis de necessidades, ordenadas desde as necessidades fisiológicas (ar, comida, repouso, abrigo, fome, sede, sexo), necessidades de segurança (protecção contra o perigo ou privação), necessidades sociais (amizade, inclusão em grupos), necessidades de estima (reputação, reconhecimento, auto-respeito, amor) e necessidades de auto-realização (realização do potencial, utilização plena dos talentos individuais e actualização pessoal). O modelo pressupõe que os indivíduos são motivados por cinco tipos distintos de necessidades que, por sua vez, podem ser divididas em dois grupos: necessidades primárias ou de ordem inferior (fisiológicas e de segurança) e necessidades secundárias ou de ordem superior (sociais, de estima e de auto-realização).

O autor da teoria da motivação baseou o conceito de hierarquia das necessidades humanas em dois princípios: as necessidades humanas podem ser dispostas numa hierarquia de importância, progredindo de uma ordem mais baixa para uma mais alta de necessidades, e uma necessidade satisfeita já não serve como motivador principal do comportamento (à medida que o homem satisfaz as suas necessidades básicas, outras mais elevadas assumem o domínio do seu comportamento). Com efeito, as necessidades vão-se manifestando por ordem crescente, progredindo das necessidades fisiológicas para as necessidades de auto-realização, à medida que vão sendo satisfeitas as de nível mais baixo, isto é, enquanto estruturas hierárquicas, o modelo propõe que uma motivação não surge como determinante do comportamento se não estiverem satisfeitas as necessidades de nível inferior, levando Davis e Newstrom (1992) a afirmar que "... o modelo da hierarquia das necessidades propõe essencialmente que as pessoas têm necessidades que desejam satisfazer e aquelas que já foram satisfeitas não têm mais a força motivacional das necessidades não satisfeitas".

Este modelo apresenta a vantagem de chamar a atenção para motivações que a organização científica do trabalho, proposta por Taylor e continuadores, ocultava e que a Escola das Relações Humanas analisou e valorizou na sequência dos trabalhos de Elton Mayo. Ou seja, o trabalhador não é simplesmente determinado por motivações económicas e de segurança, mas é uma pessoa que procura um espaço de afirmação e desenvolvimento de si no contexto e no âmbito da matriz

de relações que a empresa oferece como estímulo e as expectativas do trabalhador conduzirão à sua insatisfação e fraca produtividade.

Com o que ficou dito anteriormente, pressupomos que os empregados estão mais entusiasmados motivados por aquilo que procuram do que por aquilo que já possuem na realidade. Ainda na opinião de Davis e Newstrom (1992), a hierarquia das necessidades teve forte impacto na administração contemporânea, dando a conhecer algumas ideias úteis, a fim de ajudar os administradores a reflectir a respeito da motivação dos empregados. Segundo Hampton (1983) o que tornou a Teoria de Maslow tão importante para a administração não foi simplesmente a sua lista específica de necessidades humanas, mas o que é verdadeiramente importante é o seu reconhecimento da inabilidade das necessidades já satisfeitas em motivar o comportamento; assim, os administradores que pretendessem motivar os funcionários para que estes dessem todo o seu esforço ao cumprimento das tarefas organizacionais, deveriam possibilitar-lhes, através do trabalho, a satisfação das suas necessidades não realizadas.

Terminamos a referência à Teoria de Maslow mostrando a relação entre cada nível da hierarquia das necessidades e o trabalho. Relativamente às necessidades fisiológicas, relacionadas com a sobrevivência do indivíduo, com a preservação da espécie e com o bem-estar razoável, tiveram como consequência que o desenvolvimento de conflitos laborais há algumas décadas, fosse apenas motivado pela necessidade dos trabalhadores receberem o suficiente para sobreviver. As necessidades de segurança estão relacionadas com as de primeiro nível, dado que dizem respeito à manutenção da vida por um prazo mais longo, isto é, o nível de preservação de si próprio, neste sentido, os trabalhadores têm-se esforçado para satisfazer as necessidades de segurança criando sindicatos e reivindicando legislação que os proteja, o que significa melhorar as condições de trabalho e criar pensões, seguros de vida e de saúde, sistemas de protecção à antiguidade e procedimentos legais que garantam indemnização por arbitrariedade. As necessidades sociais dizem respeito ao pertencer e ser aceite pelos vários grupos, sendo evidenciadas pelo comportamento voltado para o desenvolvimento ou manutenção de relacionamentos afectivos gratificantes com outras pessoas. Quanto às necessidades de estima, o indivíduo experimenta a necessidade de estima pessoal, o reconhecimento e prestígio, bem como as necessidades do ego, orientadas para a realização, o sucesso e um certo grau de autonomia ou de independência, isto é, o indivíduo deseja ser respeitado pelos outros e por si próprio, de tal modo que nas organizações, os esforços para demonstrar habilidade e receber reconhecimento, elogios e honras de outras pessoas são indicadores desta necessidade latente. Finalmente, temos as necessidades de auto-realização que, embora difíceis de descrever, são expressas na sua essência por comportamentos que tendem a realizar e a mostrar o potencial único que existe em cada um de nós.

Megginson (1986) diz que esta teoria “deve ser considerada como uma orientação geral para os

administradores, porque se trata de um conceito relativo e não de uma explicação absoluta de todo o comportamento humano”. O valor da teoria de Maslow consiste em dar resposta geral dos factores que motivam as pessoas, das suas necessidades básicas e fazer uma ordenação dessas necessidades, representando um valioso modelo de actuação sobre o comportamento dos indivíduos e para a aplicação de recursos humanos.

- Teoria de Herzberg, em que Herzberg retomou os trabalhos de Maslow e interessou-se pela motivação no trabalho e na empresa, mas enquanto Maslow fundamenta a sua teoria da motivação nas necessidades humanas, este autor baseia-se no ambiente externo e no trabalho do indivíduo; para tal, efectuou uma série de entrevistas, no decurso das quais, pediu aos assalariados que narrassem os “incidentes críticos” que tinham marcado as suas carreiras, quer positiva, quer negativamente e, na sequência das entrevistas, procurou referenciar os factores de satisfação ou motivadores e os factores de insatisfação. Esta teoria confirma que dois conjuntos de variáveis determinam a satisfação de uma pessoa: factores internos ou motivadores (como a realização, o reconhecimento, a possibilidade de ver reconhecidas as suas capacidades, a possibilidade de adquirir competências novas, a possibilidade de realização das potencialidades do sujeito, etc.), que têm a ver com o cargo e o conteúdo da tarefa, e factores externos ou de ambiente (como o salário, as condições de trabalho e as relações interpessoais), isto é, há diferentes factores para provocar a satisfação profissional e para impedi-la; daqui resulta que o oposto da satisfação profissional não é a insatisfação profissional, mas a ausência de satisfação profissional.

Segundo a Teoria Bifactorial de Herzberg, as pessoas têm dois conjuntos de necessidades – intrínsecas (ligadas ao próprio trabalho) e extrínsecas -, sendo que estas últimas não produzem satisfação, mas apenas ajudam a evitar o descontentamento. Este autor conclui que eram mais as necessidades intrínsecas do trabalho que conduziam ao aumento da satisfação e que as necessidades extrínsecas, quando não gratificadas, resultavam em atitudes negativas e insatisfação na actividade. Neste sentido, Vala et al. (1983) dizem que os factores extrínsecos se encontram associados à decisão de permanecer na empresa, enquanto que os intrínsecos à decisão de produzir. Assim, podemos afirmar que os factores de satisfação no trabalho estão relacionados com o conteúdo do trabalho e os factores de descontentamento com o contexto do trabalho.

Esta teoria teve um contributo valioso, na medida em que veio ajudar os administradores e os

gestores a identificar as condições que têm mais probabilidade de motivar os empregados, ficando também esclarecida a importância da própria tarefa e do seu conteúdo como fonte de motivação; propõe, igualmente, o enriquecimento de tarefas, aumento da responsabilidade e os objectivos inerentes ao cargo, isto é, numa organização as pessoas motivadas agem de forma diferente daquelas que funcionam apenas em consequência de estímulos externos, porque o motivo, o foco de acção, está localizado dentro de cada indivíduo.

- Teoria de Misker que, no fundo, constitui uma reformulação da teoria de Herzberg ao incluir, em vez de dois, três tipos de variáveis na génese da satisfação profissional: factores motivadores, factores “higiene” e factores “ambiente”. Dentro do “ambiente” são consideradas variáveis como: o salário, possibilidades de promoção, oportunidades de risco, relações com superiores e estatuto. A nível de variáveis “higiene”: programa político e administrativo, supervisão, condições de trabalho, etc. Estima-se, nesta teoria, que contribuem mais para a insatisfação do que para a satisfação profissional. Tanto “ambiente” como “higiene” são de carácter extrínseco em relação à satisfação/insatisfação profissional, enquanto que os motivadores são de carácter intrínseco, em total consonância com os factores internos de Herzberg.

Devemos, ainda, fazer referência à teoria de Vroom e à teoria do stress e da exaustão.

Em 1964, Vroom, de acordo com Gonçalves (1995), defende o modelo das expectativas em relação ao trabalho, em que a satisfação profissional resultaria do facto de essas expectativas serem satisfeitas. A teoria pressupõe que o bom desempenho dos indivíduos depende, segundo Megginson (1986), de três factores: uma alta probabilidade de que os esforços conduzirão a alto desempenho; uma alta probabilidade de que o alto desempenho levará a consequências favoráveis e as consequências favoráveis, por sua vez, lhes serão positivamente criativas. Assim, para que um indivíduo esteja motivado, ele precisa de dar valor ao resultado ou recompensa, precisa acreditar que um esforço adicional o levará a um desempenho melhor e, conseqüentemente, resultará em recompensas ou resultados maiores. Os investigadores que testaram esta teoria encontraram algumas dificuldades na sua aplicação, mas a constatação de maior peso apoia a noção de que há um relacionamento de causa-efeito entre expectativa, desempenho e recompensas extrínsecas, como pagamento e promoção.

A mais recente das abordagens de satisfação profissional é a das teorias do stress e exaustão (burnout) formulada, em 1936, por Selye. Com efeito, segundo Veninga e Spradley, em 1981,

citados por Lucas (1984), a exaustão profissional é a consequência do stress profissional permanente e não aliviado e o seu impacto esvazia as reservas de energia, diminui a resistência à doença, aumenta a insatisfação e o pessimismo, bem como o absentismo e a ineficiência no trabalho”. Iremos, mais à frente, debruçarmo-nos um pouco melhor sobre esta temática.

Do exposto, depreendemos que a satisfação no trabalho tem sido objecto de estudo para muitos autores; mas a preocupação actualmente expressa na literatura, começa a ser direccionada para o organizar de estratégias que possam prevenir o stress, a exaustão e a insatisfação, quer a nível individual, quer a nível organizacional. De acordo com Lucas (1984), “os móbis desta iniciativa prendem-se de perto com a necessidade de aumentar a produtividade, diminuir o absentismo, reforçar o moral e manter uma saudável força de trabalho”.

1.3. FACTORES INTERVENIENTES NA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Como já referimos anteriormente, em 1959, Herzberg, Mausner e Snyderman sustentaram a ideia de que certos aspectos da profissão eram, antes de tudo, fontes de satisfação, desde que, se apresentassem positivamente perante os trabalhadores. De entre estes aspectos que provocam satisfação profissional, podemos referir o sucesso na tarefa de cumprir, a sua natureza, a estima dos outros, a responsabilidade assumida e as promoções obtidas; estes aspectos são intrínsecos à profissão e são os verdadeiros motivadores de base da satisfação profissional. Quanto aos factores de insatisfação profissional, os mesmos autores referem a política e a administração, o enquadramento, o salário, as relações com os colegas e as condições de trabalho; estes aspectos são considerados pelos autores como sendo contextuais ou extrínsecos à profissão, ou ainda como factores de “higiene” e não de motivação.

Gonçalves (1995), ao querer saber quais os factores subjacentes à satisfação profissional, refere que a literatura traça um panorama bastante completo em relação às suas determinantes ou factores. É importante lembrarmos que a ordem dos factores, a seguir desenvolvidos, não representa uma sequência hierárquica, uma vez que a maior ou menor força destes factores advém, não tanto de uma actuação isolada, mas da interligação entre eles.

Grau de importância atribuído à profissão: Porter, em 1962, efectuou um estudo para conhecer o grau de importância dado a cinco áreas de necessidades (segurança, social, estima, autonomia e auto-realização), segundo o modelo de Maslow. A amostra foi constituída por 1916 respondentes de várias empresas dos E.U.A.; foi usado um sistema de cinco categorias para classificar os respondentes de acordo com o nível de posição na empresa, sendo estes níveis representados da seguinte forma: presidente, vice-presidente, médio superior, médio inferior e inferior. Os resultados obtidos mostram que existe diferença significativa, ao nível de $p=0,01$, dos dirigentes de nível mais elevado darem maior importância, do que os de nível mais baixo, às necessidades estudadas, sendo ainda de referir que nas áreas de autonomia e auto-realização, havia uma tendência geral de ser dada maior importância a estas necessidades pelos níveis de chefia mais elevados.

Relativamente ao grau de importância que a profissão tem sobre os indivíduos, Francés (1984) verificou que os indivíduos mais satisfeitos, de acordo com o Job Descriptive Index, referem cinco aspectos do desempenho profissional (função, superior hierárquico, colegas, salário e possibilidades de promoção).

Os resultados mostram que, quanto menos satisfeitos estão os indivíduos, em relação aos cinco

aspectos do seu desempenho no trabalho, mais importância lhe atribuem. Francés (1984) diz que é importante referir que “quando o emprego não é satisfatório, é-se tanto mais feliz quanto menos importância se lhe atribuir”; mas, a pouca importância atribuída pode levar a uma atitude de negação e a um mecanismo de defesa, de tal modo que “alguns indivíduos tendem a negar a importância do seu trabalho, porque ele (trabalho) não lhes dá aquilo que esperam dele”.

Saúde mental: devemos começar por dizer que a compreensão do conceito de saúde é fundamental. Durante algum tempo, a saúde foi vista como a ausência de doença, enfermidade, deficiência, lesão ou acidente (Kozier, 1993). Mas, na qualidade de bem-estar a possuir e de estrutura a organizar, a saúde tem acompanhado a evolução da humanidade enquanto consciência do valor que a pessoa vai tendo de si própria. Assim, como o crescimento da consciência individual do ser humano como pessoa, a Organização Mundial de Saúde (s.d.) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Embora estático e utópico, este conceito teoriza o anseio, nunca satisfeito, do indivíduo. Du Gas (1984) refere que o bem-estar físico, mental e social de todas as pessoas é um objecto inatingível, acrescentando que durante a vida, o Homem está em permanente interacção com o ambiente, devendo aquele possuir capacidades para se adaptar às mudanças do meio onde está inserido: material, familiar, profissional e social. Daqui depreendemos que a saúde não depende do êxito isolado de um único factor de equilíbrio, quer este seja de natureza fisiológica, psicológica ou sociocultural, mas, segundo Cordeiro (1987), depende “da sua recíproca capacidade vicariante e da plasticidade e adequação de resposta dos mecanismos de defesa pessoais, sociais e culturais”.

É essencialmente do constante jogo “factores de equilíbrio/factores de risco” que resulta a saúde ou a doença; na perspectiva de Cordeiro (1987) os factores de equilíbrio protegem e favorecem o desenvolvimento harmonioso do indivíduo, mas este necessita de condições para não adoecer, pelo que, em 1973, a Organização Mundial de Saúde considera que os factores de risco são as “características ou condições de vida de uma pessoa ou de um grupo de pessoas que as expõem a uma maior probabilidade de desenvolver um processo mórbido de sofrer os seus efeitos”.

Falar de saúde mental é falar de pessoas humana, da sua vida. Esta preocupação foi tida em conta pela Federação Mundial para a Saúde Mental que, em 1962, segundo Vasquez (1990), a caracteriza como “un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes”. À semelhança do conceito de saúde, também este não é isento de críticas, na medida em que é difícil precisar o desenvolvimento óptimo, sendo preferível falar-se de saúde relativa como um estado de equilíbrio dinâmico.

Vasquez (1990) adverte para o facto de existirem alguns teóricos a reflectirem sobre os elementos

constitutivos de um estado de saúde mental e refere que os critérios mais frequentes são: alta resistência ao stress e à frustração; autonomia intelectual, económica e hábitos de autocuidado; percepção correcta da realidade; percepção coerente e realista de si mesmo; competência e ajustamento às solicitações do meio ambiente; relações interpessoais positivas e atitude positiva perante si mesmo e os outros.

Cordeiro (1987) aponta como factores de saúde mental os factores biológicos, os psicossociais e os socioculturais. Os factores biológicos de equilíbrio dizem respeito, essencialmente, à carga genética, à reacção do sistema nervoso vegetativo, aos mecanismos bioquímicos, às condições de higiene antes e após o nascimento, à profilaxia das doenças e às condições de nutrição, habitação e estimulação sensorial e física. Os factores psicossociais incluem a estimulação do desenvolvimento harmonioso, cognitivo e afectivo, sendo, primordialmente, em três áreas que estes se manifestam: a área dos afectos, ou seja, as necessidades de satisfação e trocas afectivas; a área da vontade, isto é, a necessidade de limitação e controlo e ainda o domínio da participação com actividades conjuntas ao nível da comunidade. Os factores socioculturais estão relacionados com a estabilidade social, os valores da sociedade, nomeadamente o valor e o lugar que é atribuído à pessoa na sociedade. Assim, se um indivíduo pertence a uma minoria ou vive numa sociedade instável, pode ver as suas oportunidades de evolução reduzidas e ter a sua saúde mental em risco; por outro lado, nas sociedades em transição, em que existem transformações tecnológicas e científicas extremamente rápidas, as possibilidades de adaptação da pessoa podem estar acima das suas capacidades. De facto, as transformações tecnológicas e económicas operadas nos últimos anos têm provocado algumas mudanças nas estruturas sociais e culturais vigentes, assim como novas formas de trabalho; daqui se depreende que novas e maiores exigências são colocadas ao indivíduo no seu local de trabalho, não conseguindo este, por vezes, encontrar o êxito e os objectivos a que se propôs, de tal modo que tudo isto provoca no indivíduo, insatisfação laboral, que se traduz por ansiedade, depressão ou qualquer outro tipo de psicopatologia.

Os autores consultados não são unânimes quanto á importância da saúde mental no trabalho, quando procuram a origem das patologias físicas e disfunções dos indivíduos. Como por exemplo, citamos Llopis e Aliaga que, em 1993, referem que alguns estudiosos apontam como causa a insatisfação profissional, enquanto outro preferem considerá-la o efeito desses problemas; nesta última perspectiva, é possível encontrar um leque de possibilidades, como sejam as psicopatologias físicas (exemplo: fadiga, dores de cabeça, perturbações respiratórias, suores, perda de apetite, transtornos neurovegetativos como náuseas e indisposições, problemas gastrointestinais, aumento do colesterol no sangue e propensão coronária) e os quadros psicológicos, que incluem o neuroticismo, a monotonia, a inactividade e a ausência de respiração.

Jenkins, em 1970, citado por Michel (s.d.), observou que “existe uma correlação entre saúde física e satisfação profissional”; quanto à saúde mental, Argyris e Kornhauser, em 1972, igualmente referidos pelo autor anterior, concluíram que “existe uma correlação entre saúde mental e satisfação profissional”.

Pelo exposto, podemos concluir que o conceito de saúde é um conceito relativo, dependendo de inúmeros factores como biológicos, psicológicos, socioculturais e da capacidade do indivíduo para se adaptar às mudanças do meio ambiente onde está inserido, chegando mesmo alguns autores a verificar que a saúde mental influencia a satisfação profissional dos indivíduos.

Especialização: em 1951, Baldamus, citado por Francés (1984), chega à conclusão de que existe uma correlação negativa muito forte (-0,82) entre qualificação e taxas de demissão. Tal como refere este autor, a noção de qualificação comporta uma dimensão, ou um conjunto de dimensões, que influem fortemente sobre a satisfação profissional. A falta de qualificação aparece como uma causa de insatisfação quando os trabalhadores são transferidos de funções objectivamente mais qualificadas para outras que o são menos.

De acordo com Werther e Davis (1983) e Davis e Newstrom (1992), os indivíduos em níveis ocupacionais mais elevados tendem a estar mais satisfeitos com o trabalho, pois, normalmente, também têm remunerações mais elevadas, gozam de melhores condições de trabalho e desenvolvem actividades que exigem uma actualização mais completa das suas aptidões e capacidades.

O especialista tem algumas características que o diferenciam do trabalhador sem especialização, que são o controlo do ritmo de trabalho e a autonomia. Segundo Francés (1984) a possibilidade de escolher ou improvisar momentaneamente, ou em sentido mais lato, os seus métodos de trabalho, são também factores inerentes a qualquer trabalhador especializado.

Absentismo e rotatividade: o absentismo é um fenómeno social crescente em todos os países do mundo. A falta ao trabalho é vista, frequentemente, como um abuso ou fraude, enquanto que os investigadores do fenómeno afirmam que são as próprias empresas que criam as condições de absentismo. Do ponto de vista económico, segundo Bulhões (1986), citado por Ramos (2002), muitos concordam que o absentismo ao trabalho abrange todas as causas de ausência (doença, acidentes, licença de maternidade, atenção a problemas familiares ou formalidades jurídicas, etc.) excepto greve, cursos dentro da empresa, repouso semanal, férias e feriados. Pela literatura consultada, verificamos que o absentismo é um conceito particularmente ambíguo, sendo obscurecido o significado exacto de muitos estudos que tentaram investigar a relação entre o absentismo e outras variáveis.

Confirmando estas ideias, Miguez (1987) diz-nos que, se no uso corrente, o termo absentismo

possui um conteúdo semântico perfeitamente claro, “hábito que têm certos trabalhadores de se ausentarem do trabalho sem uma razão válida” (Moore, 1947), o mesmo não acontece, quer com as situações concretas a que é referido, quer com a definição operacional utilizada na sua pesquisa. Segundo Chadwick-Jones (1973), de uma forma geral, as ausências ao trabalho têm sido divididas em dois grandes grupos: ausências inevitáveis (tipo A) e ausências evitáveis/voluntárias que envolvem o exercício de uma opção por parte de quem se ausenta (tipo B). Assim, as ausências de tipo A são consideradas legítimas e justificadas pelas definições de necessidades que lhe são associadas, podendo as suas determinantes ser externas à organização (exemplo: obrigações cívicas, doença de um familiar), ou internas (exemplo: acidente de trabalho, greve, doença de etiologia profissional), enquanto as ausências de tipo B reflectem as posições tomadas em relação às de tipo A (por exclusão).

Em 1977, Kuznitz, citado por Spurgeon (1982), diz que o absentismo, sobretudo o de curta duração, foi reconhecido como um problema bastante grande e crescente em todos os países industrializados, “ocupando o lugar de uma das doenças mais onerosas”. Como causas de absentismo, Porter e Steers, em 1973, citados por Francés (1984), consideram as seguintes: factores gerais da organização (salários e promoções), factores imediatos no círculo de trabalho (tipos de chefia, formas das equipas, conteúdo do trabalho) e factores individuais (idade, tempo de serviço, características da família e traços de personalidade); a conclusão dos autores é clara: as relações constatadas entre as faltas e o turnover, por um lado, e, por outro, variáveis em geral ou específicas da profissão, devem ser explicadas pelos níveis de satisfação que deles tiram os indivíduos.

Francés (1984) refere que, no que diz respeito às faltas e demissões, estas consideram-se muitas vezes como índices objectivos da satisfação profissional; contudo, em estudos correlacionais, são notadas depois de um período mais ou menos longo e podemos considerá-las como consequências, tendo sido causadas por factores mais gerais que determinaram os diversos efeitos registados.

Waters e Roach, em 1971, referidos também por Francés (1984), obtiveram, entre diversos índices de satisfação profissional e a frequência de ausências e de demissões, correlações negativas significativas.

O turnover e o absentismo têm sido analisados essencialmente como resposta dos indivíduos à insatisfação no trabalho; não obstante, os resultados de algumas pesquisas referenciadas por Caetano e Vala (1994), mostram que a relação entre a insatisfação e o turnover não é muito forte, sendo as correlações obtidas, geralmente inferiores a 0,4. O que nos leva a pensar que a influência da satisfação, sobre a saída dos indivíduos da organização, será mediatizada por outras variáveis.

Relativamente ao absentismo, a sua relação com a satisfação é também moderada, uma vez que este pode não ser voluntário, mas determinado por factores fora do contexto do indivíduo.

De acordo com Villa (s.d.), a Análise Factorial tem sido o instrumento que tem permitido chegar aos factores de satisfação profissional, encontrando-se, na maioria das investigações, os seguintes: um factor geral, um factor referido à profissão como tal, um factor relativo à retribuição económica, outro à supervisão e, um último, que diz respeito às relações com os colegas. Frequentemente, acrescenta-se ainda, um outro factor que diz respeito às condições materiais em que se realiza o trabalho.

Resumindo, e segundo Ripon (1987), citado por Ramos (2002), a satisfação profissional é o estado emocional que resulta da correspondência entre o que o indivíduo espera do seu trabalho e o que dele pode retirar, pelo que a insatisfação e a satisfação são os resultados possíveis do encontro entre o homem e os seus comportamentos, por um lado, e, por outro, as situações profissionais e aquelas que ele procura. Assim, pouco a pouco, efectua-se uma tomada de consciência: as insatisfações na situação profissional repercutem-se sobre os comportamentos e também sobre os resultados; a fraqueza da produção, o absentismo e o turnover, entre muitos outros, estão em relação com as insatisfações, e estas últimas podem causá-los.

1.4. STRESS OCUPACIONAL

A evolução da sociedade actual, caracterizada pela rapidez da mudança tecnológica, bem como a complexidade crescente das tarefas e as suas consequências organizacionais, submetem o homem a tensões emocionais e a frustrações que podem fragilizar o respectivo equilíbrio biológico e mental. Ultimamente, assistimos a mudanças constantes nos locais de trabalho, incluindo um uso cada vez mais frequente da informática e suas aplicações, um aumento da complexidade e especialização das grandes empresas, a divisão do trabalho, o afastamento na relação entre trabalhadores e patrões e entre produtores e consumidores. A este respeito, Levi (1981) lembra-nos que é necessário ter em conta as vantagens destas mudanças, não apenas em termos económicos, mas essencialmente no que se refere à satisfação das necessidades humanas básicas.

O trabalho deve assegurar as necessidades materiais do indivíduo, proporcionando riqueza e crescimento, mas tem igualmente que contribuir para o seu bem-estar social, promoção da saúde e realização pessoal. Nesta perspectiva, pretende-se que a vida profissional seja uma das vertentes importantes para o bem-estar físico, mental e social do homem. Mas, para que tal se verifique, é necessário que o trabalhador reúna condições de segurança, independência e autonomia, possibilidade de desenvolver as suas capacidades, salários gratificantes, suporte emocional, contacto e colaboração com outros seres humanos.

Para muitos autores, um dos agentes de stress específicos da nossa época é, sem dúvida, o trabalho, que integra um conjunto de factores psicossociais condicionantes da saúde física, mental e social dos indivíduos e dos grupos. Segundo Frango (1995), a conceptualização de stress ocupacional envolve uma interacção entre os agentes indutores de stress originados no meio laboral e os factores pessoais, sociais e familiares; como resultado desta interacção temos o stress, que é expresso através de respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais e respectivas consequências a diversos níveis.

Durante muito tempo o termo utilizado foi stress no trabalho, tendo os diversos estudos privilegiado as principais fontes de stress, desde ambiente de trabalho, trabalho parcial, excesso e insuficiência de trabalho, perigo físico e adequação ao ambiente de trabalho. A partir dos anos 60, o termo usado passou a ser stress organizacional, indicando que as origens do stress estão no papel representado pelo indivíduo na organização. Cooper e Marshall (1982) designam por stress ocupacional os factores negativos do ambiente ou agentes indutores de stress, isto é, trabalho em excesso, papel conflito/ambiguidade, condições de trabalho carenciadas, associados ao trabalho.

A literatura actual no domínio do stress ocupacional tem vindo a chamar a atenção para a elevada

prevalência de stress ocupacional.

Uma das tarefas mais urgentes da nossa sociedade consiste em encontrar forma de eliminar ou reduzir as consequências daquele que é um dos problemas mais preocupantes, provenientes da industrialização e da tecnologia moderna: o stress ocupacional. Embora o domínio do stress seja, em termos de investigação, um dos mais produtivos, na área da Psicologia, ainda não sabemos o suficiente acerca da sua prevalência e incidência, da sua natureza, das suas causas e dos seus efeitos.

De facto, nos últimos anos, o stress ocupacional tem constituído uma área fundamental de estudo e investigação, nomeadamente pelos “custos” e efeitos do stress, não só ao nível individual, mas também ao nível organizacional (Cooper, 1986; Cooper e Payne, 1990; McGrath, 1976; Murphy et al., 1995; Sauter e Murphy, 1995). Mais concretamente, têm sido salientados os efeitos negativos do stress ocupacional na saúde física e mental, na satisfação profissional e na produtividade e rendimento dos indivíduos, em particular, e das organizações, em geral. Com efeito, vários autores têm vindo a considerar, não só a associação entre stress e problemas de saúde mental e física, mas também o facto do absentismo e o rendimento profissional serem, em grande parte, determinados pelo stress ocupacional vivido pelos trabalhadores (Sauter, Hurrell e Cooper, 1989).

Mc Grath (1976) ao considerar as relações entre stress e comportamento nas organizações, sugere seis classes de stress ou fontes de situações stressantes: stress baseado na tarefa (dificuldade, ambiguidade, sobrecarga, etc.), stress baseado no papel (conflito, ambiguidade, sobrecarga, etc.), stress intrínseco ao contexto do comportamento, stress proveniente do próprio meio físico (ruído ou frio excessivos, forças hostis, etc.), stress proveniente do ambiente social (dificuldades e desacordos interpessoais, privacidade e isolamento, etc.) e stress pessoal, que o próprio indivíduo “traz consigo” para a situação (traço e ansiedade, estilos perceptivos e cognitivos).

Segundo Stora (1990), os agentes de stress profissional estão relacionados com a função exercida, o papel na organização, o desenvolvimento da carreira, as relações no trabalho, a estrutura e o clima organizacional e, finalmente, com a interface família/trabalho.

De acordo com Reis, em 1989, citada por Frango (1995), os muitos factores de risco psicossocial no trabalho, a que geralmente associamos a palavra stress, relacionam-se com situações que provocam fadiga mental, medo, depressão, insatisfação, queixas somáticas e outros sintomas de natureza fisiológica, psicológica e comportamental.

Segundo o modelo de stress ocupacional formulado por Cooper (1986), e de acordo com a vasta investigação que tem vindo a ser efectuada nos últimos anos, parece existir algum consenso para a importância de seis fontes principais de pressão ou stress no trabalho: as fontes intrínsecas ao trabalho, (longas horas de trabalho, viajar, novas tecnologias e sobrecarga de trabalho), o papel na

organização (ambiguidade do papel, conflito de papéis e responsabilidades), as relações interpessoais no local de trabalho (relação com superior, relação com subordinados e relação com colegas), o desenvolvimento na carreira (segurança no emprego e avaliação do rendimento profissional), o clima e a estrutura organizacionais (grau de participação na tomada de decisões e sentido de pertença) e a interface casa-trabalho.

Ainda de acordo com o modelo formulado por Cooper (1986), os sintomas de stress manifestam-se não só ao nível individual, mas também ao nível organizacional. Os sintomas individuais de stress tomam, geralmente, a forma de um estado de humor depressivo, uma crescente irritabilidade, um aumento da pressão sanguínea, um consumo excessivo de tabaco e álcool e diversas queixas psicossomáticas; diversos estudos têm evidenciado as implicações para a saúde, nomeadamente a relação entre stress ocupacional, doenças coronárias e saúde mental. Por outro lado, os sintomas organizacionais do stress incluem, entre outros, os seguintes aspectos: elevado absentismo, aumento do abandono do emprego, dificuldade nas relações industriais, fraco controlo da qualidade, diminuição da motivação e diminuição da satisfação, do rendimento e da produtividade. A relação entre o stress ocupacional e a doença física tem vindo a ser ilustrada pela investigação; mais concretamente, têm vindo a ser sugeridas as consequências do stress ocupacional em termos de mais ausências ou faltas prolongadas e de maior vulnerabilidade a acidentes profissionais (maior frequência e gravidade).

Explicitando um pouco mais, Cooper e Marshall (1982) falam em cinco **factores ou agentes ambientais indutores de stress no trabalho**:

1. Factores intrínsecos a um emprego em particular: Kornhauser (1965) refere que a falta de saúde mental está directamente relacionada com as condições de trabalho desagradáveis, o despendar esforço físico em demasia e com horas excessivas e inconvenientes, assim como com ambientes repetitivos e desumanizantes. French e Caplan (1973) consideram que a sobrecarga, tanto qualitativa (trabalho muito difícil) como quantitativa (ter muito que fazer), produzem pelo menos nove sintomas diferentes de tensão psicológica e física: descontentamento no trabalho, tensão no trabalho, baixa auto-estima, ameaça, perturbações, níveis altos de colesterol, aumento do ritmo cardíaco, resistência superficial e aumento do número de cigarros fumados.

2. Papel na organização: aqui é referido o papel da ambiguidade e do conflito.

A ambiguidade existe quando um indivíduo tem informações inadequadas sobre o seu papel no trabalho, isto é, quando há falta de clareza dos objectivos de trabalho associado ao papel desempenhado, acerca das expectativas dos colegas de trabalho e sobre o alcance das responsabilidades do mesmo. Kahn et al. (1964) verificaram que indivíduos que sofriam de ambiguidade experimentavam uma mais baixa satisfação no trabalho, grande tensão relacionada

com o trabalho, uma maior futilidade e uma mais baixa autoconfiança. Margolis et al. (1974) referem, como indicadores de stress relacionados com a ambiguidade, a disposição depressiva, a baixa auto-estima, o descontentamento com a vida, o descontentamento no trabalho, a baixa motivação para o trabalho e a intenção de o deixar.

O conflito existe quando o indivíduo que desempenha um papel particular no trabalho é assediado por exigências conflituosas, ou faz coisas que na verdade não quer fazer, ou não pensa fazerem parte da sua tarefa; a mais frequente manifestação desta situação, é quando o indivíduo é apanhado entre dois grupos de pessoas que lhe exigem diferentes tipos de comportamentos, ou esperam que a sua tarefa implique diferentes funções. Kahn et al. (1964) verificaram que os indivíduos que sofrem mais de conflitos têm uma menor satisfação no trabalho e uma maior tensão relacionada com ele.

Duham (1992) refere que o conflito de papéis e a ambiguidade destes é uma das maiores fontes de stress. Relativamente ao conflito de papéis, podemos identificar dois tipos de conflito: expectativas contraditórias com as das outras pessoas e papéis contraditórios. A ambiguidade de papéis é talvez a maior fonte de stress, tendo como consequências: a falta de claridade sobre os objectivos e responsabilidade no trabalho, a incerteza quanto ao que os seus colegas esperam de si, a falta de informação de como realizar as tarefas adequadamente, a incerteza de como o seu trabalho é avaliado e dúvidas acerca da sua carreira profissional.

3. Desenvolvimento na carreira: refere-se ao impacto da sobrepromoção, subpromoção, incongruência do status, falta de segurança no trabalho, ambição frustrada, etc. Torna-se cada vez mais evidente que o stress provocado pelo status social é um problema na sociedade ocidental. Segundo Wan (1971), a explicação lógica para o stress induzido pela inconsistência do status é que o “conflito gerado por expectativas incompatíveis com a posição social ocupada pode levar a distúrbios psicológicos e a frustrações, que, por sua vez, são elos da cadeia stress-doença”.

4. Relações no trabalho: natureza das relações com o patrão, subordinados e colegas, uma vez que certos cientistas do comportamento sugeriam que as boas relações entre os membros de um grupo de trabalho são o factor central na saúde individual e organizacional. Kahn et al. (1964) constataram que a desconfiança em pessoas com quem se trabalha, estava positivamente relacionada com uma maior ambiguidade, que levava a uma comunicação inadequada e a “tensão psicológica na forma de pouca satisfação no trabalho e de sentimento de ameaça ao bem-estar no trabalho”.

5. Estrutura organizacional e clima: pertencer à organização, isto é, aqueles aspectos da estrutura de uma organização que podem tornar a vida do trabalhador ou insatisfatória ou indutora de stress como, por exemplo, pouca ou nenhuma participação nos processos de decisão,

falta de consulta efectiva, restrições no comportamento, etc. Coch e French (1948) verificaram que, quanto maior era a participação dos trabalhadores, mais alta era a produtividade, maior a satisfação no trabalho, mais baixo o balanço de entradas e saídas do pessoal, melhores as relações entre patrão e empregado, menor sentimento de ameaça no trabalho e maior auto-estima.

Ganhão (1993) enumera como **stressores organizativos**:

1-A estrutura organizativa.

2-A ambiguidade do papel e os conflitos de papel, que são os stressores mais frequentes em meio laboral – Quantas vezes os trabalhadores não se vêem confrontados com informações imprecisas e/ou insuficientes no que concerne a objectivos, métodos, recursos, normas, política organizacional a que se aditam “duplas mensagens”, as alterações de ordens da parte das chefias, repercutindo-se toda esta situação num desempenho profissional deficitário. E quanto maior for a reacção às incertezas, à ambiguidade, que varia de indivíduo para indivíduo, maior será a pressão sofrida.

3-O cruzamento de limites territoriais, onde o trabalhador se pode deparar com outros tipos de ocorrência, quando tem de optar pela execução de uma de duas tarefas emanadas de chefias diferentes, em que a decisão se torna difícil, pois o cumprimento de uma implica o incumprimento da outra.

4-A centralização e a baixa participação emergem como fontes potenciais de stress, que têm a ver com as dificuldades colocadas à participação dos trabalhadores nos processos de decisão relativos à natureza, ao conteúdo e à gestão das suas próprias tarefas.

5-A política e os jogos de poder na organização, em que os jogos de poder que a política fomenta e alimenta, conduzem à contestação de que não existe determinismo entre aptidões técnicas/profissionais e mobilidade vertical.

6-A sobrecarga, a falta de trabalho e a falta de sentido de pertença, pois, para além da mobilidade dos trabalhadores, há que ter em conta a problemática do progresso na sua carreira. Perante as excessivas solicitações, o indivíduo pode reconhecer que não possui capacidade de resposta adequada ao ritmo imposto, ou porque se depara com uma carga horária pesada, ou as tarefas são demasiadas atendendo ao horário laboral. Mas se a sobrecarga de trabalho é stressante, a sua falta não o é menos.

7-As relações interpessoais complexas entre subordinados e chefias, por um lado, e inter pares, por outro. No primeiro caso, é de salientar a deficitária comunicação e cooperação, a liderança autoritária ou o contrário, uma liderança tipo “laissez faire”, todas contribuintes de um clima

organizacional deteriorado. No entanto, os problemas não se circunscrevem unicamente ao relacionamento hierarquizado, como abrangem também os que se encontram na mesma categoria; aqui é a competitividade, a indiferença pelas necessidades dos outros, o individualismo, a desconfiança, os ressentimentos, os ciúmes e os boatos que inviabilizam uma relação saudável e agradável entre os que têm que partilhar determinado espaço físico.

8-As características da função directiva como stressores têm a ver com a personalidade do seu dirigente.

Cooper e Marshall (1982) dizem que há numerosas fontes de stress extra-organizacionais, que afectam o bem-estar físico e mental do indivíduo no trabalho, tais como problemas de família (Palh e Pahl, 1971), satisfação na vida e crises (Dohrenwend, 1974), dificuldades financeiras, etc; estes são importantes agentes potenciais de stress, visto que actuam numa espiral de *feedback* entre o trabalho e o ambiente exterior: problemas exteriores ao trabalho → afectam → o indivíduo no trabalho → exacerbam → problemas exteriores ao trabalho.

Relativamente às consequências do stress ocupacional, iremos apresentar a opinião de Frango (1995), que faz referência a quatro níveis:

Nível pessoal e profissional: a nível do trabalhador são múltiplas as perturbações, desde manifestações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. De carácter essencialmente fisiológico, e segundo Mitchel (1988), referimos cefaleias resultantes da tensão, perturbações gastrointestinais e aumento da frequência de micções; o stress, a longo prazo, poderá provocar alterações funcionais e estruturais dos órgãos, como sejam úlceras nervosas, acumulação de placas de ateroma, hipertensão arterial e outros. Relativamente às perturbações psicológicas, segundo Kalimo e Mejaman, em 1987, como consequências do stress, estas traduzem-se em atitudes negativas, tais como irritação, tensão, tédio e depressão, para além de uma disfunção cognitiva frequente; nas situações em que a sobrecarga de trabalho mental excede as capacidades de resposta do trabalhador, este tende a ter dificuldades na concentração, na memorização, em tomar decisões ou em avaliar situações de risco para a saúde e segurança de si próprio e dos outros, podendo também surgir depressões e, por vezes, ideias de suicídio.

Em 1976, Selye, citado por Brunner (1990), indica-nos uma lista de distúrbios provocados pelo stress, no ser humano, também conhecidos por doenças de adaptação ou má adaptação: pressão sanguínea alta, doenças do coração e de outros vasos sanguíneos, doenças dos rins, eclampsia, artrite reumatóide, doenças inflamatórias da pele e dos olhos, doenças alérgicas e de hipersensibilidade, doenças mentais, distúrbios sexuais, doenças digestivas e doenças metabólicas

e cancerosas.

Pines, em 1993, refere que qualquer pessoa pode sentir stress em consequência da sua profissão, mas que a síndrome de burnout surge naqueles indivíduos que ingressam numa carreira com expectativas, motivação e investimento pessoal elevados e que, depois, se sentem defraudados nos seus objectivos. Para o mesmo autor “burnout é um estado de exaustão física, emocional e mental causado pelo envolvimento, por longo tempo, em situações emocionalmente desgastantes”; o desgaste físico é notado pela presença crónica de fadiga, cefaleias, alterações requentes do sono e do peso, distúrbios gastrointestinais, dores musculares e agravamento de doenças crónicas e, assim, como medida redutora do estado de tensão, o indivíduo pode recorrer ao abuso do café, do álcool e das drogas. Em relação ao desgaste emocional, estes indivíduos apresentam um sentimento de fracasso, desilusão, ausência de esperança, desenvolvendo sentimentos depressivos e não conseguindo encontrar qualquer significado no seu trabalho; observa-se também uma mudança de atitudes, em que estes passam a mostrar atitudes negativas no que se refere ao trabalho, aos colegas, aos supervisores e à própria instituição.

Nível organizacional: as atitudes negativas dos profissionais vítimas de burnout, em relação ao trabalho, colegas, supervisores e instituições, têm consequências a nível organizacional, na medida em que criam novos atritos com os colegas e com as direcções de pessoal. Estes indivíduos procuram permanecer o mínimo tempo no local de trabalho, criando um ambiente de hostilidade, de desconfiança e de desrespeito com os colegas; são pessoas que faltam ao emprego, chegam atrasadas, executam de uma forma artificial as suas actividades, estão predispostas a acidentes de trabalho e nunca estão satisfeitas com o local de trabalho.

Para Faylor, em 1983, e Giraud, em 1987, o absentismo ou curtos períodos de ausência ao trabalho são hoje um bom indicador da qualidade do clima organizacional.

O consumo de álcool, de tabaco e de drogas, por parte dos profissionais, é um importante mecanismo patogénico de reacção aos factores psicossociais negativos ao trabalho e com consequências nefastas para a organização, em termos de absentismo, qualidade e quantidade de trabalho.

No contexto das consequências do stress, Frasquilho reforça a falta de pontualidade, os incidentes de trabalho, a alteração do desempenho e a mobilidade profissional.

Quanto à capacidade de trabalho do profissional, quanto o stress é moderado, o desempenho é óptimo, mas quando é baixo ou elevado, este diminui, conduzindo a uma baixa produtividade, em termos qualitativos e quantitativos.

Nível familiar: o stress profissional, para além dos problemas pessoais e organizacionais, pode influenciar a vida familiar de uma forma altamente negativa. Cada família tem o seu modo de agir

e gerir o stress, originado na própria família e que, por vezes, é potencializado pelos problemas laborais dos seus membros.

Serra (1989) refere que a intensidade do stress na família é determinado pelo acontecimento em si, pela ocorrência de outros acontecimentos, pelas privações familiares, pelos recursos existentes e pelas tensões residuais anteriores.

Quando os indivíduos trabalham com uma carga muito grande de stress, vão para casa e aqui tentam ser pais e cônjuges, mas não conseguem manter uma relação afectiva harmoniosa com os elementos da família, o que, de uma forma geral, prejudica a vida familiar; não é raro as pessoas serem acusadas de valorizarem mais a responsabilidade colectiva e profissional, do que a vida familiar. A falta de disponibilidade psicológica, o isolamento, os comportamentos hostis e defensivos, a labilidade emocional e o desgaste físico podem enfraquecer e desnutrir as relações familiares, conduzindo a uma instabilidade e à deterioração da dinâmica familiar.

São muito frequentes as famílias onde os problemas laborais conduziram o homem ou a mulher ao alcoolismo, à dependência de drogas, a dificuldades económicas, ao desemprego, ao tabagismo e outros, com todas as consequências daí resultantes para o ambiente familiar. Podem ainda ser consequências do stress as discussões entre pais e filhos, o ambiente de casa desagradável, a vida familiar insatisfeita, o empobrecimento da comunicação, as doenças físicas ou os fenómenos de somatização. Nesta perspectiva, Frasquilho põe ênfase na qualidade da vida familiar e empobrecimento das relações familiares, em consequência do stress ocupacional.

Nível social: as consequências do stress, a nível social, podem apresentar duas vertentes, que são as consequências na vida social do indivíduo (o indivíduo tem tendência para o isolamento social, ausência de prazer no contacto com os outros e falta de afinidade com as pessoas e solidão) e os encargos sociais das sequelas do stress.

Concluindo, podemos afirmar que o stress profissional é já uma preocupação dos trabalhadores, dos responsáveis pelas organizações, dos políticos e dos profissionais de saúde, pelas consequências nefastas na saúde do trabalhador, na produtividade das empresas e no bem-estar da sociedade. Hoje, começamos a ter consciência dos aspectos negativos relacionados com o stress profissional, de que podemos referir algumas doenças agudas e crónicas, a diminuição do ritmo de trabalho, o absentismo, o abandono da profissão e outros, sendo, igualmente, necessário dar uma especial atenção à saúde mental no local de trabalho, dada a sua relação com a produtividade, a realização profissional e a sensação de bem-estar global.

2. BURNOUT

O conceito de Burnout surgiu nos Estados Unidos em meados dos anos 70, para dar explicação ao processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional nos trabalhadores de organizações. Ao longo dos anos esta síndrome tem-se estabelecido como uma resposta ao stress laboral crónico integrado, por atitudes e sentimentos negativos.

Não existe uma definição unânime sobre esta síndrome, existe um consenso em considerar que aparece no indivíduo como uma resposta ao stress laboral. Trata-se de uma experiência subjectiva interna que agrupa sentimentos e atitudes e que tem um semblante negativo para o indivíduo, dado que implica alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para a pessoa e para a organização.

Freudenberger (1974), afirma que o Burnout é resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela actividade de trabalho, que surge nas profissões que trabalham em contacto directo com pessoas em prestação de serviço, como consequência desse contacto diário. Amorim et. al. (1998) acrescentam ainda, que alguns pesquisadores realizaram propostas de delimitação conceptual e assim estabeleceram procedimentos e critérios para o diagnóstico diferencial. Pines; Aronson e Kafry (1981), correlacionam a fadiga emocional, física e mental, sentimentos de impotência e inutilidade, falta de entusiasmo pelo trabalho, pela vida em geral e baixa auto-estima a estados que combinam esta síndrome. Na definição de Maslach e Jackson (1981), encontramos o esgotamento nervoso e despersonalização, onde o primeiro pode ser entendido pela situação que os trabalhadores sentem quando já não podem dar mais de si mesmo afectivamente, é uma situação de esgotamento da energia dos recursos emocionais próprios, uma experiência de estar emocionalmente esgotado, devido ao contacto diário mantido com pessoas a quem têm de prestar cuidados como objecto de trabalho. A despersonalização pode ser definida como o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativos e cinismo para as pessoas destinatárias do trabalho. Estas pessoas são vistas pelos profissionais de forma desumanizada, rotuladas

negativamente, devido a um endurecimento afectivo e os profissionais ainda os responsabilizam pelos seus problemas. Maslach e Jackson (1981) afirmavam que o Burnout estava estritamente ligado a profissionais de saúde, que perdiam então, o interesse, empatia e o próprio respeito pelos seus pacientes.

A falta de realização pessoal no trabalho constitui-se como tendência desses profissionais a avaliar-se negativamente e, de forma especial, essa avaliação negativa afecta a normal realização do trabalho e a relação com as pessoas a quem prestam cuidados. Os trabalhadores sentem-se descontentes consigo mesmos e insatisfeitos com os seus resultados no trabalho.

Amorim e Turbay (1998), afirmam que a síndrome de Burnout é uma experiência subjectiva, que agrupa sentimentos e atitudes implicando alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para a pessoa e a organização, sendo que esta afecta directamente a qualidade de vida do indivíduo. Por isso, é necessário um estudo também filosófico onde se explicita a natureza humana e, principalmente, as dinâmicas interpessoais que possam interferir no desempenho e produtividade no trabalho.

Num nível organizacional, algumas profissões caracterizam-se por desenvolver um trabalho que responda ao esquema de uma burocracia profissionalizada. Segundo Mintzberg (1988), este tipo de organização conta com uma padronização das funções dos seus membros. Contrata profissionais preparados e treinados para a realização das tarefas e concede-lhes um controlo considerável sobre o seu próprio trabalho. Além disso, estes profissionais trabalham com uma certa independência relativamente aos seus colegas e estreitamente vinculados aos seus clientes.

Golembiewski e Doly, citados por González (1995), acrescentam que desde a Teoria das Organizações, Burnout é entendido como consequência de um desajuste entre as necessidades do trabalhador e dos interesses da empresa.

Uma variável importante neste nível é a socialização laboral, Peiró (1986) sugere que este é o processo, pelo meio do qual, o novo membro aprende a escala de valores, as normas de conduta exigidas pela organização em que se incorpora. Em diferentes trabalhos se tem referido que a síndrome de Burnout se propaga entre os profissionais, através de mecanismos de modelo e aprendizagem por observação durante os processos de socialização laboral.

No plano das relações interpessoais, quando estas são tensas, conflituosas e prolongadas, existe a tendência para aumentar os sentimentos de Burnout.

Quanto ao indivíduo, as características de personalidade são factores a considerar relativamente à intensidade e frequência de sentimentos de altruísmo e idealismo, acentuados pela forma como parte destes profissionais aborda a sua profissão (Edelwich e Brodsky, 1980). Esse idealismo e sentimentos altruístas levam os profissionais a envolver-se excessivamente nos problemas dos

doentes. O próprio indivíduo tolera que se sinta culpado das falhas, tanto próprias como alheias, o que resultará em baixos sentimentos de realização pessoal no trabalho.

Como se pode perceber, numa perspectiva psicossocial, Burnout tem-se definido como uma síndrome cujos sintomas são sentimentos de esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. Estes sintomas podem desenvolver-se em indivíduos com qualquer tipo de actividade. No entanto, deve ser entendida como uma resposta ao stress laboral que aparece quando falham as estratégias funcionais de defesa que o indivíduo pode utilizar. Isto é definido por França e Rodrigues (1997), como sendo o “conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas ou internas, que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades”. Assim, esta síndrome é considerada um passo intermédio na relação “stress-consequências do stress” de forma que, se permanece durante um longo período, o stress laboral terá consequências nocivas para o indivíduo, sob a forma de enfermidade, com alterações psicossomáticas (alterações cardio-respiratórias, gastrites, úlceras, dificuldade em adormecer e náuseas) e para a organização (deterioração do rendimento ou da qualidade de trabalho).

Delvaux, citado por França e Rodrigues (1997), caracteriza o Burnout emocional da seguinte forma:

Exaustão emocional - ocorre quando a pessoa percebe nela mesmo a impressão de que não dispõe de recursos suficientes para dar aos outros. Surgem sintomas de cansaço, irritabilidade, propensão a acidentes, sinais de depressão, sinais de ansiedade, uso abusivo de álcool, cigarros ou outras drogas, aparecimento de doenças, principalmente daquelas denominadas de adaptação ou psicossomáticas.

Despersonalização - corresponde ao desenvolvimento por parte do profissional, de atitudes negativas e insensíveis em relação às pessoas com as quais trabalha, tratando-as como objectos.

Diminuição da realização e produtividade profissional - geralmente conduz a uma avaliação negativa e baixa de si mesmo.

Depressão - sensação de ausência de prazer de viver, de tristeza, que afecta os pensamentos, sentimentos e o comportamento social. Estas podem ser breves, moderadas ou até graves.

O modelo conceptual para Montalvo e Fayos (1996), resume o aparecimento de Burnout nas três

dimensões: esgotamento emocional, despersonalização e baixa auto-estima.

Para Lautert (1997), a instalação de Burnout ocorre de maneira lenta e gradual, atingindo o indivíduo progressivamente. Galego e Rios (1991), distinguem três momentos para a manifestação da síndrome. Num primeiro momento, as exigências de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, o que gera um stress laboral no indivíduo. Neste momento, o que é característico é a percepção de uma sobrecarga de trabalho, tanto qualitativa quanto quantitativa. No segundo momento, evidencia-se um esforço do indivíduo em adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido. Aparecem então, sinais de fadiga, tensão, irritabilidade e até mesmo, ansiedade. Assim, essa etapa, exige uma adaptação psicológica do sujeito, a qual reflecte no seu trabalho, reduzindo o seu interesse e responsabilidade pela função. E, finalmente, num terceiro momento, ocorre um procedimento defensivo, ou seja, o sujeito produz uma troca de atitudes e condutas com a finalidade de defender-se das tensões vividas, ocasionando comportamentos de distanciamento emocional, fuga, cinismo e rigidez.

No entanto, é preciso considerar a síndrome como um processo, esses momentos não se estabelecem de forma clara e distinta entre uma etapa ou outra, ou de um momento para o outro. Até mesmo Delgado et al. (1993) citam alguns autores, como Belcastro, Gold e Hays (1983), para os quais não é possível determinar, com exactidão, nem a sequência, nem as correlações das diferentes fases implicadas no desenvolvimento desta síndrome.

Enquanto Gil-Monte (1993) considera que, no primeiro momento, o indivíduo percebe a evidência de uma tensão, o stress. No segundo momento, aparecem sintomas de fadiga e esgotamento emocional, concomitantemente a um aumento do nível de ansiedade e, finalmente, o indivíduo desenvolve estratégias de defesa, que utiliza de maneira constante. Essas estratégias consistem em mudanças de atitudes e comportamentos que incluem indiferença e distanciamento emocional do trabalho.

Quando se trata de formas de prevenção de Burnout, França e Rodrigues (1997) acrescentam: a) aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia; b) prevenir o excesso de horas extras; c) dar melhor suporte social às pessoas; d) melhorar as condições sociais e físicas de trabalho; e) investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Já Phillips (1984) diz que a primeira medida para evitar a síndrome de Burnout é conhecer as suas manifestações. Existem, porém, outras formas de prevenção e que podem ser agrupadas em três categorias: estratégias individuais, estratégias de grupo e estratégias organizacionais.

As estratégias individuais referem-se à formação profissional, ou seja, tornar-se sempre competente no trabalho, estabelecer parâmetros, objectivos, participar em programas de combate ao stress, entre outros. As estratégias de grupo consistem em procurar o apoio do próprio grupo

(Shinn e Morch, 1983) e finalmente, as estratégias organizacionais relacionam as estratégias individuais e de grupo para que estas sejam eficazes no contexto organizacional.

A partir de um estudo dos principais instrumentos de medida, Fayos, López-Soler e Montalvo (1994), concluíram:

- A evolução da síndrome ocupa um dos lugares mais importantes em actividades onde se relacionam com outras pessoas;
- O Inventário de Burnout de Maslach e Jackson destaca-se como o instrumento mais eficaz, há vários anos;
- O esgotamento emocional é a dimensão mais consistente e melhor definida dentro dos quadros observados.

Existem outros instrumentos de medidas, e dentre eles, citaremos aqueles abordados por Fayos, López-Soler e Montalvo (1994): Staff Burnout Scale; Indicadores del Burnout; Emener-Luck Burnout Scale; Tedium Measurees (Burnout Measure); Burnout Scale; Teacher Burnout Scale; Energy Depletion Index; Matthews Burnout Scale for Employess; Efectos Psíquicos del Burnour; Escala de Variables Predictoras del Burnout; Cuestionario de Burnout del Profesorado; Holland Burnout Assesment Survey; Rome Burnout Inventory.

Como ficou expresso, Burnout é um desgaste, tanto físico como mental, em que o indivíduo pode ficar exausto, em função de um excessivo esforço que faz para responder às constantes solicitações de energia, força ou recursos, afectando directamente a qualidade de vida do indivíduo e, conseqüentemente, do trabalho.

O stress faz parte da vida do ser humano e todos enfrentamos circunstâncias indutoras de stress ainda que seja periodicamente. O stress só deixa o ser humano quando ele morre e pode determinar respostas de natureza cognitiva, emocional, biológica e do comportamento observável (Figura 1).

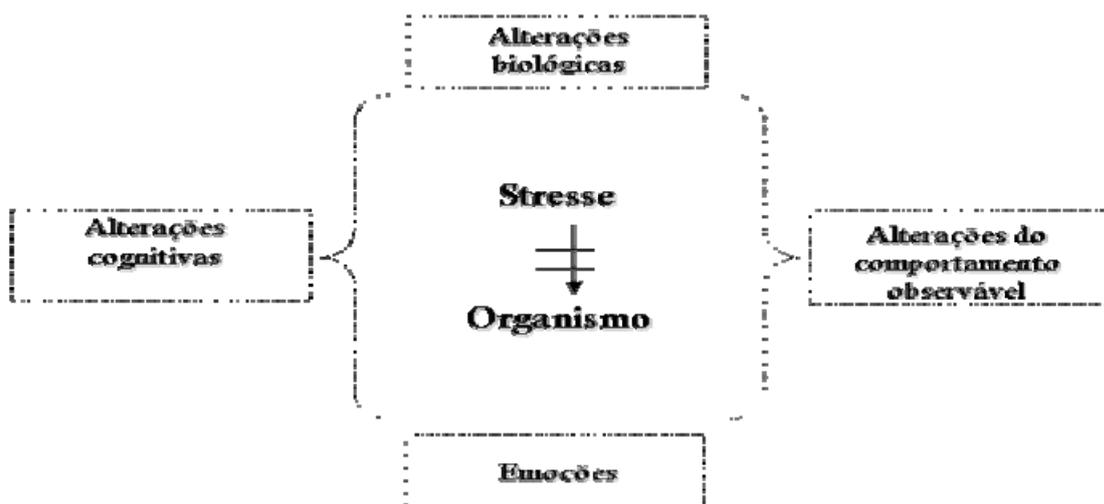


FIGURA 1: AS RESPOSTAS INDUZIDAS PELO STRESS NO ORGANISMO

Adaptado: SERRA (2002)

Apesar do corpo humano estar preparado para responder a situações de stress, não consegue recuperar imediatamente, sobretudo quando as situações de stress são muito frequentes e com duração ou intensidade elevadas. Todo o organismo é envolvido na resposta ao stress: o sistema nervoso, endócrino e até o sistema imunitário com consequências para a saúde e bem-estar do indivíduo. Deste modo, o stress conduz ao enfraquecimento das capacidades de resistência e recuperação do indivíduo e portanto fragiliza o sistema imunitário. O organismo torna-se mais vulnerável aos agentes infecciosos e podem surgir doenças.

Serra (2002) refere três mecanismos através dos quais o stress pode induzir doença. Um deles refere-se à activação vegetativa e endócrina que o stress determina; outro é relativo às alterações dos comportamentos e hábitos, induzidos pelo stress que podem ser prejudiciais para o indivíduo; e um terceiro diz respeito à atribuição que o indivíduo faz aos sintomas e ao modo como lida com a própria doença.

Um aspecto importante a considerar, relativamente à doença no indivíduo quando este está em stress é que existem também vulnerabilidades prévias, que são hereditárias ou adquiridas e que permitem que a doença surja.

Os trabalhadores de saúde devido às condições e objectivos específicos do seu trabalho encontram-se particularmente expostos ao stress ocupacional.

Smith (1978) num estudo em 22 000 trabalhadores em 130 ocupações revelou que 7 das 27 profissões consideradas stressantes estavam relacionadas com os cuidados de saúde (Mcintyre, 1994 citado por Cordeiro (2002).

Pereira (1998) ao citar Graça (1985) e Graça e Reis (1994), refere que as profissões e ocupações de saúde são consideradas de alto risco, não só de natureza psicossocial, mas também de natureza física, química e biológica, decorrentes das condições de trabalho nos centros de saúde e demais organizações de saúde.

Estes autores, tal como McCue (1985), referem ainda que estes riscos variam desde a exposição a radiações ionizantes e citostáticos, ao sofrimento psíquico face à dor alheia e à morte, ao medo da infecção pelo vírus da SIDA, até ao medo dos acidentes de trabalho por queda ou electrocussão. O trabalho por turnos também é um factor de risco que se deve considerar, com todas as consequências nefastas para a vida social e familiar.

O stress de um profissional de saúde está muitas vezes associado ao receio de uma decisão errada que agrave as lesões, as doenças ou leve à morte o paciente, razão pela qual, é importante examinar as fontes de stress para os profissionais de saúde, assim como os seus efeitos.

Segundo Sutherland e Cooper (1990) grande parte dos técnicos de saúde trabalha em condições difíceis. Uva e Faria (1992), citados por Frango (1995), acrescentam mesmo que os hospitais têm, geralmente, piores condições de trabalho que a maioria dos outros sectores, o que muitas vezes provoca um *“estado emocional que pode ser acompanhado por um certo número de alterações físicas e comportamentais”*. Este estado é denominado, segundo Fawzy *et al* (1991) de burnout e encontra-se frequentemente relacionado com o stress sentido de uma forma prolongada. A resignação, a estagnação e a falta de iniciativa, por parte dos profissionais são consequências comportamentais do burnout para Simendinger e Moore (1985), citados por Frango (1995).

❧ PARTE II

CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

1. OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O nosso objectivo geral de investigação foi a avaliação da satisfação geral com a profissão em meio hospitalar, dos profissionais do serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Relativamente aos objectivos específicos, procuramos compreender como:

- A satisfação geral com a profissão dependeria dos factores sociobiográficos dos profissionais em estudo;
- A percepção da Qualidade do seu Serviço como local de trabalho dependeria de factores sociobiográficos dos profissionais em estudo;
- A percepção da Qualidade do seu Hospital como local de trabalho dependeria de factores sociobiográficos dos profissionais em estudo;
- A percepção de Qualidade do seu Hospital na Prestação dos Cuidados dependeria de factores sociobiográficos dos profissionais em estudo;
- A percepção da Qualidade dos Serviços na Prestação dos Cuidados dependeria de factores sociobiográficos dos profissionais em estudo;
- A percepção da Melhoria Contínua da Qualidade do Hospital dependeria de factores sociobiográficos dos profissionais em estudo;
- O estudo do Burnout e sua presença dependeria de factores sociobiográficos dos profissionais em meio Hospitalar;
- Opinião geral face ao local de trabalho (Hospital) dependeria dos factores sociobiográficos dos profissionais em estudo;
- Satisfação global com o Hospital seria influenciada por factores sociobiográficos dos profissionais em estudo

Face ao exposto, propusemos as seguintes hipóteses de investigação:

H₁ - Procuramos verificar se existem diferenças da Satisfação Profissional, Opinião Geral e Satisfação Global em meio hospitalar por:

- ❖ Classe profissional;
- ❖ Tipo de Vínculo à instituição;
- ❖ Género;
- ❖ Faixa Etária;
- ❖ Tempo de Serviço;
- ❖ Grau Habilitacional;
- ❖ Situação familiar;
- ❖ Responsabilidade de Supervisão;
- ❖ Responsabilidade de Gestão;

H₂ - Procuramos verificar se existem diferenças de *Burnout* por:

- ❖ Classe profissional;
- ❖ Tipo de Vínculo à instituição;
- ❖ Género;
- ❖ Faixa Etária;
- ❖ Tempo de Serviço;

Quanto ao tipo de estudo, este foi de nível II, do tipo Descritivo-Correlacional, isto é, para além da descrição dos fenómenos (variáveis) em estudo, procuramos descobrir possíveis relações entre os mesmos, e caso existissem procuraríamos descrevê-las. Quanto ao tipo de coorte aplicado no processo de investigação ele foi transversal

Quanto à duração do estudo ele compreendeu dois anos (2006 e 2007), e quanto ao período de estudo, a recolha dos dados realizou-se entre Março e Junho de 2007.

2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A nossa população-alvo de estudo foram os profissionais de saúde que exercem funções no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Esta população-alvo, ficou composta da seguinte forma:

POPULAÇÃO-ALVO	N.º EXISTENTES	N.º RESPONDENTES	% RESPOSTAS
• MÉDICOS ¹	46	29	63,04%
• TÉCNICOS DE RADIOLOGIA	61	61	100%
• ENFERMEIROS	12	8	66,66%
• SECRETÁRIOS CLÍNICOS	6	6	100%
• ADMINISTRATIVOS	12	12	100%
• AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA	48	45	93,75%
TOTAL	185	161	87,02%

A população-alvo total foram 185 profissionais de saúde. Quanto ao Desenho Amostral, o Tipo de Amostragem aplicado foi o Não Probabilístico, e quanto à Técnica de Amostragem adoptado foi de Conveniência. A nossa amostra ficou representada num total de 161 (87%) profissionais de saúde do respectivo Serviço.

Importa referir que os profissionais de saúde como os «Técnicos de Radiologia», «Secretários Clínicos» e «Administrativos» participaram na sua totalidade no preenchimento do Instrumento de Avaliação de Satisfação profissional. Dos restantes, foram os médicos que menos aderiram ao preenchimento do referido instrumento.

Como critérios de inclusão na nossa amostra em estudo, só participariam profissionais de saúde que enunciam funções directas no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

¹ CHEFES DE SERVIÇO, ASSISTENTES GRADUADOS, ASSISTENTES HOSPITALARES E INTERNOS

3. METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

3.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA CONCEPTUAL DO INSTRUMENTO IASP ATÉ À VERSÃO FINAL

O processo de adaptação cultural e linguística do *Hospital Employee Judgment System* (versão original do actual instrumento) foi da responsabilidade do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, Investigador na Faculdade de Economia e no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Segundo Paulo (2003) a primeira versão deste instrumento, com 138 itens, foi aplicada como teste piloto em 10 hospitais num total de 6315 funcionários em 1989. Esse trabalho inicial teve como objectivo obter informação preliminar acerca das propriedades psicométricas das questões, informação acerca da logística do processo da recolha dos questionários e do seu formato, informação necessária para revisão do questionário.

A versão final do instrumento original ficou composta por 117 questões de resposta fixa, 7 questões de resposta aberta e 13 dimensões principais que definem: 1 – supervisão, 2 – local de trabalho e equipamento, 3 – pessoal, 4 – relação entre os serviços, 5 – moral, 6 – vencimento, 7 – benefícios, 8 – contratações e promoções, 9 – estabilidade no emprego, 10 – lideranças, 11 – qualidade global do hospital (baseado nos itens anteriores), 12 – progresso da qualidade e 13 – avaliação global do hospital.

A maior parte das questões assentavam em escalas de Lickert, tendo como opção de resposta: Mau (1), Regular (2), Bom (3), Muito Bom (4), Excelente (5) e Não se aplica (6), este último, não considerado para análise, sendo por isso omissos.

Os diferentes itens foram combinados para formar escalas, adicionando as pontuações de cada um (de 1 a 5), graduando-as de 0 a 100, pela fórmula: $(x-1)*25$, em que x é a questão a ser transformada. Assim, uma pontuação de 100 numa escala significa que todas as suas questões foram classificadas com 5 (excelente). Uma pontuação de 0 significa que todas as questões foram respondidas com 1 (mau).

O questionário final, depois de validado para a população portuguesa ficou com a designação de «Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional» (IASP) e que se encontra em anexo nesta dissertação (Anexo I). Depois de introduzidos alguns melhoramentos/aperfeiçoamentos e obtida a nova versão (Quinta Versão do IASP), esta ficou composta da seguinte forma:

QUADRO 1: DESCRIÇÃO DOS GRUPOS (DIMENSÕES) QUE COMPÕEM O IASP COM AS RESPECTIVAS PERGUNTAS.

GRUPOS	QUESTÕES
1. Dados sobre as suas funções no local de trabalho	1 até 7
	8a até 8k
2. A qualidade do seu serviço como local de trabalho	9a até 9d
	10a até 10c
	11a até 11b
3. A qualidade do seu hospital como local de trabalho	12a até 12b
	13a até 13c
	14a até 14d
4. Qualidade do seu hospital na prestação dos cuidados	15a até 15g
5. Qualidade dos serviços na prestação dos cuidados	16a até 16q
6. Melhoria contínua da qualidade	17a até 17h
7. Sentimentos em relação ao seu trabalho e ao seu emprego	18a até 18y
8. Opinião geral	19a até 19q
9. Satisfação global	20 até 23*
10. Recomendações e sugestões	24 até 26**
11. Dados sociobiográficos	27 até 31

* As perguntas 22 e 23 são de resposta aberta

** Todas estas perguntas são de resposta aberta

A versão final do IASP ficou depois constituída por Facetas, Sub-escalas e Escalas, conforme indicado pelo orientador desta dissertação de mestrado. Passemos então à descrição das partes anteriormente mencionadas.

No que diz respeito às «Escalas» «Sub-escalas» e «Facetas» vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 2: DESCRIÇÃO DAS ESCALAS, SUB-ESCALAS E FACETAS DO IASP E AS PERGUNTAS QUE AS COMPÕEM.

ESCALAS	SUB-ESCALAS	FACETAS	QUESTÕES
❖ QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	- ÓRGÃOS DE GESTÃO	14a até 14d
		- RECURSOS HUMANOS	10a até 10c 11a até 11b
	MORAL	- ESTADO DE ESPÍRITO	12a até 12b
		- SUPERIOR HIERÁRQUICO	8a até 8k
	RECURSOS TECNOLÓGICOS E FINANCEIROS	- VENCIMENTO	13a até 13c
		- LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO	9a até 9d
❖ QUALIDADE DOS SERVIÇOS NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS	SERVIÇOS DE INTERNAMENTO		16a até 16e,g
	SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO		16f,h até 16q
❖ MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE			17a até 17h
❖ QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS			15a até 15g

Integrado no Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional aplicou-se uma escala “Escala Burnout²”, com o estudo dos «*Sentimentos em relação ao seu trabalho e ao seu emprego*». Esta escala, na versão actual é composta por 25 itens, com o formato de Lickert, tendo como opção de resposta: *Algumas vezes por semana* (1), *Todas as semanas* (2), *Algumas vezes por mês* (3), *Todos os meses* (4), *Algumas vezes por ano* (5) e *Todos os Dias* (6).

Foram criadas dimensões definidas pelos autores que adoptaram a escala á realidade portuguesa³:

QUADRO 3: DESCRIÇÃO DAS DIMENSÕES QUE COMPÕEM A ESCALA DE BURNOUT E A SUA RECODIFICAÇÃO.

DIMENSÕES	QUESTÕES	RECODIFICAÇÃO DAS PONTUAÇÕES	COTAÇÕES À RECODIFICAÇÃO
• Exaustão Emocional	18a;18b;18c;18f;18h;18m;18n;18p;18t	≤18= Baixo 19-26= Médio ≥27= Alto	(1) (2) (3)
• Despersonalização	18e;18j;18k;18o;18v	≤5= Baixo 6-9= Médio ≥10= Alto	(1) (2) (3)
• Realização Pessoal	18d;18g;18i;18l;18q;18r;18s;18u	≤33= Baixo 34-39= Médio ≥40= Alto	(3) (2) (1)
• Envolvimento	18w;18x;18y	-----	

Conjuntamente com o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional apresentamos ainda uma secção de «Opinião Geral» dos profissionais de saúde referentes ao espaço/local de trabalho onde exercem a sua profissão. Esta secção é composta por 17 itens, com o formato de Lickert, tendo como opção de resposta: *Discordo Plenamente* (1); *Discordo* (2); *Não concordo nem discordo* (3); *Concordo* (4); *Concordo plenamente* (5) e *Não sei* (6), este último, não considerado para análise, sendo por isso omissis.

² MASLACH BURNOUT INVENTORY, C.MASLACH – Versão Portuguesa do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

³ Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Esta secção foi dividida empiricamente por grupos de itens. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 4: DESCRIÇÃO DOS ITENS DE OPINIÃO GERAL ACERCA DO HOSPITAL POR SUB-DIMENSÕES.

GRUPOS	QUESTÕES
• DIRECÇÃO DE SERVIÇO	19b - Posso falar com o meu director sempre que considero necessário
	19c - O meu director trata os profissionais correctamente
	19d - O meu director diz aos profissionais o que espera deles
	19e - Sou encorajado a desenvolver formas de realizar melhor as minhas funções
	19f - Os profissionais deste hospital recebem formação suficiente sobre como lidar com os utentes
• CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	19g - Os profissionais são tratados com respeito pela administração
	19h - Se necessitar posso falar com o Administrador
	19i - A administração do hospital preocupa-se com os profissionais
	19j - As queixas dos profissionais são tratadas correctamente
	19k - Os profissionais participam na elaboração dos planos de actividade do hospital
• PERSPECTIVA DE COOPERAÇÃO	19o - conheço suficientemente bem os profissionais de outros serviços
	19p - neste hospital há boa cooperação entre os prestadores da mesma profissão
	19q - neste hospital há boa cooperação entre os prestadores de profissões diferentes
	19a - A maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados que recebe neste hospital
	19l - O moral e o clima organizacional no hospital são bons
	19m - O meu trabalho normalmente é bem realizado
	19n - No meu serviço há profissionais em número suficiente para realizar o trabalho de forma correcta

Ainda em conjunto com o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional apresentamos uma parte de «Satisfação Global» onde se encontram um conjunto de perguntas que avaliam a percepção dos respectivos profissionais em meio hospitalar e que foram tratadas individualmente.

Foi ainda organizado um conjunto de questões abertas sob a forma de recomendações e sugestões onde:

- É solicitado ao profissional para dar a sua opinião, de como melhor a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade do local de trabalho;
- É solicitado ao profissional para relatar as acções de gestão levadas a cabo pelo hospital que mais o surpreenderam;
- É solicitado ao profissional para descrever a forma de melhorar a organização do hospital.

As respostas a estas questões abertas serão analisadas em capítulo próprio.

A última página do questionário serviu apenas para obter dados que permitam caracterizar, entre outros, os aspectos sociobiográficos da população em estudo.

Em resumo, o questionário validado permitiu avaliar a satisfação profissional em 4 escalas principais, 5 sub-escalas e 6 facetas. A pontuação das escalas resulta da média da soma dos itens que a compõem, sendo os valores apresentados de 0 a 100, em que 0 corresponde a «*mau*» e 100 «*excelente*».

As restantes questões do questionário não integradas em nenhuma das escalas serão objecto de análises específicas, cujo resultado será apresentado conforme o anteriormente descrito.

3.2. METODOLOGIA PARA A RECOLHA DE DADOS

O processo de recolha de dados, compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase foi solicitada a anuência do Director do Serviço de Imagiologia para administrar o instrumento (IASP) anteriormente definido pelos grupos da amostra já referida. Após pedido formal ao Presidente do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra a solicitar a autorização para o estudo.

É de referir que a elaboração deste estudo e a posterior divulgação dos resultados, foi devidamente autorizado pelo Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Director do Serviço de Imagiologia do referido hospital.

Numa segunda fase, todos os funcionários do serviço receberam um envelope contendo um questionário com as devidas instruções para o preenchimento do mesmo, bem como salvaguardando todas as questões éticas inerentes aos participantes no estudo. Após o preenchimento do referido instrumento, este seria devolvido num envelope fechado, sem identificação e depositado numa caixa devidamente preparada para o efeito.

Numa terceira fase, o investigador, no final de cada semana, recolhia os referidos envelopes que estariam depositados na caixa.

4. ESTRATÉGIAS ESTATÍSTICAS PARA O TRATAMENTO DOS DADOS

4.1 – TÉCNICAS ESTATÍSTICAS APLICADAS

Numa primeira fase do nosso estudo, para a descrição da nossa amostra foram aplicadas estatísticas descritivas simples (frequências e percentagens) bem como medidas de tendência central (Média) e medidas de dispersão (Desvio-padrão).

Na aplicação das técnicas estatísticas para a testagem de hipóteses observaram-se, de um modo geral, os pressupostos de Simetria (*Skewness*), Achatamento (*Kurtosis*) e Distribuição Normal (*Kolmogorov-Smirnov* com o factor de *Correcção de Lilliefor* e *Shapiro-Wilk*), bem como o *Teste de Levene* (Homogeneidade das Variâncias).

Para as comparações entre a satisfação com a *Qualidade do Local de Trabalho*, com a *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* e de *Melhoria Contínua da Qualidade* nos diferentes grupos (três ou mais grupos), utilizaram-se os testes estatísticos *One-Way ANOVA* e *BROWN-FORSYTHE* bem como o Teste de Comparações Múltiplas (*Post-hoc*) *Tukey* (HSD). Quando as diferenças se observam entre dois grupos face aos indicadores anteriormente apresentados, utilizamos *t Student para Amostras Independentes* ou o seu equivalente não paramétrico *Mann-Whitney*.

Quando procurámos saber a associação dos estados de *Realização Pessoal*, *o Envolvimento Profissional*, *a Despersonalização da Actividade* e *a Exaustão Emocional* por dois ou mais grupos de inquiridos, utilizámos o teste estatístico χ^2 da *Independência* e para observarmos as diferenças entre os grupos face aos vários indicadores de *Burnout*, o teste estatístico utilizado foi *Kruskal-Wallis*.

O estudo da correlação entre *Realização Pessoal*, *o Envolvimento Profissional*, *a Despersonalização da Actividade*, *a Exaustão Emocional* e *tempo de serviço na instituição* realizou-se através do *coeficiente de Pearson*. Quando procurámos saber qual a percepção de *Satisfação Global* que mais prevalecia face a vários pontos de vista, ao nível da *percepção sobre a formação enquanto elemento adequado ao desempenho profissional* e de, em caso de necessidade, uma eventual recomendação deste hospital a familiares ou amigos, utilizou-se o teste estatístico da *Aderência do χ^2* .

No que diz respeito ao estudo dos indicadores preditos de *Satisfação Profissional* mais explicativos, utilizámos os testes estatísticos *Regressão Linear Simples*, *Regressão Linear Múltipla* e *Regressão Linear Múltipla Hierárquica*. Os pressupostos para as suas aplicações foram tidos em conta nos seguintes passos:

- Num primeiro passo houve a necessidade de testar a linearidade do fenómeno (Satisfação Profissional) com recurso ao *Diagrama de Dispersão*. Os restantes pressupostos foram testados com base nos resíduos estimados (ε_i).
- Os cálculos dos resíduos resultaram da diferença entre o valor observado e o valor estimado ($\varepsilon_i = y_i - \hat{y}_i$). As variáveis aleatórias residuais apresentaram valores esperados nulos: $E(\varepsilon_i) = 0$.
- As mesmas variáveis aleatórias residuais apresentaram variância igual (*homocedasticidade*): $Var(\varepsilon_i) = \sigma^2$.
- A independência das variáveis explicativas (inexistência de Multicolinearidade) foi observada através dos testes *Tolerance* e *Variance Inflation Factor (VIF)*, bem como, a análise das matrizes de correlações. No que diz respeito, ainda, à independência das variáveis aleatórias residuais, foram asseguradas: $Cov(\varepsilon_i, \varepsilon_j) = 0 \quad i \neq j$ (*Teste Durbin-Watson*).
- Por fim, a distribuição normal das variáveis aleatórias residuais: $\varepsilon_i \sim N(0, \sigma^2)$, onde foi tido em conta o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* (com o factor de correcção de *Lilliefors*), para valores de $p > 0,05$ teríamos uma distribuição normal.

Aquando do processo do Modelo de Regressão Linear Múltipla ($y_i = \beta_0 + \beta_1 \chi_i + \beta_2 \chi_{2i} + \beta_3 \chi_{3i} + \varepsilon_i$), avaliámos:

- A Qualidade do Modelo Ajustado (r e r^2 : medidas relativas da qualidade do ajustamento).
- Quanto à inferência sobre o modelo, cumprimos o pressuposto da sua adequabilidade (Modelo Linear Múltiplo) para explicar y a partir χ com recurso via *ANOVA* e testes aos coeficientes de regressão, bem como, à constante via *teste t* para testar a nulidade dos parâmetros (a ordenada na origem β_0 e o coeficiente de regressão $\beta_1 \chi_i \dots$)

Quanto à leitura da Associação relativamente à sua magnitude e dimensões, utilizaram-se os valores de referência (Pestana e Gageiro, 2005): $r < 0,2$ – Associação muito fraca (desprezível); $r 0,2 - 0,39$ – Associação fraca; $r 0,40 - 0,69$ – Associação moderada; $r 0,70 - 0,84$ – Associação forte; $r > 0,90$ – Associação muito elevada. Quanto à aplicabilidade do teste de χ^2 da Independência tivemos em conta os pressupostos de $N > 20$ e em que os E_{ij} fossem > 1 e que pelo menos 80% dos E_{ij} fossem ≥ 5 (Maroco, 2003).

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0,05$

com intervalo de confiança de 95%. Para um α significativo ($\leq 0,05$) rejeita-se a H_0 , isto é, observam-se as diferenças ou associação entre os grupos. Para um $\alpha > 0,05$ não se rejeita a H_0 , isto é, não se observam diferenças ou associação significativa entre os grupos.

4.2 – MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

O método de análise adaptado à análise de conteúdos das perguntas abertas apresentadas no instrumento IASP e que foram trabalhados segundo o Método de Análise Conteúdo de Amado (2002):

Questão 1: Utilizaria este hospital caso necessitasse de cuidados?

Questão 2: Se pudesse voltar a trás, escolheria de novo este hospital para trabalhar?

Questão 3: Como melhoraria a qualidade dos cuidados prestados por este hospital?

Questão 4: Como melhoraria a qualidade deste hospital como local de trabalho?

Questão 5: Que acções de gestão levadas a cabo pelo seu hospital o surpreenderam mais no último ano?

Questão 6: O que faria para melhorar a organização deste hospital?

Segundo AMADO (2002) a Análise de Conteúdo, é considerada uma técnica que procura arrumar num conjunto de categorias de significação o «conteúdo manifesto» dos mais diversos tipos de comunicações (texto, imagem, filme). o primeiro objectivo é, pois, proceder à sua descrição objectiva, sistemática e, até, quantitativa. Mas a partir desta descrição procura-se ir mais além e atingir, por um processo inferencial (Inferência: «refere-se à operação pela qual se aceita uma proposição em virtude da sua relação com outras proposições já aceites como verdadeiras» - Richardson, 1989), as condições de produção das comunicações em análise; entendemos por estas condições as intenções, representações, pressupostos e «quadros de referência» da fonte de comunicação (HOGENRAAD, 1984), bem como certas variáveis: sexo, idade, classe social, momento histórico, etc., (HOLSTI, 1969; BARDIN, 1977).

Sabemos quanto é crítico o processo interpretativo (tornar os conteúdos subjectivos em constructos objectivos).

Podemos, pois, dizer que o aspecto mais importante da Análise Conteúdo é o facto de ela permitir, além duma rigorosa e objectiva representação dos conteúdos das mensagens, o avanço fecundo, à custa de inferências interpretativas derivadas dos quadros de referência teóricos do investigador, por zonas menos evidentes que constituem o referido «contexto de produção» (Blumer, 1982, cit. por AMADO, 2002).

Em qualquer modalidade dos estudos referidos, os passos da categorização e codificação são relativamente idênticos; vamos designá-los e ordená-los do seguinte modo, admitindo alguma

flexibilidade: 1) Após termos definido os objectivos de investigação, segundo AMADO (2002), são estes que orientam as decisões a tomar posteriormente. Surgiu a necessidade de desenvolver um espólio teórico (referencial teórico) que permitiu criar um enquadramento explicativo e interpretativo para a própria equipa de investigação. 2) Após a constituição do referencial teórico, determinou-se o tamanho do «Corpus» Documental. Isto é, segundo Amado (2002), que existe uma certa razoabilidade quanto à quantidade de textos a analisar, sejam eles documentos escritos quer sejam eles relatos de entrevistas.

Tivemos que ter em conta os seguintes pressupostos: a) *Exaustividade*: Levantamento completo do material susceptível de ser utilizado; b) *Representatividade*: os documentos devem ser um reflexo fiel de um universo maior; c) *Homogeneidade*: os documentos devem referir-se a um tema e possuir outras características semelhantes, tais como, terem sido produzidos com a mesma técnica (por ex. entrevista estruturada); d) *Adequação*: devem ser adequados aos objectivos da pesquisa.

Seguindo, esta linha de orientação, procurou-se analisar todas as questões abertas apresentadas no inquérito IASP, de forma minuciosa e exaustiva, onde se possibilitou a troca de análises entre o investigador principal e o seu orientador. Só assim é que se conseguiu propor um conjunto de temas relevantes (sub-categorias temáticas, pequenas ideologias teóricas, conceitos mais utilizados, etc.)

As categorizações (Hipóteses interpretativas), surgiram com base na leitura do conjunto das respostas escritas (argumentos apresentados pelos inquiridos) e tendo em conta as teorias identificadas no nosso enquadramento teórico.

O processo de codificação orientou-se pela transformação do material em bruto em unidades descritivas dos conteúdos relevantes. A orientação do tratamento do material recolhido teve em conta uma natureza descritiva orientada pelas interpretações metodológicas de Amado (2002):

FASES DE CODIFICAÇÃO

A) DETERMINAR UNIDADE DE REGISTO OU SIGNIFICAÇÃO

Há que tomar uma decisão (tendo em conta os objectivos do trabalho e, por consequência, também a natureza do material a analisar) sobre o que se vai procurar:

- a) Palavras,
- b) Proposições (leitura literal),
- c) Temas (leitura interpretativa)
- d) Acontecimentos (incidentes críticos).

Palavras: (...) podem ser todas as palavras de um texto, certas palavras-chave, ou certas categorias como verbos, substantivos, adjectivos, etc.

Proposições: ou ideia, entende-se como uma «afirmação, uma declaração, um juízo (ou uma interrogação ou negação), em suma, uma frase ou elemento da frase que, tal como a proposição lógica, estabelece uma relação entre dois ou mais termos».

Temas: (...) entendem-se unidades de dimensões imprecisas, uma vez que se trata de realidades de ordem psicológica e não linguística, o que cria algumas dificuldades no seu recorte e limitação (Erickson, 1989); com efeito, no recorte do tema podem caber várias proposições de natureza desigual e no sentido de descrever, em torno da mesma ideia, práticas, comportamentos, perspectivas, atitudes e valores.

Incidentes críticos: são os registos feitos a partir da observação (nas situações) ou de entrevista (registo retrospectivo) de actividades humanas observáveis, de tal forma completos que através deles «se possam fazer induções ou previsões sobre o indivíduo que realiza a acção» (Flanagan, 1954, apud Estrela e Estrela, 1978, p. 13).

B) DETERMINAR A UNIDADE DE CONTEXTO

(...) A possibilidade de regressar ao contexto de qualquer unidade de registo deve ser sempre assegurada, para esclarecer qualquer dúvida durante o processo de recorte e reagrupamento das unidades de registo. Numa entrevista, a unidade de contexto pode ser a questão posta; numa pequena composição-ensaio, pode ser a própria composição; Num diário, o contexto pode ser o dia de registo; Para uma palavra a unidade de contexto pode ser a frase; Para o tema pode ser o parágrafo.

C) DETERMINAR A UNIDADE DE ENUMERAÇÃO OU CONTAGEM

Trata-se definir os critérios que determinam o como contar (todas as vezes que a mesma unidade aparece no contexto? Ou uma só vez?) e o que contar (por exemplo, a presença ou a ausência de certas unidades de registo).

D) CATEGORIZAÇÃO

Esta como diz Bardin (1977, p. 117), «uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia) com os critérios previamente definidos». Destes critérios fazem parte as fases A, B e C anteriormente referidas e a definição de cada categoria, se elas já existirem previamente («categorias apriori»); se o objectivo é que as categorias resultem, indutivamente, a partir da análise do corpo documental – categorias aposteriori – então têm de ser construídas e definidas por um esforço pessoal de trabalho interpretativo mas, também, com a influência mais ou menos evidente do quadro teórico de referência mais ou menos evidente do quadro teórico de referência que preside aos objectivos e planos de investigação.

4.3 DESCRIÇÃO DAS FACETAS, SUB-ESCALAS E ESCALAS QUE SE ENCONTRAM NO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NO QUE DIZ RESPEITO À SUA CONSISTÊNCIA INTERNA

Apresentamos uma breve descrição da constituição do Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional com os coeficientes do teste Alfa de Cronbach para cada escala, sub-escala e faceta. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 5: DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DAS ESCALAS, SUB-ESCALAS E FACETAS QUE COMPÕEM O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL FACE AO ALFA DE CRONBACH

ESCALAS	SUB-ESCALAS	FACETAS
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO ($\alpha=0,942$)	POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS ($\alpha=0,843$)	ÓRGÃOS DE GESTÃO ($\alpha=0,856$)
		RECURSOS HUMANOS ($\alpha=0,803$)
	MORAL ($\alpha=0,774$)	ESTADO DE ESPÍRITO ($\alpha=0,706$)
		SUPERIOR HIERÁRQUICO ($\alpha=0,967$)
	RECURSOS TECNOLÓGICOS E FINANCEIROS ($\alpha=0,951$)	VENCIMENTO ($\alpha=0,910$)
		LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO ($\alpha=0,766$)
QUALIDADE DOS SERVIÇOS NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS ($\alpha=0,926$)	SERVIÇOS DE INTERNAMENTO ($\alpha=0,904$)	
	SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO ($\alpha=0,882$)	
MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE ($\alpha=0,877$)		
QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS ($\alpha=0,821$)		

Como podemos constatar, todas as escalas apresentaram um bom Alfa de Cronbach ($>0,80$), tal como nas sub-escalas que também evidenciaram uma boa consistência interna ($>0,77$) e, por fim, também as facetas apresentaram um bom Alfa com valores $>0,70$.

5. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

Este é o espaço privilegiado onde procuramos fazer uma breve caracterização da nossa amostra em estudo. Vejamos o quadro seguinte no que diz respeito ao género por tipo de situação familiar e habilitações literárias:

QUADRO 6: DESCRIÇÃO DO TIPO DE SITUAÇÃO FAMILIAR E HABILITAÇÕES LITERÁRIAS POR GÉNERO

		GÉNERO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
SITUAÇÃO FAMILIAR	CASADO COM REGISTO	82	33	115
	UNIÃO DE FACTO	3	3	6
	SOLTEIRO	19	9	28
	VIÚVO	3	0	3
	DIVORCIADO	6	3	9
	TOTAL	113	48	161
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	ENSINO BÁSICO	27	7	34
	ENSINO SECUNDÁRIO E MÉDIO	20	3	23
	ENSINO SUPERIOR	66	38	104
	TOTAL	113	48	161

Como podemos constatar, a maioria dos sujeitos em estudo são do género feminino $n = 113$ (70%). A maioria, no que diz respeito à situação familiar dos sujeitos, encontra-se na condição de “casado com registo” $n = 115$ (71%).

Sendo as mulheres “casadas com registo” que apresentam maior percentagem face aos homens (71%) podemos ainda destacar que não existe nenhum homem na condição de “viúvo”.

No que diz respeito à condição de “solteiro”, a maioria são mulheres (68%) face aos homens (32%).

No que diz respeito às habilitações literárias dos nossos inquiridos em estudo, a maioria possui “ensino superior” $n = 104$ (65%).

Procuramos descrever os sujeitos da nossa amostra por género face à sua área de residência. Vejamos o quadro seguinte:

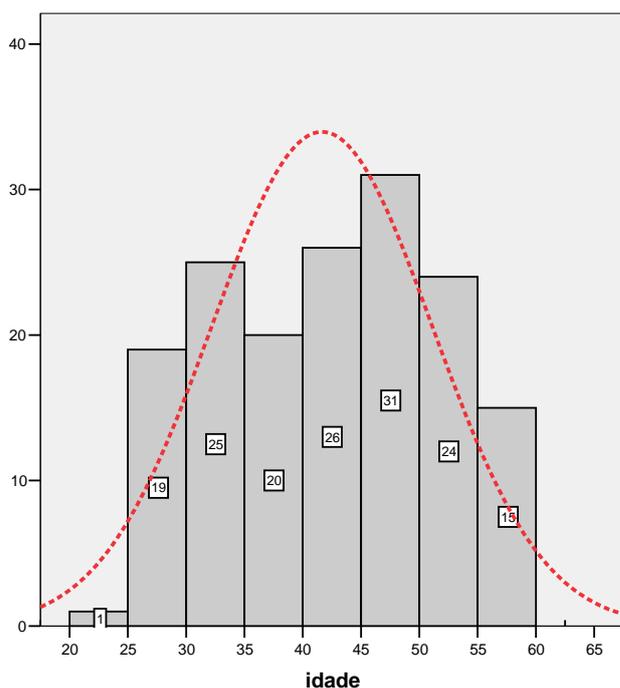
QUADRO 7: DESCRIÇÃO DA AMOSTRA POR LOCAL DE RESIDÊNCIA FACE AO GÉNERO

LOCAL DE RESIDÊNCIA - LOCALIDADE	GÉNERO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
• PENACOVA	0	1	1
• CONDEIXA-A-NOVA	10	1	11
• COIMBRA	86	40	126
• CANTANHEDE	4	0	4
• ANADIA	0	1	1
• MEALHADA	4	0	4
• LOUSÃ	3	2	5
• FIGUEIRA DA FOZ	0	1	1
• SOURE	2	0	2
• MIRANDA DO CORVO	1	0	1
• MONTEMOR-O-VELHO	2	0	2
• ÍLHAVO	0	2	2
• ANSIÃO	1	0	1
TOTAL	113	48	161

Como podemos observar, a maioria dos inquiridos que trabalha no hospital em estudo, apresentou como área de residência a cidade de Coimbra $n = 126$ (78%) sendo a maior parte mulheres (68%).

O local que apresentou, sensivelmente, algum destaque ao nível de residentes a seguir à cidade de Coimbra, foi a vila de Condeixa-a-Nova $n = 11$ (7%), indicando que neste local a maioria dos inquiridos são do género feminino (91%).

Procurámos descrever a nossa amostra em estudo por idade, vejamos o gráfico seguinte:



Como podemos constatar, a maior concentração dos nossos inquiridos encontra-se entre as idades de 45 até aos 49 anos ($n=31$), não deixando de referir que as idades entre os 30 e 34 anos, bem como, dos 50 até aos 54 anos apresentaram, de forma semelhante, a mesma distribuição. Podemos ainda referir que só se observou 1 caso com idade até aos 24 anos.

GRÁFICO 2: HISTOGRAMA DA IDADE DA AMOSTRA EM ESTUDO

$\bar{X}=41,6$; $s=9,5$; $N=161$

No que diz respeito à caracterização do género por idade, vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 8: DESCRIÇÃO DA IDADE DOS PROFISSIONAIS POR GÉNERO

GÉNERO	N	\bar{X}	s	% TOTAL
FEMININO	113	41,9	9,3	70,2%
MASCULINO	48	41,0	9,9	29,8%
TOTAL	161	41,7	9,5	100,0%

Como podemos constatar, os inquiridos encontram-se numa média de idades de 42 anos ($\pm 9,5$), não deixando de referir que as idades médias por género são muito semelhantes entre si.

Procurámos também descrever a idade média dos nossos inquiridos por classe profissional. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 9: DESCRIÇÃO DA IDADE DOS PROFISSIONAIS POR CLASSE PROFISSIONAL

PROFISSÃO	IDADE		
	\bar{X}	s	Total
MÉDICO/A	41,9	9,3	29
ENFERMEIRO/A	39,3	11,3	8
TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	38,5	10,1	61
SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	40,2	8,9	6
ADMINISTRATIVO/A	42,8	6,7	12
AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	46,0	7,5	45
TOTAL	41,7	9,5	161

Podemos afirmar que são os Auxiliares de Acção Médica quem apresenta uma média de idades mais elevada, 46 anos ($\pm 7,5$), face às restantes classes profissionais. A classe profissional que apresentou uma idade média mais baixa, face às restantes classes, foi “Técnicos de Radiologia”, com uma média de idades de 39 anos ($\pm 10,1$), valor semelhante aos enfermeiros.

Procurámos fazer uma breve descrição do tipo de vínculo assumido pelos inquiridos por género. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 10: DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR GÉNERO FACE AO TIPO DE VÍNCULO

		GÉNERO		
		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
TIPO DE VÍNCULO	TRABALHADOR DO QUADRO	101	38	139
	CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	9	6	15
	CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PROVIMENTO	3	4	7
	TOTAL	113	48	161

Como podemos constatar, a maioria dos sujeitos inquiridos apresenta como tipo de vínculo “trabalhador do quadro” na instituição em estudo $n = 139$ (86,3%), sendo estes na sua maioria mulheres (72,7%).

Não podemos deixar de referir que 9,3% ($n = 15$) encontram-se a “contrato de trabalho a termo”, sendo a sua maioria, mais uma vez, mulheres (60%) e só 4% dos nossos profissionais se encontrem com um “contrato administrativo de provimento”.

Procuramos, neste momento, descrever os nossos inquiridos relativamente à presença de responsabilidades de supervisão e de gestão no serviço, por tipo de vínculo contratual face à instituição em estudo. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 11: DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS AO NÍVEL DA SUPERVISÃO E GESTÃO DE SERVIÇO POR TIPO DE VÍNCULO

		SUPERVISÃO			GESTÃO DE SERVIÇO		
		SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL
TIPO DE VÍNCULO	TRABALHADOR DO QUADRO	44	95	139	18	121	139
	CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	5	10	15	0	15	15
	CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PROVIMENTO	2	5	7	0	7	7
	TOTAL	51	110	161	18	143	161

Como podemos constatar, da maioria dos sujeitos em estudo (86%) que se encontram no quadro da instituição, só 18 indivíduos (11,2%) é que exercem funções de gestão no serviço, bem como só 32% (n = 51) é que assumem responsabilidades de supervisão perante outros.

Não podemos deixar de referir que, os indivíduos que se encontram na condição de vínculo “contrato de trabalho a termo” e “contrato administrativo de provimento”, não assumem funções de gestão no seu serviço.

Procuramos fazer uma breve descrição dos inquiridos face ao tipo de horário adoptado pelos mesmos por tipo de vínculo. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 12: DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR TIPO DE HORÁRIO REALIZADO FACE AO TIPO DE VÍNCULO

			TIPO DE HORÁRIO		
			FIXO	POR TURNOS	TOTAL
TIPO DE VÍNCULO	TRABALHADOR DO QUADRO	N	84	55	139
	CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	N	10	5	15
	CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PROVIMENTO	N	4	3	7
	TOTAL	N	98	63	161

Como podemos observar, a maioria dos inquiridos apresenta um tipo de horário laboral “fixo” n= 98 (61%). Os inquiridos que se apresentam como “trabalhador do quadro” encontram-se na sua maioria em horário fixo (60%), mantendo-se sensivelmente esta realidade nas restantes condições contratuais.

Vejam no quadro seguinte a distribuição do número de inquiridos por tipo de vínculo face às idades médias dos mesmos:

QUADRO 13: DESCRIÇÃO DA IDADE MÉDIA DOS PROFISSIONAIS POR TIPO DE VINCULO

TIPO DE VINCULO	N	\bar{X}	s	% TOTAL
TRABALHADOR DO QUADRO	139	43,6	8,3	86,3%
CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	15	29,0	7,8	9,3%
CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PROVIMENTO	7	29,4	2,6	4,3%
TOTAL	161	41,7	9,5	100,0%

VARIÁVEL DEPENDENTE = IDADE

Como podemos observar, os “trabalhadores do quadro” apresentam uma média de idades de 44 anos ($\pm 8,3$) e sendo a mais elevada em relação às restantes condições dos sujeitos em estudo por tipo de vínculo.

Não podemos deixar de indicar que são os indivíduos que se encontram com um “contrato de trabalho a termo” aqueles que apresentam uma média de idade mais baixa (29 anos; $\pm 7,8$).

Passamos agora à descrição da nossa amostra, no que diz respeito ao tipo de profissão que os inquiridos exercem por tipo de vínculo face à instituição. Vejam o quadro seguinte:

QUADRO 14: DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS FACE À CLASSE PROFISSIONAL POR TIPO DE VINCULO

		TIPO DE VINCULO			
		TRABALHADOR DO QUADRO	CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PROVIMENTO	TOTAL
PROFISSÃO	MÉDICO/A	21	2	6	29
	ENFERMEIRO/A	6	1	1	8
	TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	52	9	0	61
	SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	5	1	0	6
	ADMINISTRATIVO/A	12	0	0	12
	AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	43	2	0	45
	TOTAL	139	15	7	161

Uma grande parte da nossa amostra em estudo são “Técnicos de Radiologia” 37,9% (n = 61) e “Auxiliares de Acção Médica” 28% (n = 45).

Em todas as classes profissionais, a sua maioria (mais de 70%) apresentam como vínculo contratual “trabalhador do quadro”. Não podemos deixar de referir que os profissionais “Administrativos” encontram-se na sua totalidade no quadro da instituição.

Procuramos descrever o tempo médio que cada profissional apresenta no seu exercício na instituição face à actual situação (tipo de vínculo laboral). Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 15: DESCRIÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE EXERCÍCIO POR TIPO DE VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS
TEMPO DE SERVIÇO ANO

TIPO DE VÍNCULO	N	\bar{X}	s	% TOTAL
TRABALHADOR DO QUADRO	139	18,4	8,5	86,3%
CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	15	4,6	5,1	9,3%
CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PROVIMENTO	7	3,7	1,6	4,3%
TOTAL	161	16,4	9,4	100,0%

VARIÁVEL DEPENDENTE= TEMPO DE SERVIÇO (ANO)

Como podemos observar a média do tempo de serviço neste hospital situa-se nos 16 anos ($\pm 9,4$), porém, dos profissionais em estudo, 86% que se encontram no quadro da instituição são os que apresentam uma média de tempo de exercício profissional mais elevada ($\bar{x}=18; \pm 8,5$) face aos restantes profissionais por tipo de vínculo na instituição em estudo.

Não deixando de referir que, os indivíduos com a condição de “contrato a termo” (9,3%) e “contrato administrativo de provimento” (4,3%), apresentam uma média de tempo de exercício entre os 4 e os 5 anos de actividade.

Procuramos conhecer qual a média de anos de serviço por profissão neste estudo. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 16: DESCRIÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO POR CLASSE PROFISSIONAL

		TEMPO DE SERVIÇO ANO		
		\bar{X}	s	Total
PROFISSÃO	MÉDICO/A	16,0	9,5	29
	ENFERMEIRO/A	14,6	11,4	8
	TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	13,5	9,5	61
	SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	14,0	7,5	6
	ADMINISTRATIVO/A	18,3	9,4	12
	AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	20,9	7,6	45
	TOTAL	16,4	9,4	161

Como podemos constatar, o tipo de profissionais com uma média de anos de serviço (exercício profissional) mais elevada foram os “Auxiliares de Acção Médica” ($\bar{x}=20,9; \pm 7,6$) seguidos dos “Administrativos” ($\bar{x}=18,3; \pm 9,4$). Os profissionais com menos tempo de serviço foram os “Técnicos de Radiologia” seguidos pelos “Secretários Clínicos”.

Procuramos descrever os nossos sujeitos em estudo, no que diz respeito ao tipo de vínculo por tempo de serviço face ao tipo de profissão que os mesmos exercem. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 17: DESCRIÇÃO DAS CLASSES PROFISSIONAIS FACE AO TIPO DE VÍNCULO POR TEMPO DE SERVIÇO

PROFISSÃO	TIPO DE VÍNCULO POR TEMPO DE SERVIÇO NO HOSPITAL (X DE ANOS)		
	TRABALHADOR DO QUADRO	CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PROVIMENTO
MÉDICO/A	20,7	4,5	3,5
ENFERMEIRO/A	18,3	2,0	5,0
TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	15,3	2,9	-
SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	16,4	2,0	-
ADMINISTRATIVO/A	18,3	0,0	-
AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	21,2	15,0	-
TOTAL	18,4	4,6	3,7

Como podemos observar, os “Médicos” e os “Auxiliares de Acção Médica” que se encontram no quadro da instituição apresentam uma média de tempo de serviço de ≥ 20 anos no Hospital, sendo os “Técnicos de Radiologia”, aqueles que apresentam um tempo médio de serviço mais baixo em relação às restantes profissões (15 anos) quando trabalhadores do quadro.

Observando-se ainda que “Médicos” e “Enfermeiros” são as únicas classes que apresentam profissionais com “contrato administrativo de provimento”.

Procuramos descrever a nossa amostra no que diz respeito ao tipo de horário que os inquiridos apresentam no seu exercício, seja ele por turnos ou fixo, bem como por horário de trabalho face ao tipo de profissão a que cada inquirido pertence. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 18: CARACTERIZAÇÃO DAS CLASSES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO TIPO DE HORÁRIO DE TRABALHO

PROFISSÃO	TIPO DE HORÁRIO					
	FIXO			POR TURNOS		
	HORÁRIO DE TRABALHO			HORÁRIO DE TRABALHO		
	35H SEMANAIS	42H SEMANAIS	TOTAL	35H SEMANAIS	42H SEMANAIS	TOTAL
MÉDICO/A	19	6	25	1	3	4
ENFERMEIRO/A	1	0	1	7	0	7
TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	30	0	30	31	0	31
SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	5	1	6	0	0	0
ADMINISTRATIVO/A	12	0	12	0	0	0
AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	24	0	24	21	0	21
TOTAL	91	7	98	60	3	63

Como podemos observar a maioria dos funcionários inquiridos possui um horário fixo, n=98 (60,8%).

Os profissionais que exercem a sua actividade laboral em horário fixo apresentam, na sua maioria, como tempo de actividade as 35 horas semanais (93%). Os “Enfermeiros”, os “Técnicos de Radiologia”, os “Administrativos” e os “Auxiliares de Acção Médica” encontram-se todos num regime de 35 horas por semana, seja o mesmo desenvolvido em horário fixo ou por turnos.

Procuramos descrever os nossos profissionais no que diz respeito à “Responsabilidade de Supervisão” perante outros e de “Gestão” no Serviço. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 19: DESCRIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SUPERVISÃO E GESTÃO DE SERVIÇO POR CLASSE PROFISSIONAL

		SUPERVISÃO			GESTÃO DE SERVIÇO		
		SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL
PROFISSÃO	MÉDICO/A	21	8	29	8	21	29
	ENFERMEIRO/A	3	5	8	1	7	8
	TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	21	40	61	6	55	61
	SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	2	4	6	1	5	6
	ADMINISTRATIVO/A	1	11	12	1	11	12
	AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	3	42	45	1	44	45
	TOTAL	51	110	161	18	143	161

Como podemos observar, a maioria dos médicos (72%) indicaram ter responsabilidades de supervisão perante outros elementos da equipa. No entanto, nas restantes classes profissionais observa-se o inverso, isto é, a maioria dos elementos não assume responsabilidades de supervisão.

No que diz respeito à gestão do serviço, a maioria dos inquiridos não tem, obviamente, participação na mesma (88%) e apenas “Médicos” e “Técnicos de Radiologia” apresentam mais de um profissional com essa função.

II - ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. DESCRIÇÃO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Este é o espaço onde privilegiamos a descrição das diversas dimensões, que o instrumento sobre a Avaliação da Satisfação Profissional nos proporcionou, após a recolha dos dados.

1.1 ESCALAS

Observemos então a pontuação dos vários itens que os nossos profissionais em estudo indicaram ao nível da “*Qualidade do Local de Trabalho*”. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 20: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA “QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO”

ESCALA - QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE GESTÃO	42	27,3	96	62,3	14	9,1	1	0,6	1	0,6	154
COMUNICAÇÃO	44	29,9	89	60,5	12	8,2	1	0,7	1	0,7	147
QUEIXAS E OBJECÇÕES	44	29,7	88	59,5	13	8,8	3	2,0	0	0,0	148
PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES	53	36,6	71	49,0	17	11,7	4	2,8	0	0,0	145
CONTINUIDADE DO PESSOAL	16	9,9	58	36,0	57	35,4	23	14,3	7	4,3	161
PROPORÇÃO HIERÁRQUICA	16	10,0	80	50,0	42	26,3	18	11,3	4	2,5	160
NÚMERO DE PROFISSIONAIS	34	21,1	72	44,7	36	22,4	15	9,3	4	2,5	161
TRABALHO DE EQUIPA	12	7,5	60	37,5	72	45,0	16	10,0	0	0,0	160
DOS OUTROS	5	3,1	54	33,8	79	49,4	19	11,9	3	1,9	160
ABERTURA	3	1,9	54	34,0	48	30,2	39	24,5	15	9,4	159
RAZOABILIDADE	8	5,1	67	42,4	45	28,5	28	17,7	10	6,3	158
INOVAÇÃO	9	5,8	55	35,3	48	30,8	31	19,9	13	8,3	156
LIBERDADE	8	5,1	50	32,1	55	35,3	31	19,9	12	7,7	156
ATITUDE POSITIVA	14	9,0	62	40,0	41	26,5	24	15,5	14	9,0	155
ATITUDE CONSTRUTIVA	7	4,5	64	41,0	45	28,8	28	17,9	12	7,7	156
INVESTIMENTO NA QUALIDADE	9	5,8	54	35,1	45	29,2	30	19,5	16	10,4	154
APOIO	16	10,1	63	39,6	40	25,2	22	13,8	18	11,3	159
EXPECTATIVAS	14	8,9	58	36,9	46	29,3	27	17,2	12	7,6	157
CONHECIMENTOS	8	5,0	64	40,3	48	30,2	20	12,6	19	11,9	159
À SUA RESPONSABILIDADE NO HOSPITAL	77	48,1	62	38,8	15	9,4	5	3,1	1	0,6	160
À SUA EXPERIÊNCIA COMO PROFISSIONAL	80	50,3	53	33,3	17	10,7	7	4,4	2	1,3	159
LIMPEZA	11	6,8	61	37,9	57	35,4	25	15,5	7	4,3	161
SEGURANÇA	17	10,6	66	41,3	51	31,9	23	14,4	3	1,9	160
ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO	16	10,1	88	55,3	40	25,2	11	6,9	4	2,5	159
EQUIPAMENTO	17	10,6	40	24,8	56	34,8	42	26,1	6	3,7	161

Como podemos constatar, na maioria dos itens que constituem a escala “*Qualidade do Local de Trabalho*”, os nossos inquiridos consideraram de “regular a bom”. Porém, ao nível dos itens “planificação das actividades” e no que diz respeito à caracterização do seu vencimento relativamente “à sua responsabilidade no hospital” e “à sua experiência como profissional”, os profissionais revelaram algum desagrado.

Ao nível da “*Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*” aos utentes, observemos o quadro seguinte:

QUADRO 21: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA “QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”

ESCALA: QUALIDADE HOSPITAL E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
		LINHA		LINHA		LINHA		LINHA		LINHA	
ATENDIMENTO	27	16,8	75	46,6	43	26,7	13	8,1	3	1,9	161
COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS	11	6,8	65	40,4	70	43,5	13	8,1	2	1,2	161
CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	1	0,6	46	28,6	81	50,3	30	18,6	3	1,9	161
SENSIBILIDADE	15	9,4	63	39,4	60	37,5	19	11,9	3	1,9	160
CONDIÇÕES DAS SALAS DE EXAME	11	6,8	58	36,0	65	40,4	25	15,5	2	1,2	161
INFORMAÇÕES	31	19,5	63	39,6	57	35,8	6	3,8	2	1,3	159
CUSTO DOS CUIDADOS	24	15,9	91	60,3	30	19,9	4	2,6	2	1,3	151

Como podemos constatar, no que diz respeito à qualidade do hospital ao nível da prestação de cuidados ao utente, a grande maioria dos nossos inquiridos posicionou-se entre as condições “regular e bom”.

No que diz respeito à percepção dos inquiridos face à “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 22: DESCRIÇÃO DOS ITENS DA ESCALA “QUALIDADE DOS SERVIÇOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”

ESCALA: QUALIDADE DOS SERVIÇOS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
MEDICINAS E ESPECIALIDADES MÉDICAS	3	1,9	50	31,1	72	44,7	32	19,9	4	2,5	161
CIRURGIAS E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	1	0,6	41	25,5	83	51,6	30	18,6	6	3,7	161
CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS	0	0,0	24	14,9	71	44,1	46	28,6	20	12,4	161
REANIMAÇÃO/UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES	0	0,0	19	11,8	54	33,5	63	39,1	25	15,5	161
MATERNIDADE/ OBSTETRÍCIA	0	0,0	54	33,5	65	40,4	35	21,7	7	4,3	161
URGÊNCIA	17	10,6	55	34,2	59	36,6	27	16,8	3	1,9	161
BLOCO OPERATÓRIO	1	0,6	59	36,6	72	44,7	24	14,9	5	3,1	161
FISIATRIA	3	1,9	69	42,9	70	43,5	16	9,9	3	1,9	161
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	1	0,6	68	42,2	72	44,7	17	10,6	3	1,9	161
RADIOLOGIA/IMAGIOLOGIA	1	0,6	18	11,2	56	34,8	60	37,3	26	16,1	161
LABORATÓRIO	0	0,0	45	28,1	81	50,6	26	16,3	8	5,0	160
SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E DIETÉTICA	10	6,2	83	51,6	52	32,3	13	8,1	3	1,9	161
SERVIÇO DE LIMPEZA	8	5,0	75	46,9	57	35,6	16	10,0	4	2,5	160
SERVIÇOS DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	4	2,5	76	47,2	66	41,0	13	8,1	2	1,2	161
SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	5	3,1	69	42,9	72	44,7	14	8,7	1	0,6	161
SERVIÇO SOCIAL	8	5,0	97	60,2	47	29,2	9	5,6	0	0,0	161

Como podemos observar, foram os serviços de: “Cirurgia”, “Cuidados Intensivos Cardíacos”, “Reanimação/ Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes”, “Maternidade/Obstetrícia”, “Radiologia/Imagiologia” e “Laboratório”, aqueles que foram considerados pelos nossos inquiridos, em geral como “bons” e “muito bons” ao nível da qualidade dos serviços na prestação de cuidados. Os restantes serviços pautaram-se entre a condição “regular” a “boa” segundo os nossos inquiridos.

Por último, a percepção que os profissionais apresentaram ao nível da “*Melhoria Contínua da Qualidade*”, observemos o quadro seguinte:

QUADRO 23: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA “MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE”

ESCALA: MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
MELHORIA DA QUALIDADE	4	2,5	33	20,5	82	50,9	33	20,5	9	5,6	161
BEM À PRIMEIRA VEZ	3	1,9	38	23,9	72	45,3	38	23,9	8	5,0	159
CONHECIMENTOS SOBRE QUALIDADE	13	8,1	52	32,5	64	40,0	27	16,9	4	2,5	160
AMBIENTE DE TRABALHO	14	8,9	63	39,9	61	38,6	18	11,4	2	1,3	158
DIMINUIR O DESPERDÍCIO	8	5,0	60	37,5	69	43,1	20	12,5	3	1,9	160
PARTILHA DE IDEIAS	11	7,0	64	40,8	60	38,2	21	13,4	1	0,6	157
ORGULHO DA PROFISSÃO	3	1,9	25	15,6	58	36,3	52	32,5	22	13,8	160
EXPECTATIVAS NA QUALIDADE	5	3,1	56	35,0	67	41,9	25	15,6	7	4,4	160

Segundo a percepção dos nossos profissionais de saúde, estes consideram como “bom” e “muito bom” o esforço do serviço na “Melhoria da Qualidade”. Consideram “regular” a “bom” os seus próprios “conhecimentos sobre qualidade”, “ambiente de trabalho”, esforço para “diminuir o desperdício”, “partilha de ideias” e as suas “expectativas na qualidade”. Não podemos deixar de destacar pela positiva a percepção que os nossos profissionais têm no “orgulho” sentido no desempenho da sua profissão.

Após a apresentação das diversas escalas anteriormente descritas, podemos passar a apresentar agora as sub-escalas que se encontravam organizadas segundo o instrumento em estudo.

1.2 SUB-ESCALAS

No que diz respeito à sub-escala “*Política de Recursos Humanos*”, integrada na Escala “*Qualidade do Local de Trabalho*”, vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 24: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS”

SUB-ESCALA: POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
	RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE GESTÃO	42	27,3	96	62,3	14	9,1	1	0,6	1		0,6	154
COMUNICAÇÃO	44	29,9	89	60,5	12	8,2	1	0,7	1	0,7	147
QUEIXAS E OBJECÇÕES	44	29,7	88	59,5	13	8,8	3	2,0	0	0,0	148
PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES	53	36,6	71	49,0	17	11,7	4	2,8	0	0,0	145
CONTINUIDADE DO PESSOAL	16	9,9	58	36,0	57	35,4	23	14,3	7	4,3	161
PROPORÇÃO HIERÁRQUICA	16	10,0	80	50,0	42	26,3	18	11,3	4	2,5	160
NÚMERO DE PROFISSIONAIS	34	21,1	72	44,7	36	22,4	15	9,3	4	2,5	161
TRABALHO DE EQUIPA	12	7,5	60	37,5	72	45,0	16	10,0	0	0,0	160
COMUNICAÇÃO ENTRE TURNOS	9	6,4	59	42,1	51	36,4	20	14,3	1	0,7	140

Como podemos observar, ao nível da “Política de Recursos Humanos” na instituição em estudo, os nossos inquiridos, no seu geral, indicaram em quase todos os itens uma percepção positiva (“regular” a “bom”), não podendo deixar de salientar, que ao nível de “planificação de actividades” os nossos profissionais consideram-nas menos positivas.

No que diz respeito à sub-escala “Moral”, também ela integrada na Escala “Qualidade do Local de Trabalho”, vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 25: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “MORAL”

SUB-ESCALA: MORAL	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
DOS OUTROS	5	3,1	54	33,8	79	49,4	19	11,9	3	1,9	160
DO SEU	5	3,1	39	24,2	79	49,1	33	20,5	5	3,1	161
ABERTURA	3	1,9	54	34,0	48	30,2	39	24,5	15	9,4	159
RAZOABILIDADE	8	5,1	67	42,4	45	28,5	28	17,7	10	6,3	158
INOVAÇÃO	9	5,8	55	35,3	48	30,8	31	19,9	13	8,3	156
LIBERDADE	8	5,1	50	32,1	55	35,3	31	19,9	12	7,7	156
ATITUDE POSITIVA	14	9,0	62	40,0	41	26,5	24	15,5	14	9,0	155
ATITUDE CONSTRUTIVA	7	4,5	64	41,0	45	28,8	28	17,9	12	7,7	156
INVESTIMENTO NA QUALIDADE	9	5,8	54	35,1	45	29,2	30	19,5	16	10,4	154
APOIO	16	10,1	63	39,6	40	25,2	22	13,8	18	11,3	159
EXPECTATIVAS	14	8,9	58	36,9	46	29,3	27	17,2	12	7,6	157
CONHECIMENTOS	8	5,0	64	40,3	48	30,2	20	12,6	19	11,9	159
CIRCULAÇÃO DE INFORMAÇÃO	12	7,6	70	44,6	43	27,4	22	14,0	10	6,4	157

No que diz respeito à percepção sobre a “Moral” em meio hospitalar, os nossos profissionais pontuaram em todos os itens de forma bastante positiva (“regular” e “bom”).

Quando procuramos conhecer a percepção, de uma forma geral, dos inquiridos no que diz respeito aos “Recursos Tecnológicos e Financeiros”, outra sub-escala integrada na escala “Qualidade do Local de Trabalho”, encontramos o quadro seguinte:

QUADRO 26: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “RECURSOS TECNOLÓGICOS E FINANCEIROS”

SUB-ESCALA: RECURSOS TECNOLÓGICOS E FINANCEIROS	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
À SUA RESPONSABILIDADE NO HOSPITAL	77	48,1	62	38,8	15	9,4	5	3,1	1	0,6	160
À SUA EXPERIÊNCIA COMO PROFISSIONAL	80	50,3	53	33,3	17	10,7	7	4,4	2	1,3	159
AO SEU DESEMPENHO NO HOSPITAL	90	56,3	47	29,4	14	8,8	6	3,8	3	1,9	160
LIMPEZA	11	6,8	61	37,9	57	35,4	25	15,5	7	4,3	161
SEGURANÇA	17	10,6	66	41,3	51	31,9	23	14,4	3	1,9	160
ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO	16	10,1	88	55,3	40	25,2	11	6,9	4	2,5	159
EQUIPAMENTO	17	10,6	40	24,8	56	34,8	42	26,1	6	3,7	161

Segundo a percepção dos profissionais de saúde ao nível dos “Recursos Tecnológicos e Financeiros”, estes revelaram uma condição mais negativa nos itens que relacionam o seu vencimento face: “à sua responsabilidade no hospital”, “à sua experiência como profissional” e “ao seu desempenho no hospital”. No entanto, no que diz respeito à “limpeza”, “segurança”,

“organização do espaço” e “equipamento”, os nossos inquiridos apresentaram uma percepção claramente melhor face aos itens anteriores.

Passando para a descrição das sub-escalas que compõem a escala “*Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*”, iniciamos com a sub-escala “*Serviços de Internamento*”, presente no quadro seguinte:

QUADRO 27: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “SERVIÇOS DE INTERNAMENTO”

SUB-ESCALA: SERVIÇOS INTERNAMENTO	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
MEDICINAS E ESPECIALIDADES MÉDICAS	3	1,9	50	31,1	72	44,7	32	19,9	4	2,5	161
CIRURGIAS E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	1	0,6	41	25,5	83	51,6	30	18,6	6	3,7	161
CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS	0	0,0	24	14,9	71	44,1	46	28,6	20	12,4	161
REANIMAÇÃO/UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES	0	0,0	19	11,8	54	33,5	63	39,1	25	15,5	161
MATERNIDADE/ OBSTETRÍCIA	0	0,0	54	33,5	65	40,4	35	21,7	7	4,3	161
BLOCO OPERATÓRIO	1	0,6	59	36,6	72	44,7	24	14,9	5	3,1	161

Segundo a percepção dos nossos inquiridos, estes consideraram os “Cuidados Intensivos Cardíacos” e a “Reanimação/Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes” como serviços bons e muito bons ao nível dos Serviços de Internamentos, não deixando de indicar que os restantes serviços médicos apresentaram também uma condição constante.

Por fim, no que diz respeito à sub-escala “*Serviços Complementares e de Apoio*”, também ela integrada na escala “*Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*”, observemos o quadro seguinte:

QUADRO 28: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A SUB-ESCALA “SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO”

SUB-ESCALA: SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
URGÊNCIA	17	10,6	55	34,2	59	36,6	27	16,8	3	1,9	161
FISIATRIA	3	1,9	69	42,9	70	43,5	16	9,9	3	1,9	161
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	1	0,6	68	42,2	72	44,7	17	10,6	3	1,9	161
RADIOLOGIA/IMAGIOLOGIA	1	0,6	18	11,2	56	34,8	60	37,3	26	16,1	161
LABORATÓRIO	0	0,0	45	28,1	81	50,6	26	16,3	8	5,0	160
SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E DIETÉTICA	10	6,2	83	51,6	52	32,3	13	8,1	3	1,9	161
SERVIÇO DE LIMPEZA	8	5,0	75	46,9	57	35,6	16	10,0	4	2,5	160
SERVIÇOS DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	4	2,5	76	47,2	66	41,0	13	8,1	2	1,2	161
SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	5	3,1	69	42,9	72	44,7	14	8,7	1	0,6	161
SERVIÇO SOCIAL	8	5,0	97	60,2	47	29,2	9	5,6	0	0,0	161

Como podemos constatar, os inquiridos pontuaram de forma positiva todos os “Serviços Complementares e de Apoio”, relativamente ao próprio (“Radiologia/Imagiologia”),

consideraram muito bom.

Como anteriormente fizemos, ao nível da apresentação e descrição das Escalas e Sub-escalas definidas no instrumento IASP aplicado à nossa amostra, procuramos agora também fazer uma breve descrição das Facetas, que se encontram definidas no instrumento anteriormente referido.

1.3 FACETAS

As facetas, segundo a definição apresentada pelo CEISUC, correspondem essencialmente à descrição da estrutura ou da percepção que os diversos profissionais do hospital apresentam face aos “Órgãos de Gestão”, aos “Recursos Humanos”, ao “Estado de Espírito”, ao nível do “Superior Hierárquico”, ao “Vencimento” e ao respectivo “Local de Trabalho” e “Equipamento”.

Vejamos no quadro seguinte e de uma forma descritiva, o que os inquiridos percebem acerca do funcionamento dos “Órgãos de Gestão”⁴. Observemos o quadro seguinte:

QUADRO 29: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “ÓRGÃO DE GESTÃO”

FACETA: ÓRGÃO DE GESTÃO	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
		LINHA		LINHA		LINHA		LINHA		LINHA	
RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE GESTÃO	42	27,3	96	62,3	14	9,1	1	0,6	1	0,6	154
COMUNICAÇÃO	44	29,9	89	60,5	12	8,2	1	0,7	1	0,7	147
QUEIXAS E OBJECÇÕES	44	29,7	88	59,5	13	8,8	3	2,0	0	0,0	148
PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES	53	36,6	71	49,0	17	11,7	4	2,8	0	0,0	145

A maioria dos inquiridos, ao nível do “reconhecimento dos órgãos de gestão”, ao nível da “comunicação” e da participação das “queixas e objecções” colocadas, indicam que os “Órgãos de Gestão” possuem um comportamento regular. No que diz respeito à “planificação das actividades”, apesar de uma grande parte dos inquiridos considerarem que os órgãos de gestão apresentam um comportamento regular, registou-se também uma parte da nossa amostra que considerou menos positiva (37%).

⁴ Integrada na sub-escala “Política de Recursos Humanos”

Vejamos no quadro seguinte a percepção dos nossos profissionais face aos “Recursos Humanos”⁵ que a instituição apresenta:

QUADRO 30: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “RECURSOS HUMANOS”

FACETA: RECURSOS HUMANOS	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
CONTINUIDADE DO PESSOAL	16	9,9	58	36,0	57	35,4	23	14,3	7	4,3	161
PROPORÇÃO HIERÁRQUICA	16	10,0	80	50,0	42	26,3	18	11,3	4	2,5	160
NÚMERO DE PROFISSIONAIS	34	21,1	72	44,7	36	22,4	15	9,3	4	2,5	161

Ao nível dos “Recursos Humanos”, a percepção dos inquiridos foi positiva face à manutenção e continuidade do pessoal na instituição e também à respectiva proporção hierárquica.

No entanto quando questionamos os inquiridos acerca do “número de profissionais” necessários relativamente à realização de trabalho na instituição, a opinião divide-se quer para uma posição mais positiva quer para uma indicação mais negativa.

No que diz respeito ao “Estado de Espírito”⁶ percebido pelos inquiridos, vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 31: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “ESTADO DE ESPÍRITO”

FACETA: ESTADO DE ESPÍRITO	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
DOS OUTROS	5	3,1	54	33,8	79	49,4	19	11,9	3	1,9	160
DO SEU	5	3,1	39	24,2	79	49,1	33	20,5	5	3,1	161

Como podemos observar, o estado de espírito foi percebido como bom tanto no que respeita aos outros, como no que diz respeito a si mesmo.

⁵ Integrada na sub-escala “Política de Recursos Humanos”

⁶ Integrada na sub-escala “Moral”

Quando solicitamos a percepção dos profissionais face ao seu “*Superior Hierárquico*”⁷, obtemos os seguintes resultados no quadro:

QUADRO 32: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “SUPERIOR HIERÁRQUICO”

FACETA: SUPERIOR HIERÁRQUICO	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
ABERTURA	3	1,9	54	34,0	48	30,2	39	24,5	15	9,4	159
RAZOABILIDADE	8	5,1	67	42,4	45	28,5	28	17,7	10	6,3	158
INOVAÇÃO	9	5,8	55	35,3	48	30,8	31	19,9	13	8,3	156
LIBERDADE	8	5,1	50	32,1	55	35,3	31	19,9	12	7,7	156
ATITUDE POSITIVA	14	9,0	62	40,0	41	26,5	24	15,5	14	9,0	155
ATITUDE CONSTRUTIVA	7	4,5	64	41,0	45	28,8	28	17,9	12	7,7	156
INVESTIMENTO NA QUALIDADE	9	5,8	54	35,1	45	29,2	30	19,5	16	10,4	154
APOIO	16	10,1	63	39,6	40	25,2	22	13,8	18	11,3	159
EXPECTATIVAS	14	8,9	58	36,9	46	29,3	27	17,2	12	7,6	157
CONHECIMENTOS	8	5,0	64	40,3	48	30,2	20	12,6	19	11,9	159
CIRCULAÇÃO DE INFORMAÇÃO	12	7,6	70	44,6	43	27,4	22	14,0	10	6,4	157

Como podemos constatar, os nossos inquiridos de um modo geral apresentaram uma boa percepção desde a “abertura” até ao diálogo e “circulação de informação” face ao seu superior hierárquico.

No que diz respeito ao “*Vencimento*”⁸ auferido face ao exercício profissional naquela instituição, vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 33: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “VENCIMENTO”

FACETA: VENCIMENTO	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
À SUA RESPONSABILIDADE NO HOSPITAL	77	48,1	62	38,8	15	9,4	5	3,1	1	,6	160
À SUA EXPERIÊNCIA COMO PROFISSIONAL	80	50,3	53	33,3	17	10,7	7	4,4	2	1,3	159
AO SEU DESEMPENHO NO HOSPITAL	90	56,3	47	29,4	14	8,8	6	3,8	3	1,9	160

O “Vencimento” auferido pelos profissionais em estudo, de uma forma geral, e segundo a opinião dos mesmos, não satisfaz no que diz respeito “às suas responsabilidades no hospital”, nem está de acordo com “a sua experiência” nem com “o seu desempenho”.

⁷ Integrada na sub-escala “Moral”

⁸ Integrada na sub-escala “Recursos Tecnológicos e Financeiros”

Por último, a percepção que os inquiridos apresentam face ao “*Local de Trabalho e Equipamento*”⁹ reflecte-se no quadro seguinte:

QUADRO 34: DESCRIÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM A FACETA “LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO”

FACETA: LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO	MAU		REGULAR		BOM		MUITO BOM		EXCELENTE		TOTAL
	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	N	% LINHA	
LIMPEZA	11	6,8	61	37,9	57	35,4	25	15,5	7	4,3	161
SEGURANÇA	17	10,6	66	41,3	51	31,9	23	14,4	3	1,9	160
ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO	16	10,1	88	55,3	40	25,2	11	6,9	4	2,5	159
EQUIPAMENTO	17	10,6	40	24,8	56	34,8	42	26,1	6	3,7	161

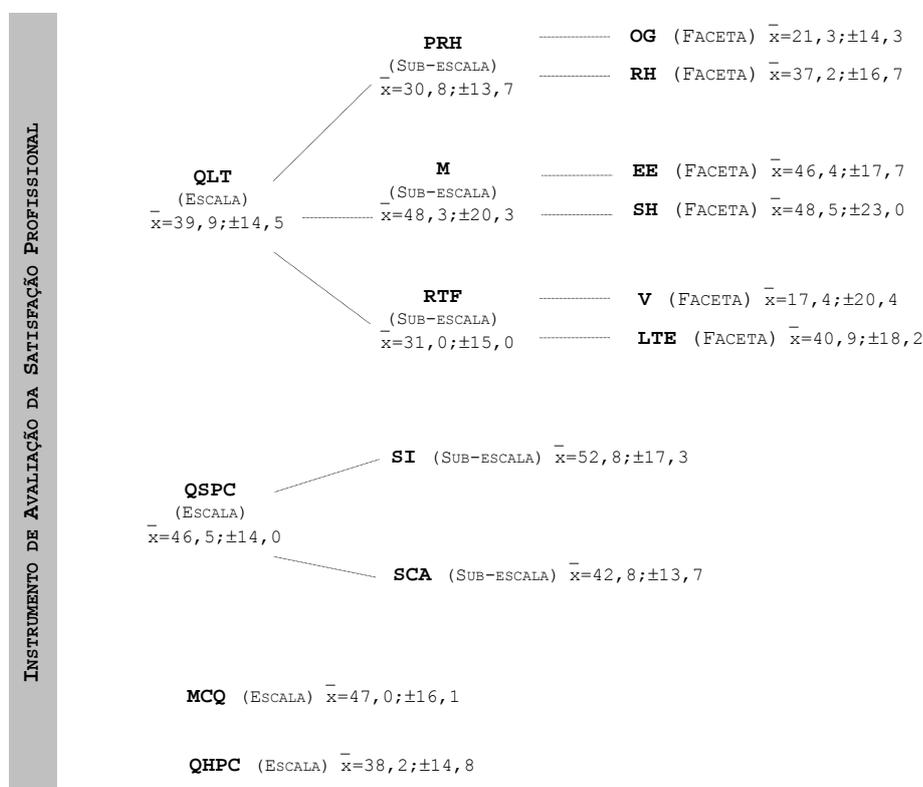
No que diz respeito à “limpeza”, “segurança” e “organização do espaço”, os nossos inquiridos consideram ter boas condições no local de trabalho ao nível hospitalar. No que respeita à qualidade do “equipamento” disponível, este foi percepcionado como bom a muito bom.

⁹ Integrada na sub-escala “*Recursos Tecnológicos e Financeiros*”

2. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

2.1 ANÁLISE INFERENCIAL

Procurámos verificar quais os valores médios gerais das pontuações atribuídas pelos profissionais de saúde em estudo, no que diz respeito às escalas: “*Qualidade do Local de Trabalho*”, “*Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*”, “*Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*” e a “*Melhoria Contínua da Qualidade*”, bem como às sub-escalas e facetas correspondentes. Vejamos o esquema seguinte:



Como podemos observar, foram as escalas “*Melhoria Contínua da Qualidade*” e a “*Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*” as que foram melhor pontuadas. A escala “*Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*” foi a que menor pontuação média apresentou (Anexo II).

Quanto às sub-escalas, “*Serviços de Internamento*” e “*Moral*” foram as que apresentaram maiores níveis de satisfação (pontuações) face às restantes. As que menos pontuaram foram “*Política de Recursos Humanos*” e “*Recursos Tecnológicos e Financeiros*” (Anexo III).

Por fim, foram as facetas “*Superior Hierárquico*” e “*Estado de Espírito*” as que apresentaram valores médios de satisfação global mais elevados face às restantes. As facetas que menos pontuações

apresentaram foram “*Vencimento*” e “*Órgãos de Gestão*” (Anexo IV).

Procurámos em seguida, verificar qual a condição de *Burnout* que os nossos profissionais em geral apresentaram. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 35: DESCRIÇÃO DOS VALORES DAS DIMENSÕES DA ESCALA DE BURNOUT

		n	%
• EXAUSTÃO EMOCIONAL	BAIXO	79	49,1
	MÉDIO	42	26,1
	ALTO	40	24,8
	TOTAL	161	100,0
• DESPERSONALIZAÇÃO	BAIXO	75	46,6
	MÉDIO	46	28,6
	ALTO	40	24,8
	TOTAL	161	100,0
• REALIZAÇÃO PESSOAL	BAIXO	57	35,4
	MÉDIO	41	25,5
	ALTO	63	39,1
	TOTAL	161	100,0

Como podemos verificar, os profissionais, na sua maioria, apresentam uma baixa “exaustão emocional”, bem como uma baixa “despersonalização”. Porém, quando verificamos a condição “realização pessoal”, os profissionais dividiram-se quanto à sua percepção de realização, observando valores similares entre a presença de profissionais que consideram ter uma alta realização pessoal (39,1%), bem como, um outro conjunto de profissionais com a percepção de baixa realização pessoal (35%).

No que diz respeito ao nível de “envolvimento”, vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 36: DESCRIÇÃO DOS VALORES MÉDIOS DE ENVOLVIMENTO DA ESCALA DE BURNOUT

	ENVOLVIMENTO
N	161
MÍNIMO	3,0
MÁXIMO	18,0
\bar{x}	7,1
s	3,7

Como podemos constatar, em média, os nossos inquiridos encontram-se sensivelmente pouco envolvidos face ao exercício profissional.

H₁ - Procuramos verificar se existem diferenças da Satisfação Profissional, Opinião Geral e Satisfação Global em meio hospitalar por classe profissional, tipo de vínculo, género, grupo etário, tempo de serviço, grau habilitacional, situação familiar, responsabilidades de supervisão e de gestão.

Procurámos testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por classe profissional. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 37: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR CLASSE PROFISSIONAL

ESCALAS	MÉDICO/A	ENFERMEIRO/A	TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	ADMINISTRATIVO/A	AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	TOTAL	F; (GL) ; P	Eta ²
QLT*	50,1 (±13,1)	42,1 (±12,2)	36,4 (±13,4)	41,4 (±19,1)	31,0 (±6,7)	37,3 (±14,4)	39,9 (±14,5)	3,813 (5,106) 0,003	15,244
QHPC*	40,7 (±14,6)	40,5 (±13,5)	38,8 (±12,9)	39,3 (±11,3)	26,3 (±14,7)	38,5 (±17,1)	38,2 (±14,8)	1,666 (5,144) 0,147	----
QSPC*	49,2 (±14,9)	43,0 (±14,0)	49,3 (±12,6)	45,3 (±8,1)	34,1 (±13,0)	45,2 (±14,4)	46,5 (±14,0)	2,935 (5,153) 0,015	8,752
MCQ*	52,3 (±18,8)	42,0 (±17,3)	48,0 (±16,3)	45,8 (±19,0)	43,5 (±13,2)	43,9 (±13,6)	47,0 (±16,1)	1,256 (5,149) 0,286	----

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como podemos observar, existem diferenças estatisticamente significativas de percepção da *Qualidade do Local de Trabalho* por classe profissional em que os inquiridos se encontram ($p < 0,01$). Podemos observar que foi a classe profissional “Médico” aquela que se apresentou mais satisfeita ($\bar{x} = 50,1$). No entanto, a classe profissional que menor satisfação demonstrou foram os “Administrativos” ($\bar{x} = 31,0$). Porém, podemos indicar que a variação da satisfação com a qualidade do local de trabalho, percebida pelas classes profissionais, só se observou de forma significativa em 15% dos inquiridos. Através do teste Tukey¹⁰ observou-se que as diferenças médias de percepção de Qualidade do Local de Trabalho entre as várias classes profissionais, se registaram entre os “Médicos” e os “Técnicos de Radiologia” ($p < 0,01$) e entre os “Médicos” e os “Auxiliares de Acção Médica” ($p < 0,01$). Estas diferenças médias mostraram o quanto os “Técnicos de Radiologia” e os “Auxiliares de Acção Médica” se afastam da percepção de satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho em relação aos “Médicos”. As restantes classes profissionais não apresentaram diferenças significativas entre elas de satisfação face à Qualidade

¹⁰ Teste de Comparações Múltiplas

do Local de Trabalho (Anexo V)

Podemos constatar que não se observaram diferenças médias significativas ($p > 0,05$) de satisfação face à *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados* por classe profissional.

No que diz respeito à escala *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* registaram-se diferenças médias estatisticamente significativas de satisfação por classe profissional ($p < 0,05$). Foram as classes profissionais “Médico” e “Técnico de Radiologia” aquelas que apresentaram níveis médios de satisfação mais elevados. Não podemos deixar de referir que esta variação da satisfação sobre a “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” só se observou em 9% da nossa amostra. Aplicou-se o teste de comparações múltiplas Tukey (HSD), onde se observaram dois grupos distintos de satisfação geral face à “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” (Anexo VI) e foram os “Médicos” ($p < 0,05$) e os “Técnicos de Radiologia” ($p < 0,01$) aqueles que apresentaram diferenças médias significativas face aos “Administrativos”, sendo estes os que menos pontuaram.

Por fim, não existiram diferenças médias de satisfação com a *Melhoria Contínua da Qualidade* por classe profissional ($p > 0,05$). No entanto, foram as classes profissionais “Médico” e “Técnico de Radiologia”, aqueles que apresentaram valores médios de satisfação mais elevados face às restantes classes profissionais.

Como observámos anteriormente, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a “Qualidade do Local de Trabalho” por profissão. Procurámos em seguida, verificar se existiam diferenças médias de satisfação nas sub-escalas que compõem a referida escala, isto é, as sub-escalas: *Política de Recurso Humanos, Moral, Recursos Tecnológicos e Financeiros*. Vejamos os quadros seguintes:

QUADRO 38: AVALIAÇÃO DAS SUB-ESCALAS (PRH, M, RTF) POR CLASSE PROFISSIONAL

Sub-Escalas	MÉDICO/A	ENFERMEIRO/A	TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	ADMINISTRATIVO/A	AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	TOTAL	F; (GL) ; P	Eta ²
PRH*	33,8 (±12,8)	30,1 (±11,0)	30,3 (±13,0)	38,0 (±14,0)	29,6 (±6,4)	29,1 (±16,2)	30,8 (±13,7)	0,510; (5,117) ;0,768	----
M*	66,2 (±20,5)	49,3 (±18,2)	41,2 (±17,0)	61,2 (±19,2)	38,8 (±6,5)	43,8 (±18,4)	48,3 (±20,3)	9,053; (5,133) ;0,000	25,39
RTF*	33,3 (±14,9)	34,7 (±12,0)	31,5 (±15,8)	26,2 (±14,0)	22,1 (±12,8)	31,0 (±15,0)	31,0 (±15,0)	1,133; (5,151) ;0,346	----

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Ao observarmos a sub-escala “Política de Recursos Humanos”, não constatamos diferenças médias de satisfação por classe profissional ($p > 0,05$). Pelo que podemos indicar que, independentemente da satisfação com a “Política de Recursos Humanos”, esta não se diferencia significativamente por classe profissional.

No que diz respeito à sub-escala “Moral” registaram-se diferenças médias estatisticamente significativas por classe profissional ($p < 0,001$). Foram os “Médicos” e os “Secretários Clínicos”, aqueles que se mostraram, em média, mais satisfeitos face às restantes classes profissionais, sendo esta variação da satisfação pelas várias classes explicada em 25% da nossa amostra.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas Tukey (Anexo VII) observou-se que as diferenças de percepção de satisfação com a sub-escala “Moral” entre as várias classes profissionais, ocorreram entre os “Médicos” e os “Técnicos de Radiologia” ($p < 0,001$), entre os “Médicos” e os “Auxiliares de Acção Médica” ($p < 0,001$), e entre os “Médicos” e os “Administrativos” ($p \leq 0,001$).

No que diz respeito à satisfação com os “Recursos Tecnológicos e Financeiros”, não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) por classe profissional. No entanto foram os “Administrativos” aqueles que menos satisfeitos se apresentaram ($\bar{x} = 22,1$) face aos referidos recursos.

Procurámos ainda conhecer se as diferenças de percepção face à sub-escala “Moral” dependeriam

do *Estado de Espírito* (faceta) dos vários profissionais ou se estariam mais relacionados com a satisfação com o *Superior Hierárquico* (faceta). Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 39: AVALIAÇÃO DAS FACETAS (EE E SH) POR CLASSE PROFISSIONAL

Facetas	MÉDICO/A	ENFERMEIRO/A	TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	ADMINISTRATIVO/A	AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	TOTAL	F; (GL) ; P	Eta ²
EE*	49,6 (±22,3)	34,4 (±25,7)	46,5 (±14,9)	50,0 (±7,9)	55,2 (±21,6)	43,6 (±15,0)	46,4 (±17,7)	1,538 ^(a) ; (5;41,418); 0,199	----
SH	69,3 (±22,5)	52,0 (±20,2)	40,3 (±18,7)	63,3 (±21,8)	34,8 (±6,9)	43,8 (±21,4)	48,5 (±23,0)	10,017; (5,134); 0,000	27,208

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

(a) BROWN-FORSYTHE

No que diz respeito ao “Estado de Espírito”, podemos constatar que não se registaram diferenças de percepção por classe profissional ($p > 0,05$). No entanto, podemos observar que foram os “Administrativos” e os “Secretário Clínicos” que perceberam um melhor “Estado de Espírito” no seu local de trabalho face às restantes classes profissionais.

Quanto à satisfação com o “Superior Hierárquico”, registaram-se diferenças médias estatisticamente significativas entre as várias classes profissionais ($p < 0,001$). Podemos afirmar que foram os “Médicos” ($\bar{x} = 69,3$) e os “Secretários Clínicos” ($\bar{x} = 63,3$) aqueles que mais pontuaram nesta faceta. Através do teste de Comparações Múltiplas Tukey (HSD) (Anexo VIII) foram os “Médicos” que demonstraram ter maiores níveis de satisfação face aos “Administrativos”, aos “Técnicos de Radiologia” e “Auxiliares de Acção Médica”. Os “Secretários Clínicos” também se diferenciaram positivamente face aos “Administrativos” e “Técnicos de Radiologia”. Podemos, por fim, afirmar que a classe profissional que menos pontuou relativamente ao “Superior Hierárquico” foram os “Administrativos”.

Como observámos diferenças estatisticamente significativas entre a “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” por profissão, procurámos verificar se existiam diferenças médias de satisfação nas sub-escalas que compõem a referida escala, isto é, as sub-escalas: *Serviços de Internamento e Serviços Complementares e de Apoio*. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 40: AVALIAÇÃO DAS SUB-ESCALAS (SI E SCA) POR CLASSE PROFISSIONAL

Sub-Escalas	MÉDICO/A	ENFERMEIRO/A	TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	ADMINISTRATIVO/A	AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	TOTAL	F; (GL) ; P	Eta ²
SI*	55,9 (±16,5)	46,9 (±15,4)	56,8 (±16,2)	55,6 (±15,3)	37,5 (±17,6)	50,1 (±17,6)	52,8 (±17,3)	3,380; (5,155) ;0,006	9,830
SCA*	45,3 (±15,1)	40,6 (±13,7)	44,9 (±13,1)	39,2 (±7,9)	32,1 (±10,7)	42,3 (±14,1)	42,8 (±13,7)	2,123; (5;153) ;0,066	----

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as várias classes de profissionais face à satisfação com os “Serviços de Internamento” ($p < 0,01$), isto é, foram os “Administrativos” que se apresentaram menos satisfeitos face às restantes classes profissionais. Através do teste de comparações múltiplas Tukey (HSD), foram os “Técnicos de Radiologia” aqueles que pontuaram significativamente mais que os “Administrativos” (Anexo IX).

Constatámos que não se observaram diferenças de percepção de satisfação com os referidos serviços por classe profissional ($p > 0,05$).

Procurámos testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por Tipo de Vínculo. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 41: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR TIPO DE VÍNCULO

ESCALAS	TRABALHADOR DO QUADRO	CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	CONTRATO ADMINISTRATIVO PROVIMENTO	TOTAL	F; (GL); P
QLT*	39,7 (±14,7)	37,4 (±11,1)	48,6 (±14,3)	39,9 (±14,5)	1,070 (2,109) 0,347
QHPC*	38,1 (±15,2)	38,7 (±10,7)	39,3 (±14,1)	38,2 (±14,8)	0,025 (2,147) 0,975
QSPC*	46,4 (±13,7)	47,7 (±14,4)	46,2 (±18,9)	46,5 (±14,0)	0,062 (2,156) 0,940
MCQ*	46,9 (±15,9)	47,3 (±10,2)	48,4 (±30,9)	47,0 (±16,1)	0,016 ^(a) (2;6,641) 0,948

*VARIÁVEIS DEPENDENTES
(a) BROWN-FORSYTHE

Como podemos verificar, não existiram diferenças significativas de satisfação com a “Qualidade do Local de Trabalho”, “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” e na “Melhoria Contínua da Qualidade” por tipo de vínculo que os profissionais possuíam ($p > 0,05$).

Procurámos testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por género. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 42: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR GÉNERO

Escalas	GÉNERO	N	\bar{x}	s	t; gl; p
QLT*	Feminino	76	38,2	13,6	-1,812 (110)
	Masculino	36	43,4	15,6	0,073
QHPC*	Feminino	107	35,7	15,0	-3,399 (148)
	Masculino	43	44,4	12,1	0,001
QSPC	Feminino	112	45,1	13,6	-1,928 (157)
	Masculino	47	49,8	14,3	0,056
MCQ*	Feminino	109	45,1	16,4	-2,279 (153)
	Masculino	46	51,4	14,6	0,024

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como podemos observar, existiram diferenças médias de percepção de satisfação significativas na “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados” ($p < 0,01$), na “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” ($p \leq 0,05$) e de “Melhoria Contínua da Qualidade” ($p < 0,05$) por género.

Nas escalas onde se observaram diferenças significativas de satisfação, foram os profissionais do

género “masculino”, aqueles que se consideraram mais satisfeitos. Na escala de “Qualidade do Local de Trabalho”, embora não existam diferenças significativas de satisfação ($p>0,05$), foram também os profissionais do género “masculino” que apresentaram estar mais satisfeitos.

Procurámos verificar se existiam diferenças de satisfação ao nível da *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*, relativamente à satisfação com os “Serviços de Internamento” e com os “Serviços Complementares e de Apoio” por género dos profissionais. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 43: AVALIAÇÃO DAS SUB-ESCALAS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO E SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO POR GÉNERO

Sub-Escalas	GÉNERO	N	\bar{x}	s	t;gl;p
SI*	Feminino	113	50,8	17,1	-2,276; 159;0,024
	Masculino	48	57,5	17,0	
SCA*	Feminino	112	41,8	12,9	-1,494; 157;0,137
	Masculino	47	45,3	15,5	

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como pudemos constatar, observaram-se diferenças médias estatisticamente significativas ($p<0,05$) de satisfação com os “Serviços de Internamento” por género. Foram os profissionais do género “masculino”, aqueles que se mostraram mais satisfeitos com estes serviços ($\bar{x}=57,5$). Porém não se observaram diferenças médias estatisticamente significativas de satisfação com os “Serviços Complementares e de Apoio” por género, no entanto, também aqui foram os profissionais do género “masculino” que se mostraram mais satisfeitos ($\bar{x}=45,3$).

Procurámos testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por grupo etário. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 44: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR GRUPO ETÁRIO

ESCALAS	≤ 35 ANOS	]35-45] ANOS	> 45 ANOS	TOTAL	F; (GL); P	Eta ²
QLT*	39,9 (±13,7)	35,6 (±14,4)	42,7 (±14,7)	39,9 (±14,5)	2,205 (2,109) 0,115	---
QHPC*	39,2 (±13,2)	33,1 (±15,3)	41,0 (±14,8)	38,2 (±14,8)	3,861 (2,147) 0,023	4,990
QSPC*	49,1 (±14,8)	43,2 (±13,4)	46,8 (±13,3)	46,5 (±14,0)	2,187; (2,156); 0,116	---
MCQ*	46,1 (±16,9)	45,6 (±17,8)	48,6 (±14,1)	47,0 (±16,1)	0,543; (2,152); 0,582	---

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como podemos observar, não existiram diferenças médias estatisticamente significativas de satisfação com a “Qualidade do Local de Trabalho”, “Qualidade do Serviço na Prestação de cuidados” e “Melhoria Contínua da Qualidade” ($p > 0,05$) por grupo etário. No entanto, observaram-se diferenças estatisticamente significativas dos valores médios de satisfação com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados” por grupo etário ($p < 0,05$). Porém, a variação da satisfação face aos vários grupos etários foi apenas de 5%, sendo os profissionais com “mais de 45 anos” os que se revelaram mais satisfeitos. Com recurso ao teste de comparações múltiplas Tukey (HSD), procurámos verificar onde estariam as diferenças significativas por grupo etário face à referida escala de satisfação (Anexo X). Foram, os profissionais com idades “superiores a 45 anos” ($p < 0,05$) aqueles que pontuaram mais significativamente face aos profissionais com idades entre os “35 e os 45”.

Procurámos testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por tempo de serviço dos nossos profissionais. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 45: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR TEMPO DE SERVIÇO

ESCALAS	≤ 5 ANOS	]5-10] ANOS	]10-15] ANOS	]15-20] ANOS	> 20 ANOS	TOTAL	F; (GL); P
QLT*	40,6 (±13,7)	39,0 (±13,5)	36,3 (±13,2)	38,8 (±14,5)	42,8 (±13,5)	39,9 (±14,5)	0,713; (4,107) ;0,585
QHPC*	36,3 (±10,4)	39,4 (±14,4)	35,6 (±16,1)	34,9 (±18,3)	41,5 (±13,1)	38,2 (±14,8)	1,326; (4,145) ;0,263
QSPC*	48,2 (±15,6)	44,6 (±15,0)	46,5 (±14,7)	44,2 (±10,3)	48,1 (±14,4)	46,5 (±14,0)	0,590; (4,154) ;0,671
MCQ*	45,5 (±17,7)	43,1 (±16,2)	43,2 (±16,6)	50,5 (±18,6)	49,2 (±13,0)	47,0 (±16,1)	1,392; (4,150) ;0,239

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como podemos observar, nenhum dos grupos (tempo de serviço) em que os profissionais se encontravam, apresentaram diferenças médias estatisticamente significativas entre eles, face à “Qualidade do Local de Trabalho”, com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, bem como da “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” e, por fim, na “Melhoria

Continua da Qualidade” ($p>0,05$).

Procurámos também testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por condição habilitacional dos profissionais. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 46: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

ESCALAS	ENSINO BÁSICO	ENSINO SECUNDÁRIO E MÉDIO	ENSINO SUPERIOR	TOTAL	F; (GL) ; P	Eta ²
QLT*	35,1 (±12,8)	30,9 (±13,5)	38,3 (±14,6)	36,6 (±14,3)	2,797; (2,158) ;0,064	---
QHPC*	38,0 (±16,6)	31,5 (±16,7)	38,0 (±14,1)	37,1 (±15,1)	1,827; (2,158) ;0,164	---
QSPC*	43,7 (±15,2)	41,4 (±14,4)	48,7 (±13,0)	46,6 (±13,9)	3,686; (2,158) ;0,027	4,45
MCQ*	42,8 (±14,1)	42,9 (±15,2)	48,1 (±17,2)	46,3 (±16,4)	1,897; (2,158) ;0,153	---

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como podemos observar, nenhum dos grupos (habilitações literárias) em que os profissionais se encontravam, chegaram a apresentar diferenças médias estatisticamente significativas entre eles face à “Qualidade do Local de Trabalho”, com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, bem como, na “Melhoria Continua da Qualidade” ($p>0,05$). No que diz respeito à “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” observaram-se diferenças médias estatisticamente significativas entre os grupos em estudo ($p<0,05$).

Com recurso ao teste de comparações múltiplas Tukey (HSD), constatámos que foram os profissionais com “ensino superior” que mais pontuaram ($p<0,05$) face aos profissionais com “ensino secundário e médio” (Anexo XI)

Procurámos também testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por situação familiar dos profissionais. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 47: AVALIAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS POR SITUAÇÃO FAMILIAR

ESCALAS	CASADO COM REGISTO	UNIÃO DE FACTO	SOLTEIRO	VIÚVO	DIVORCIADO	TOTAL	F; (GL) ; P
QLT*	36,3 (±14,9)	39,1 (±13,8)	37,3 (±11,9)	25,3 (±8,4)	40,3 (±15,2)	36,6 (±14,3)	0,698; (4,156) ;0,594
QHPC*	37,2 (±15,8)	32,1 (±10,1)	37,9 (±13,1)	23,8 (±21,5)	40,1 (±12,9)	37,1 (±15,1)	0,847; (4,156) ;0,497
QSPC*	46,2 (±13,3)	47,7 (±7,4)	49,7 (±15,8)	36,9 (±17,6)	44,8 (±17,6)	46,6 (±13,9)	0,776; (4,156) ;0,542
MCQ*	46,9 (±15,8)	38,5 (±14,3)	47,9 (±19,6)	34,4 (±23,6)	42,0 (±9,9)	46,3 (±16,4)	0,995; (4,156) ;0,412

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como podemos observar, nenhum dos grupos (situação familiar) em que os profissionais se encontravam, chegaram a apresentar diferenças médias estatisticamente significativas entre eles face à “Qualidade do Local de Trabalho”, com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, bem como, da “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” e, por fim, na “Melhoria Contínua da Qualidade” ($p>0,05$).

Procurámos também testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por responsabilidade de supervisão dos profissionais. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 48: AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL POR RESPONSABILIDADE DE SUPERVISÃO

Escala	RESPONSABILIDADE DE SUPERVISÃO	\bar{x}	s	t; gl; p
QLT*	Sim	42,1	14,0	1,169;110;0,245
	Não	38,8	14,6	
QHPC*	Sim	39,2	13,0	0,599;148;0,550
	Não	37,7	15,6	
QSPC*	Sim	49,5	13,1	1,849;157;0,066
	Não	45,1	14,2	
MCQ*	Sim	47,3	15,5	0,188;153;0,851
	Não	46,8	16,4	

* VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como podemos constatar, não se observaram diferenças médias estatisticamente significativas entre os profissionais com responsabilidade de supervisão, ou não, face à satisfação com a “Qualidade do Local de Trabalho”, com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, da “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” e na “Melhoria Contínua da Qualidade” ($p>0,05$).

Procurámos também testar a nossa hipótese quanto às diversas escalas em estudo por responsabilidade de gestão dos profissionais. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 49: AVALIAÇÃO DAS ESCALAS DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL POR RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

Escalas	RESPONSABILIDADE DE GESTÃO	\bar{x}	s	t;gl;p
QLT*	Sim	48,7	13,3	2,401;110;0,018
	Não	38,7	14,3	
QHPC*	Sim	40,9	11,8	0,821;148;0,413
	Não	37,8	15,1	
QSPC*	Sim	51,1	11,6	1,444;157;0,151
	Não	46,0	14,1	
MCQ*	Sim	50,5	13,8	1,000;153;0,319
	Não	46,5	16,4	

* VARIÁVEIS DEPENDENTES

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre quem possui e, quem não possui, responsabilidades de gestão face à “Qualidade do Local de Trabalho” ($p < 0,05$). Isto é, os profissionais que possuem responsabilidade, de gestão do serviço, foram aqueles que se apresentaram mais satisfeitos com a Qualidade do Local de Trabalho ($\bar{x} = 48,7$).

Não se observaram diferenças médias significativas entre os profissionais que possuem, ou não, funções de gestão face às restantes escalas.

Como observámos anteriormente, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a “Qualidade do Local de Trabalho” por responsabilidade de gestão. Procurámos em seguida, verificar se existiam diferenças médias de satisfação nas sub-escalas que compõem a referida escala, isto é, as sub-escalas: *Política de Recurso Humanos, Moral, Recursos Tecnológicos e Financeiros*. Vejamos os quadros seguintes:

QUADRO 50: AVALIAÇÃO DAS SUB-ESCALAS DA QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO POR RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

Sub-Escalas	RESPONSABILIDADE DE GESTÃO	\bar{x}	s	t;gl;p
PRH*	Sim	31,4	10,2	0,193;121;0,847
	Não	30,7	14,2	
M*	Sim	62,9	24,3	3,048;137;0,003
	Não	46,5	19,1	
RTF*	Sim	35,5	14,6	1,371;155;0,172
	Não	30,4	15,0	

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Como podemos observar, existiram diferenças médias estatisticamente significativas entre quem desempenha, e quem não desempenha, tarefas de gestão de serviço face à percepção de “Moral”

na instituição ($p < 0,01$), isto é, quem tem funções de gestão, apresentou uma percepção de “Moral” mais positiva ($\bar{x} = 62,9$) relativamente a quem não tem essas funções.

Procurámos ainda determinar se as diferenças percebidas entre quem tem responsabilidade de gestão no serviço face à percepção com a “Moral”, se se diferencia face ao “Estado de Espírito” e “Superior Hierárquico” (facetas). Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 51: AVALIAÇÃO DAS FACETAS DA SUB-ESCALA MORAL POR RESPONSABILIDADE DE GESTÃO

Facetas	RESPONSABILIDADE DE GESTÃO	\bar{x}	s	t; gl; p
EE*	Sim	52,1	18,8	1,4250; 158; 0,149
	Não	45,7	17,5	
SH*	Sim	65,2	27,1	3,059; 138; 0,003
	Não	46,5	21,7	

*VARIÁVEIS DEPENDENTES

Pudemos constatar que foram os indivíduos com responsabilidade de gestão, que apresentaram valores de satisfação mais elevados ($p < 0,01$) no que diz respeito à faceta “Superior Hierárquico” ($\bar{x} = 65,2$), relativamente aos profissionais que não tinham responsabilidades de gestão.

Na faceta “Estado de Espírito” não se observaram diferenças significativas entre quem possui, ou não, responsabilidade de gestão

Procurámos analisar se existiam diferenças de “Opinião Geral” por parte das várias classes profissionais perante o hospital onde exercem funções. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 52: AVALIAÇÃO DA OPINIÃO GERAL POR CLASSE PROFISSIONAL

		MÉDICO/A	ENFERMEIRO/A	TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	ADMINISTRATIVO /A	AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	Total
A MAIORIA DOS UTENTES ESTÁ SATISFEITA COM OS CUIDADOS QUE RECEBE NESTE HOSPITAL	\bar{x}	3,7	3,6	3,6	3,0	3,2	3,4	3,5
	s	0,9	0,5	1,0	0,9	1,1	1,1	1,0
POSSO FALAR COM O MEU DIRECTOR SEMPRE QUE CONSIDERO NECESSÁRIO (*)	\bar{x}	4,5	3,0	3,4	4,0	3,2	3,2	3,6
	s	0,6	0,8	1,1	1,6	0,9	0,9	1,0
O MEU DIRECTOR TRATA OS PROFISSIONAIS CORRECTAMENTE (*)	\bar{x}	4,3	3,6	3,3	3,7	3,8	3,6	3,6
	s	0,8	0,7	1,0	1,0	0,9	0,8	0,9
O MEU DIRECTOR DIZ AOS PROFISSIONAIS O QUE ESPERA DELES (*)	\bar{x}	4,1	4,0	3,2	3,5	3,5	3,1	3,4
	s	0,8	0,5	0,8	1,0	0,9	0,9	0,9
SOU ENCORAJADO A DESENVOLVER FORMAS DE REALIZAR MELHOR AS MINHAS FUNÇÕES (**)	\bar{x}	3,9	3,5	3,1	3,7	3,5	3,1	3,3
	s	0,8	0,8	0,9	1,0	0,8	1,1	1,0
OS PROFISSIONAIS DESTA HOSPITAL RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	\bar{x}	2,9	2,5	2,9	2,2	2,4	2,8	2,8
	s	1,1	1,3	1,0	0,8	0,9	1,2	1,1
OS PROFISSIONAIS SÃO TRATADOS COM RESPEITO PELA ADMINISTRAÇÃO	\bar{x}	3,0	2,7	3,0	2,5	2,5	3,3	3,0
	s	1,1	1,0	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0
SE NECESSITAR POSSO FALAR COM O ADMINISTRADOR	\bar{x}	3,4	3,0	3,0	4,2	2,9	3,1	3,2
	s	0,9	0,9	1,1	0,4	0,8	1,0	1,0
A ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PREOCUPA-SE COM OS PROFISSIONAIS	\bar{x}	3,1	3,0	2,9	2,7	2,6	3,1	3,0
	s	0,9	0,89	0,8	1,0	0,8	0,9	0,9
AS QUEIXAS DOS PROFISSIONAIS SÃO TRATADAS CORRECTAMENTE	\bar{x}	3,0	2,4	2,5	2,6	2,4	2,7	2,6
	s	1,0	1,1	0,8	0,9	0,5	0,9	0,9
OS PROFISSIONAIS PARTICIPAM NA ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE ACTIVIDADE DO HOSPITAL	\bar{x}	2,5	2,8	2,4	2,2	2,1	2,8	2,6
	s	1,0	1,2	1,0	0,8	0,6	1,1	1,0
O MORAL E O CLIMA ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL SÃO BONS	\bar{x}	2,9	2,4	3,1	2,3	3,1	3,1	3,0
	s	1,1	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9
O MEU TRABALHO É NORMALMENTE BEM REALIZADO	\bar{x}	4,1	4,0	4,2	4,2	4,0	4,2	4,2
	s	0,7	0,5	0,5	0,4	0,9	0,8	0,7
HÁ PROFISSIONAIS EM NÚMERO SUFICIENTE PARA REALIZAR O TRABALHO DE FORMA CORRECTA (*)	\bar{x}	3,5	2,3	3,3	4,2	3,5	2,4	3,1
	s	1,2	1,0	1,0	1,2	1,0	1,1	1,2
CONHEÇO SUFICIENTEMENTE BEM OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS	\bar{x}	3,0	2,3	2,8	2,3	2,5	2,9	2,8
	s	0,7	1,0	0,9	0,8	0,9	1,1	1,0
NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	\bar{x}	3,2	3,0	3,4	2,8	2,8	3,2	3,3
	s	1,0	1,2	0,7	0,4	0,8	1,0	0,9
NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	\bar{x}	3,1	2,6	3,2	2,8	2,9	2,9	3,0
	s	1,0	1,1	0,7	0,4	0,8	0,9	0,9

TODAS AS VARIÁVEIS DEPENDENTES: VARIAM NUMA ESCALA DE 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE)

*p<0,001

**p<0,01

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas de opinião geral ao nível das frases: «...Posso falar com o meu director sempre que considero necessário...», em que foram os “Médicos” e os

“Secretários Clínicos” aqueles que se mostraram mais concordantes face às mesmas; no que diz respeito à frase «*O meu director trata os profissionais correctamente*», foram os “Médicos” os que mais concordaram com a afirmação; quando observamos a frase «*O meu director diz aos profissionais o que espera deles*» constatou-se que foram os “Médicos” e os “Enfermeiros” os que mais concordaram face à mesma; quando observamos a frase «*Sou encorajado a desenvolver formas de realizar melhor as minhas funções*», foram os “Médicos” que mais concordaram com esta posição no hospital; por fim, quando analisamos a frase “*Há profissionais em número suficiente para realizar o trabalho de forma correcta*”, foram os “Secretários Clínicos” os que mais concordaram com esta visão.

Procurámos ainda avaliar se a “Opinião Geral” mais favorável à sua instituição (Hospital) corresponderia ao maior tempo de exercício no seu serviço. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 53: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE OPINIÃO GERAL POR TEMPO DE SERVIÇO

	TEMPO DE SERVIÇO (ANOS)
• A MAIORIA DOS UTENTES ESTÁ SATISFEITA COM OS CUIDADOS QUE RECEBE NESTE HOSPITAL	0,168(*)
• POSSO FALAR COM O MEU DIRECTOR SEMPRE QUE CONSIDERO NECESSÁRIO	0,042
• O MEU DIRECTOR TRATA OS PROFISSIONAIS CORRECTAMENTE	0,030
• O MEU DIRECTOR DIZ AOS PROFISSIONAIS O QUE ESPERA DELES	0,105
• SOU ENCORAJADO A DESENVOLVER FORMAS DE REALIZAR MELHOR AS MINHAS FUNÇÕES	0,102
• OS PROFISSIONAIS RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	0,191(*)
• OS PROFISSIONAIS SÃO TRATADOS COM RESPEITO PELA ADMINISTRAÇÃO	0,170(*)
• SE NECESSITAR POSSO FALAR COM O ADMINISTRADOR	0,041
• A ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PREOCUPA-SE COM OS PROFISSIONAIS	0,172(*)
• AS QUEIXAS DOS PROFISSIONAIS SÃO TRATADAS CORRECTAMENTE	0,143
• OS PROFISSIONAIS PARTICIPAM NA ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE ACTIVIDADE DO HOSPITAL	-0,023
• O MORAL E O CLIMA ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL SÃO BONS	0,101
• O MEU TRABALHO É NORMALMENTE BEM REALIZADO	-0,066
• HÁ PROFISSIONAIS EM NÚMERO SUFICIENTE PARA REALIZAR O TRABALHO DE FORMA CORRECTA	-0,078
• CONHEÇO SUFICIENTEMENTE BEM OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS	0,045
• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	0,049
• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	-0,032

AS VARIÁVEIS DEPENDENTES: VARIAM NUMA ESCALA DE 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE)

* $p < 0,05$

Como podemos constatar, observaram-se correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre o tempo de serviço que os profissionais apresentaram face à opinião dos mesmos, em que consideram que a *maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados que recebe neste hospital*, que *os profissionais recebem formação suficiente sobre a relação profissional-utente* e que *a administração respeita e preocupa-se com os profissionais deste serviço*.

As correlações entre o tempo de serviço com a opinião geral sobre os itens anteriormente

identificados, quanto à sua direcção, elas foram positivas, isto é, ao maior tempo de serviço que o profissional detinha correspondeu uma opinião mais favorável, quer ao nível da prestação de cuidados aos utentes, bem como à formação dos profissionais e da preocupação que a administração revela ao nível do respeito entre os mesmos. No entanto, estas correlações quanto à sua magnitude consideraram-se muito fracas ($r < 0,2$).

Procuramos também analisar se a “Opinião Geral” mais favorável à sua instituição (Hospital) se diferenciava consoante o género. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 54: DIFERENÇAS MÉDIAS DE OPINIÃO GERAL POR GÉNERO

	FEMININO			MASCULINO			ESTATÍSTICA DO TESTE	
	\bar{x}	s	N	\bar{x}	s	N	U	Z
A MAIORIA DOS UTENTES ESTÁ SATISFEITA COM OS CUIDADOS QUE RECEBE NESTE HOSPITAL	3,5	1,0	112	3,6	1,1	47	2442,500	-0,794
POSSO FALAR COM O MEU DIRECTOR SEMPRE QUE CONSIDERO NECESSÁRIO	3,5	1,0	102	3,7	1,1	48	2249,500	-0,836
O MEU DIRECTOR TRATA OS PROFISSIONAIS CORRECTAMENTE	3,6	0,8	103	3,7	1,0	47	2298,500	-0,532
O MEU DIRECTOR DIZ AOS PROFISSIONAIS O QUE ESPERA DELES	3,4	0,9	101	3,6	0,9	44	2010,000	-0,970
SOU ENCORAJADO A DESENVOLVER FORMAS DE REALIZAR MELHOR AS MINHAS FUNÇÕES	3,3	1,0	112	3,4	1,0	46	2375,500	-0,812
OS PROFISSIONAIS RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	2,7	1,1	111	2,9	1,1	47	2366,500	-0,954
OS PROFISSIONAIS SÃO TRATADOS COM RESPEITO PELA ADMINISTRAÇÃO	3,1	0,9	98	2,8	1,1	45	1933,500	-1,248
SE NECESSITAR POSSO FALAR COM O ADMINISTRADOR	3,2	0,9	84	3,1	1,2	41	1558,000	-0,899
A ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PREOCUPA-SE COM OS PROFISSIONAIS	2,9	0,8	98	3,0	0,9	42	1924,000	-0,655
AS QUEIXAS DOS PROFISSIONAIS SÃO TRATADAS CORRECTAMENTE	2,5	0,8	96	2,9	1,0	43	1605,000	-2,227*
OS PROFISSIONAIS PARTICIPAM NA ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE ACTIVIDADE DO HOSPITAL	2,6	1,1	87	2,4	1,0	39	1542,500	-0,846
O MORAL E O CLIMA ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL SÃO BONS	3,0	0,9	103	2,9	0,9	47	2258,000	-0,696
O MEU TRABALHO É NORMALMENTE BEM REALIZADO	4,1	0,7	111	4,2	0,6	48	2632,000	-0,141
HÁ PROFISSIONAIS EM NÚMERO SUFICIENTE PARA REALIZAR O TRABALHO DE FORMA CORRECTA	3,0	1,2	112	3,3	1,3	48	2225,000	-1,791
CONHEÇO SUFICIENTEMENTE BEM OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS	2,6	0,9	109	3,2	0,9	48	1709,500	-3,618**
NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	3,2	0,9	107	3,4	0,9	47	2216,500	-1,247
NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	3,0	0,9	108	3,1	0,9	47	2287,000	-1,034

TODAS AS VARIÁVEIS DEPENDENTES: VARIAM NUMA ESCALA DE 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE)

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Como podemos observar, existiram diferenças estatisticamente significativas de opinião geral relativamente ao hospital em que trabalha, por género. As diferenças significativas foram ao nível

das frases: «As queixas dos profissionais são tratadas correctamente» e «Conheço suficientemente bem os profissionais de outros serviços», por género, sendo os “homens” os que se destacaram com uma opinião mais favorável ao seu hospital quanto a estes argumentos face às “mulheres”.

Procurámos observar se a “Opinião Geral” mais favorável à sua instituição (Hospital) se diferenciava consoante o tipo de vínculo que os profissionais apresentavam. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 55: DIFERENÇAS MÉDIAS DE OPINIÃO GERAL POR TIPO DE VÍNCULO

	TRABALHADOR DO QUADRO		CONTRATO DE TRABALHO A TERMO		CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PROVIMENTO	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
A MAIORIA DOS UTENTES ESTÁ SATISFEITA COM OS CUIDADOS QUE RECEBE NESTE HOSPITAL (*)	3,6	1,0	3,0	0,8	3,5	0,8
POSSO FALAR COM O MEU DIRECTOR SEMPRE QUE CONSIDERO NECESSÁRIO	3,5	1,0	3,5	1,0	4,4	0,8
O MEU DIRECTOR TRATA OS PROFISSIONAIS CORRECTAMENTE	3,6	0,9	3,7	0,7	4,3	0,8
O MEU DIRECTOR DIZ AOS PROFISSIONAIS O QUE ESPERA DELES	3,4	0,9	3,4	0,7	4,0	0,8
SOU ENCORAJADO A DESENVOLVER FORMAS DE REALIZAR MELHOR AS MINHAS FUNÇÕES	3,3	1,0	3,1	0,9	3,9	1,1
OS PROFISSIONAIS RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	2,8	1,1	2,7	1,0	3,2	0,8
OS PROFISSIONAIS SÃO TRATADOS COM RESPEITO PELA ADMINISTRAÇÃO	3,1	1,0	2,8	0,9	2,0	1,0
SE NECESSITAR POSSO FALAR COM O ADMINISTRADOR	3,2	1,0	3,3	1,2	2,4	0,9
A ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PREOCUPA-SE COM OS PROFISSIONAIS	2,9	0,9	2,9	0,8	2,8	1,3
AS QUEIXAS DOS PROFISSIONAIS SÃO TRATADAS CORRECTAMENTE	2,7	0,9	2,8	0,9	2,0	0,7
OS PROFISSIONAIS PARTICIPAM NA ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE ACTIVIDADE DO HOSPITAL (*)	2,5	1,0	3,2	1,1	1,3	0,6
O MORAL E O CLIMA ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL SÃO BONS	3,1	0,9	2,9	0,6	2,2	1,1
O MEU TRABALHO É NORMALMENTE BEM REALIZADO	4,2	0,7	4,0	0,5	3,7	0,8
HÁ PROFISSIONAIS EM NÚMERO SUFICIENTE PARA REALIZAR O TRABALHO DE FORMA CORRECTA	3,0	1,2	3,4	1,1	3,9	1,7
CONHEÇO SUFICIENTEMENTE BEM OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS	2,8	1,0	2,9	0,9	3,3	0,5
NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	3,3	0,9	3,3	0,8	3,0	1,2
NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	3,0	0,9	3,3	0,6	3,1	1,1

TODAS AS VARIÁVEIS DEPENDENTES: VARIAM NUMA ESCALA DE 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE)

* $p \leq 0,05$

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os vários itens que reflectem a opinião geral dos profissionais de saúde face ao seu tipo de vínculo.

Foram os profissionais de saúde com o vínculo “trabalhador de quadro”, aqueles que apresentaram uma visão média mais positiva, de que a maioria dos utentes do hospital estão satisfeitos com os cuidados recebidos. Foram os profissionais com “contracto de trabalho a termo”, aqueles que se mostraram, em média, mais de acordo com a participação dos próprios na elaboração dos planos de actividade do hospital, apesar desta mesma leitura não receber apoio

por parte dos profissionais que possuem “contracto administrativo de provimento”. Nos restantes itens em estudo, não se observaram diferenças médias de opinião geral face à instituição em estudo, por tipo de vínculo que os nossos profissionais possuíssem.

Procurámos ainda observar se a “Opinião Geral” mais favorável à sua instituição (Hospital) se diferenciava consoante o tipo de turnos que os profissionais praticavam durante o exercício laboral. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 56: DIFERENÇAS MÉDIAS DE OPINIÃO GERAL POR TIPO DE HORÁRIO

	TIPO DE HORÁRIO	N	\bar{x}	s
A MAIORIA DOS UTENTES ESTÁ SATISFEITA COM OS CUIDADOS QUE RECEBE NESTE HOSPITAL	FIXO	96	3,5	1,1
	POR TURNOS	63	3,5	0,8
POSSO FALAR COM O MEU DIRECTOR SEMPRE QUE CONSIDERO NECESSÁRIO (*)	FIXO	92	3,8	1,0
	POR TURNOS	58	3,3	1,1
O MEU DIRECTOR TRATA OS PROFISSIONAIS CORRECTAMENTE	FIXO	90	3,7	0,9
	POR TURNOS	60	3,5	0,9
O MEU DIRECTOR DIZ AOS PROFISSIONAIS O QUE ESPERA DELES	FIXO	90	3,5	0,9
	POR TURNOS	55	3,4	0,8
SOU ENCORAJADO A DESENVOLVER FORMAS DE REALIZAR MELHOR AS MINHAS FUNÇÕES	FIXO	98	3,4	1,0
	POR TURNOS	60	3,3	0,9
OS PROFISSIONAIS RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	FIXO	95	2,7	1,1
	POR TURNOS	63	2,9	1,2
OS PROFISSIONAIS SÃO TRATADOS COM RESPEITO PELA ADMINISTRAÇÃO	FIXO	87	3,1	1,0
	POR TURNOS	56	2,9	0,9
SE NECESSITAR POSSO FALAR COM O ADMINISTRADOR (*)	FIXO	78	3,3	1,0
	POR TURNOS	47	2,9	1,0
A ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PREOCUPA-SE COM OS PROFISSIONAIS	FIXO	89	3,0	0,9
	POR TURNOS	51	2,9	0,8
AS QUEIXAS DOS PROFISSIONAIS SÃO TRATADAS CORRECTAMENTE	FIXO	85	2,7	0,9
	POR TURNOS	54	2,6	0,8
OS PROFISSIONAIS PARTICIPAM NA ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE ACTIVIDADE DO HOSPITAL	FIXO	75	2,6	1,7
	POR TURNOS	51	2,6	1,0
O MORAL E O CLIMA ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL SÃO BONS	FIXO	91	3,0	1,0
	POR TURNOS	59	3,0	0,9
O MEU TRABALHO É NORMALMENTE BEM REALIZADO	FIXO	96	4,1	0,7
	POR TURNOS	63	4,2	0,6
HÁ PROFISSIONAIS EM NÚMERO SUFICIENTE PARA REALIZAR O TRABALHO DE FORMA CORRECTA (**)	FIXO	97	3,3	1,2
	POR TURNOS	63	2,8	1,2
CONHEÇO SUFICIENTEMENTE BEM OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS	FIXO	94	2,8	0,9
	POR TURNOS	63	2,8	1,0
NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	FIXO	94	3,2	0,9
	POR TURNOS	60	3,4	0,9
NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	FIXO	94	3,0	0,9
	POR TURNOS	61	3,0	0,9

TODAS AS VARIÁVEIS DEPENDENTES: VARIAM NUMA ESCALA DE 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE)

* (p<0,05)

** (p<0,01)

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas de opinião geral relativamente ao hospital em que trabalham os nossos profissionais em estudo, face ao tipo de turno que praticam.

Os profissionais que praticam um “horário fixo” foram os que consideraram possuir um acesso mais fácil ao director e ao administrador. Também foram os mesmos a considerar que no hospital existe número suficiente de profissionais para a correcta realização do trabalho.

Quanto à “Satisfação Global” procurámos observar se é significativa ao nível da percepção sobre a formação, enquanto elemento adequado ao desempenho profissional e de, em caso de necessidade, uma eventual recomendação deste hospital a familiares ou amigos. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 57: DIFERENÇAS DE SATISFAÇÃO GLOBAL COM O HOSPITAL

		N OBSERVADO	%	N ESPERADO	RESÍDUOS	χ^2 ;gl;p
SENTE QUE A SUA FORMAÇÃO É ADEQUADA PARA DESEMPENHAR O SEU TRABALHO	SIM	152	94,4	80,5	71,5	127,012; 1; 0,000
	NÃO	9	5,6	80,5	-71,5	
	TOTAL	161	100,0			
RECOMENDARIA OS SERVIÇOS DESTES HOSPITAL A FAMILIARES OU A AMIGOS	CLARO QUE SIM	116	72,0	53,7	62,3	125,826; 2; 0,000
	PROVAVELMENTE SIM	44	27,3	53,7	-9,7	
	PROVAVELMENTE NÃO	1	0,6	53,7	-52,7	
	TOTAL	161	100,0	53,7		
UTILIZARIA ESTE HOSPITAL CASO NECESSITASSE DE CUIDADOS	CLARO QUE SIM	121	75,2	53,7	67,3	138,795; 2; 0,000
	PROVAVELMENTE SIM	38	23,6	53,7	-15,7	
	PROVAVELMENTE NÃO	2	1,2	53,7	-51,7	
	TOTAL	161	100,0			
SE PUDESSE VOLTAR ATRÁS, ESCOLHERIA DE NOVO ESTE HOSPITAL PARA TRABALHAR	CLARO QUE SIM	70	43,5	40,3	29,8	65,559; 3; 0,000
	PROVAVELMENTE SIM	57	35,4	40,3	16,8	
	PROVAVELMENTE NÃO	31	19,3	40,3	-9,3	
	CLARO QUE NÃO	3	1,9	40,3	-37,3	
	TOTAL	161	100,0			

Como podemos constatar, a maioria considera que a formação é adequada para desempenhar o seu trabalho (94%), sendo esta percepção significativa ($r=71,5$). Quando apreciamos a opinião acerca se recomendaria os serviços deste hospital a familiares e amigos, a postura foi bastante positiva (72%) e significativa ($r=62,3$). Quando os nossos inquiridos foram confrontados com a pergunta acerca da utilização deste hospital caso necessitasse de cuidados, a maioria das respostas dos nossos inquiridos foi bastante afirmativa (75%) e também significativa ($r=67,3$). Não podemos deixar de referir que nestas duas últimas posições de opinião não se registou nenhuma condição claramente negativa “claro que não”. Quando se questionaram os profissionais quanto à possibilidade de voltar a trabalhar no mesmo hospital, a maioria dos inquiridos (78,9%) afirmou que «sim» ($r=29,8$) e “provavelmente que sim” ($r=16,8$).

Procurámos conhecer quais os factores que mais explicam/determinam a percepção de satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho por parte dos profissionais em estudo. Os factores foram controlados para avaliarmos o seu efeito na satisfação com a qualidade do local de trabalho: *Posso falar com o meu director sempre que considero necessário; O meu director trata os profissionais correctamente; O meu director diz aos profissionais o que espera deles; Sou encorajado a desenvolver formas de realizar melhor as minhas funções; Se necessitar posso falar com o administrador*¹¹; e faceta *Superior Hierárquico*¹².

QUADRO 58: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL E SATISFAÇÃO COM O SUPERIOR HIERÁRQUICO (FACETA)

	QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO		
	Beta	F	gl
• POSSO FALAR COM O MEU DIRECTOR SEMPRE QUE CONSIDERO NECESSÁRIO	0,085		
• O MEU DIRECTOR TRATA OS PROFISSIONAIS CORRECTAMENTE	0,016		
• O MEU DIRECTOR DIZ AOS PROFISSIONAIS O QUE ESPERA DELES	-0,076	69,972**	6,107
• SOU ENCORAJADO A DESENVOLVER FORMAS DE REALIZAR MELHOR AS MINHAS FUNÇÕES	0,124*		
• SE NECESSITAR POSSO FALAR COM O ADMINISTRADOR	0,012		
• SUPERIOR HIERÁRQUICO	0,808**		
	R ² ajustado	0,786	
	R	0,893	

VARIÁVEL DEPENDENTE: SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO

*p≤0,05

**p<0,001

Como podemos observar, os indicadores “*Posso falar com o meu director sempre que considero necessário*”, “*O meu director trata os profissionais correctamente*”, “*O meu director diz aos profissionais o que espera deles*”, “*Sou encorajado a desenvolver formas de realizar melhor as minhas funções*”, “*Se necessitar posso falar com o administrador*” e a faceta “*Superior Hierárquico*” explicam 78,6% da satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho, sendo o modelo bastante significativo (p<0,001) quanto ao efeito na percepção da qualidade do local de trabalho. E ainda, esta relação quanto à sua magnitude é elevada (r=0,893).

Porém, o indicador que contribuiu mais significativamente para uma elevada satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho é a percepção que os profissionais apresentam face ao Superior Hierárquico (p<0,001). A satisfação com o Superior Hierárquico influencia positivamente a satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho em 80,8%. Outro indicador que também contribuiu de forma positiva para a satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho foi “*Sou encorajado a desenvolver formas de realizar melhor as minhas funções*” (p≤0,05), no entanto, a sua influência

¹¹ FACTORES QUE INDICAM A «OPINIÃO GERAL SOBRE O LOCAL DE TRABALHO» POR PARTE DOS PROFISSIONAIS – SÃO VARIÁVEIS INDEPENDENTES E APRESENTAM A SEGUINTE ESCALA: 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE).

¹² FACTOR (FACETA) QUE INDICA A PERCEPÇÃO DE SATISFAÇÃO COM O SUPERIOR HIERÁRQUICO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS – ÍNDICE: 1 (MAU) A 5 (EXCELENTE)

foi só de 12,4%. Não podemos deixar de referir que os restantes indicadores não contribuíram significativamente para a Satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho.

Também procurámos conhecer quais os factores que mais explicam/determinam a percepção de satisfação com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados” por parte dos profissionais em estudo. Os factores controlados para avaliarmos o seu efeito na satisfação com a qualidade do hospital na prestação de cuidados foram: *Serviços Complementares e de Apoio, Serviços de Internamento*¹³, *A maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados que recebe neste hospital e Os profissionais deste hospital recebem formação suficiente sobre como lidar com os utentes*¹⁴.

QUADRO 59: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO (SUB-ESCALAS)

	QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		
	Beta	F	gl
• SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO	0,161		
• SERVIÇOS DE INTERNAMENTO	0,232*		
• A MAIORIA DOS UTENTES ESTÁ SATISFEITA COM OS CUIDADOS QUE RECEBE NESTE HOSPITAL	0,273**	21,665**	4,152
• OS PROFISSIONAIS DESTA HOSPITAL RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	0,175*		
	R ² ajustado	0,346	
	R	0,603	

VARIÁVEL DEPENDENTE: SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

*p<0,05

**p<0,001

Como podemos observar, os indicadores “*Serviços Complementares e de Apoio*”, “*Serviços de Internamento*”, “*A maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados que recebe neste hospital*” e “*Os profissionais deste hospital recebem formação suficiente sobre como lidar com os utentes*”, explicam 34,6% da satisfação com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, sendo o modelo bastante significativo ($p<0,001$) quanto ao efeito na percepção da qualidade do local de trabalho. Quanto à magnitude do modelo em análise, ela é moderada ($r=0,603$).

Como podemos observar, o indicador que contribui mais significativamente para uma percepção positiva de satisfação com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados” foi a percepção que os profissionais apresentam face aos utentes ($p<0,001$), em que consideram que “*A maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados que recebe neste hospital*”. Este mesmo indicador influencia positivamente a satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados em 27,3%. Esta mesma leitura se observa na satisfação com os “*Serviços de Internamento*” ($p<0,05$),

¹³ FACTORES – VARIÁVEIS INDEPENDENTES (SUB-ESCALAS) QUE INDICAM A PERCEPÇÃO DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO E SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DE APOIO (ÍNDICE): 1 (MAU) A 5 (EXCELENTE)

¹⁴ FACTORES QUE INDICAM A «OPINIÃO GERAL SOBRE O LOCAL DE TRABALHO» POR PARTE DOS PROFISSIONAIS – SÃO VARIÁVEIS INDEPENDENTES E APRESENTAM A SEGUINTE ESCALA: 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE).

influenciando positivamente em 23,2% na satisfação da Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados. Outro indicador, apesar de contribuir menos, foi “*Os profissionais deste hospital recebem formação suficiente sobre como lidar com os utentes*” ($p < 0,05$), porém, a sua contribuição para a referida satisfação foi de 17,5%. Quando analisamos o indicador “Serviços Complementares e de Apoio”, este não influencia significativamente a satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados ($p > 0,05$).

Procurámos ainda conhecer quais os factores que mais explicam/determinam a percepção de satisfação com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados” por parte dos profissionais em estudo. Os factores controlados para avaliarmos o seu efeito na satisfação com a qualidade do hospital na prestação de cuidados foram: *Serviços de Internamento, Local de Trabalho e Internamento, Recursos Humanos*¹⁵; *A maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados que recebe neste hospital e Os profissionais deste hospital recebem formação suficiente sobre como lidar com os utentes*¹⁶.

QUADRO 60: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL E SATISFAÇÃO COMO O LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO, RECURSOS HUMANOS E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO (SUB-ESCALAS)

	QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		
	Beta	F	gl
• SERVIÇOS DE INTERNAMENTO	0,236*		
• A MAIORIA DOS UTENTES ESTÁ SATISFEITA COM OS CUIDADOS QUE RECEBE NESTE HOSPITAL	0,240*		
• OS PROFISSIONAIS DESTA HOSPITAL RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	0,119	27,819*	5,151
• LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO	0,360*		
• RECURSOS HUMANOS	0,052		
	R^2 ajustado	0,462	
	R	0,692	

VARIÁVEL DEPENDENTE: SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO HOSPITAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

* $p < 0,001$

Como podemos observar, os indicadores “*Serviços de Internamento*”, “*A maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados que recebe neste hospital*”, “*Os profissionais deste hospital recebem formação suficiente sobre como lidar com os utentes*”, “*Local de Trabalho*” e “*Recursos Humanos*” explicam 46,2% da satisfação com a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, sendo o modelo bastante significativo ($p < 0,001$) quanto ao efeito na percepção da qualidade do local de trabalho. Quanto à magnitude do modelo em análise, ela é moderada ($r = 0,692$).

O indicador que contribuiu mais significativamente para uma percepção positiva de satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados, foi a percepção bastante positiva do “*Local de Trabalho e Equipamento*” ($p < 0,001$), apresentando uma influência na satisfação com a

¹⁵ FACTORES – VARIÁVEIS INDEPENDENTES (SUB-ESCALAS) QUE INDICAM A PERCEPÇÃO DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO, LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO E RECURSOS HUMANOS (ÍNDICE): 1 (MAU) A 5 (EXCELENTE)

¹⁶ FACTORES QUE INDICAM A «OPINIÃO GERAL SOBRE O LOCAL DE TRABALHO» POR PARTE DOS PROFISSIONAIS – SÃO VARIÁVEIS INDEPENDENTES E APRESENTAM A SEGUINTE ESCALA: 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE).

Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados em 36,0%. Continuamos a ter um indicador também positivo (como anteriormente fora confirmado) por parte dos profissionais face aos utentes ($p < 0,001$), em que consideram que “*A maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados que recebe neste hospital*”, sendo que este mesmo indicador influencia positivamente a satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados em 24,0%. E por fim, o indicador “*Serviços de Internamento*” também influencia significativamente a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados ($p < 0,001$), tendo-se manifestado o seu contributo em 23,6%.

Os indicadores “*Recursos Humanos*” e “*Os profissionais deste hospital recebem formação suficiente sobre como lidar com os utentes*” não contribuíram significativamente para a satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados ($p > 0,05$).

Procurámos ainda conhecer quais os factores que mais explicam/determinam a satisfação com a “Política de Recursos Humanos” por parte dos profissionais em estudo. Os factores controlados para avaliarmos o seu efeito na satisfação com a Política de Recursos Humanos foram: *Reconhecimento dos Órgãos de Gestão, Queixas e Objecções e Planificação de actividades (Faceta – Órgãos de Gestão)*¹⁷; *Continuidade do pessoal; Proporção hierárquica; Número de profissionais; Trabalho de equipa e Comunicação entre turnos (Faceta – Recursos Humanos)*¹⁸; *No meu serviço há profissionais em número suficiente para realizar o trabalho de forma correcta; Neste hospital há boa cooperação entre os prestadores da mesma profissão; Neste hospital há boa cooperação entre os prestadores de profissões diferentes*¹⁹.

QUADRO 61: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A POLÍTICA DOS RECURSOS HUMANOS POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL E SATISFAÇÃO COM OS ÓRGÃOS DE GESTÃO (FACETA) E RECURSOS HUMANOS (FACETA)

	POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS			
	Beta	Δr^2	F	gl
1				
• RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE GESTÃO	0,269*			
• QUEIXAS E OBJECÇÕES	0,311*			
• PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES	0,357*			
		0,621	62,743*	3,115
2				
• RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE GESTÃO	0,214*			
• QUEIXAS E OBJECÇÕES	0,186*			
• PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES	0,168*			
• CONTINUIDADE DO PESSOAL	0,226*			
• PROPORÇÃO HIERÁRQUICA	0,186*			
• NÚMERO DE PROFISSIONAIS	0,189*			
• TRABALHO DE EQUIPA	0,183*			
• COMUNICAÇÃO ENTRE TURNOS	0,137*			
		0,373	1332,648*	3,110
3				
• RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE GESTÃO	0,213*			
• QUEIXAS E OBJECÇÕES	0,186*			
• PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES	0,167*			
• CONTINUIDADE DO PESSOAL	0,228*			
• PROPORÇÃO HIERÁRQUICA	0,185*			
• NÚMERO DE PROFISSIONAIS	0,194*			
• TRABALHO DE EQUIPA	0,182*			
• COMUNICAÇÃO ENTRE TURNOS	0,136*			
• NO MEU SERVIÇO HÁ PROFISSIONAIS EM NÚMERO SUFICIENTE PARA REALIZAR O TRABALHO DE FORMA CORRECTA	-0,011			
• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	0,003			
• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	0,008			
		0,000	0,776	3,107
	R^2 AJUSTADO	0,993	1603,998	11,107

VARIÁVEL DEPENDENTE: POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

* $p < 0,001$

Como podemos observar, os indicadores “*Reconhecimento dos Órgãos de Gestão, Queixas e Objecções e Planificação de Actividades*” explicam 62,1% da satisfação com a “Política de Recursos Humanos” no serviço em estudo ($p < 0,001$).

¹⁷ FACTORES – VARIÁVEIS INDEPENDENTES (ÍNDICE): 1 (MAU) A 5 (EXCELENTE)

¹⁸ FACTORES – VARIÁVEIS INDEPENDENTES (ÍNDICE): 1 (MAU) A 5 (EXCELENTE)

¹⁹ FACTORES QUE INDICAM A «OPINIÃO GERAL SOBRE O LOCAL DE TRABALHO» POR PARTE DOS PROFISSIONAIS – SÃO VARIÁVEIS INDEPENDENTES E APRESENTAM A SEGUINTE ESCALA: 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE).

Quando adicionamos os indicadores “*Continuidade do Pessoal*”, “*Proporção Hierárquica*”, “*Número de Profissionais*”, “*Trabalho em Equipa*” e “*Comunicação entre turnos*” o poder explicativo aumenta 37,3% na satisfação com a Política dos Recursos Humanos ($p < 0,001$). Por último, quando adicionamos indicadores de “*Opinião Geral*” no que diz respeito ao hospital em que os profissionais trabalham, estes indicadores não acrescentam uma influência significativa na satisfação com a Política de Recursos Humanos.

Quando observamos o conjunto de indicadores que compõem cada factor, os indicadores: “*Planificação das Actividades*” ($Beta=0,357$; $p < 0,001$), “*Queixas e Objecções*” ($Beta=0,311$; $p < 0,001$) e “*Reconhecimento dos Órgãos de Gestão*” ($Beta=0,269$; $p < 0,001$), foram aqueles que maior efeito manifestaram positivamente sobre a satisfação com a Política de Recursos Humanos no serviço em análise. Quando adicionamos um conjunto de indicadores que avaliam os recursos humanos no serviço, como “*Continuidade do Pessoal*” ($Beta=0,226$; $p < 0,001$), “*Proporção Hierárquica*” ($Beta=0,186$; $p < 0,001$), “*Número de Profissionais*” ($Beta=0,189$; $p < 0,001$) e “*Trabalho de Equipa*” ($Beta=0,183$; $p < 0,001$), estes exerceram alguma influencia na satisfação com a Política de Recursos Humanos. Porém, os indicadores significativos que foram apontados anteriormente, apresentaram quanto à sua magnitude uma correlação baixa.

Por fim, procurámos conhecer quais os factores que mais explicam/determinam a satisfação com a “Qualidade do Local de Trabalho” por parte dos profissionais em estudo. Os factores controlados para avaliarmos o seu efeito na satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho foram: *Neste hospital há boa cooperação entre os prestadores da mesma profissão, Neste hospital há boa cooperação entre os prestadores de profissões diferentes, Conheço suficientemente bem os profissionais de outros serviços, Os profissionais deste hospital recebem formação suficiente sobre como lidar com os utentes*²⁰; *Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo este hospital para trabalhar (Satisfação Global percebida pelo profissional)*²¹; *Estado de Espírito, Local de Trabalho e Equipamento, Recursos Humanos e Vencimento*²²

QUADRO 62: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO POR INDICADORES DE OPINIÃO GERAL, SATISFAÇÃO GLOBAL, ESTADO DE ESPÍRITO, RECURSOS HUMANOS, LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO E VENCIMENTO.

		SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO				
		Beta	Δr^2	F	gl	
1	• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	0,037				
	• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	0,221*				
	• CONHEÇO SUFICIENTEMENTE BEM OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS	0,092				
	• OS PROFISSIONAIS DESTA HOSPITAL RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	0,154				
			0,146	6,193**	4,145	
2	• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	0,031				
	• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	0,235*				
	• CONHEÇO SUFICIENTEMENTE BEM OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS	0,091				
	• OS PROFISSIONAIS DESTA HOSPITAL RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	0,119				
	• SE PUDESSE VOLTAR ATRÁS, ESCOLHERIA DE NOVO ESTE HOSPITAL PARA TRABALHAR	-0,137				
			0,018	3,022	1,144	
3	• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DA MESMA PROFISSÃO	-0,010				
	• NESTE HOSPITAL HÁ BOA COOPERAÇÃO ENTRE OS PRESTADORES DE PROFISSÕES DIFERENTES	0,019				
	• CONHEÇO SUFICIENTEMENTE BEM OS PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS	0,006				
	• OS PROFISSIONAIS DESTA HOSPITAL RECEBEM FORMAÇÃO SUFICIENTE SOBRE COMO LIDAR COM OS UTENTES	0,014				
	• SE PUDESSE VOLTAR ATRÁS, ESCOLHERIA DE NOVO ESTE HOSPITAL PARA TRABALHAR	-0,007				
	• ESTADO DE ESPÍRITO	0,110**				
	• LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO	0,205**				
	• RECURSOS HUMANOS	0,212**				
	• VENCIMENTO	0,150**				
• SUPERIOR HIERÁRQUICO	0,653**					
			0,823	1734,805**	5,139	
			R ² AJUSTADO	0,986	1039,617**	10,139

*p<0,05**p<0,001

VARIÁVEL DEPENDENTE: SATISFAÇÃO COM QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO

Como podemos observar, os indicadores no 1º factor, que referem a boa cooperação entre profissionais da mesma profissão e de profissões diferentes, bem como um bom conhecimento

²⁰ FACTORES QUE INDICAM A «OPINIÃO GERAL SOBRE O LOCAL DE TRABALHO» POR PARTE DOS PROFISSIONAIS – SÃO VARIÁVEIS INDEPENDENTES E APRESENTAM A SEGUINTE ESCALA: 1 (DISCORDO PLENAMENTE) A 5 (CONCORDO PLENAMENTE).

²¹ FACTOR QUE INDICA A «SATISFAÇÃO GLOBAL» POR PARTE DOS PROFISSIONAIS – APRESENTAM A SEGUINTE ESCALA: 1 (CLARO QUE SIM) A 4 (CLARO QUE NÃO).

²² FACTORES – VARIÁVEIS INDEPENDENTES (ÍNDICE): 1 (MAU) A 5 (EXCELENTE)

de profissionais de outros serviços e, ainda, a percepção que os profissionais recebem formação suficiente para lidar com os doentes, explicam 14,6% da satisfação com “Qualidade do Local de Trabalho” ($p < 0,001$). Quando adicionamos o indicador “*Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo este hospital para trabalhar*” o poder explicativo aumentou 1,8% na satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho apesar de não ser significativo ($p > 0,05$). Por último, quando adicionamos os indicadores “*Estado de Espírito*”, “*Local de Trabalho e Equipamento*”, “*Recursos Humanos*”, “*Vencimento*” e “*Superior Hierárquico*” (facetas), estes acrescentaram uma influência bastante significativa (82,3%) na satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho ($p < 0,001$).

Observando o conjunto de indicadores que compõem cada factor, no 1.º Factor foi o indicador “Há uma boa cooperação entre os prestadores de profissões diferentes” ($Beta=0,221$; $p < 0,05$), aquele que maior efeito exerceu sobre a satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho.

Quando observamos o 2º factor, concluímos que o anterior indicador de opinião geral face ao seu hospital continuou a influenciar significativamente ($Beta=0,235$; $p < 0,05$), no entanto, quando observamos o contributo do indicador de Satisfação Geral “*Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo este hospital para trabalhar*”, a sua influencia na satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho, a contribuição não é significativa ($p > 0,05$).

Por fim, referente ao 3.º Factor, no qual foram adicionados os indicadores que compõem o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional, todos eles apresentaram uma contribuição significativa na satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho ($p < 0,001$). O indicador que mais influência teve, foi a faceta “*Superior Hierárquico*” ($Beta=0,653$; $p < 0,001$), isto é, quanto maior a satisfação que os profissionais do serviço apresentam neste aspecto mais elevada a satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho. Esta orientação também se observa nos indicadores “*Recursos Humanos*” ($Beta=0,212$; $p < 0,001$) e “*Local de Trabalho e Equipamento*” ($Beta=0,205$; $p < 0,001$).

Os indicadores “*Vencimento*” ($Beta=0,150$; $p < 0,001$) e “*Estado de Espírito*” ($Beta=0,110$; $p < 0,001$) apresentam contributos menores face aos indicadores anteriormente apresentados.

H_2 - Procuramos verificar se existem diferenças de *Burnout* por classe profissional, tipo de vínculo à instituição, género, faixa etária e tempo de serviço

Procuramos observar se existiam diferenças de *Burnout* (Grau de Envolvimento, Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional) por classe profissional. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 63: RELAÇÃO ENTRE OS VÁRIOS ESTADOS DE BURNOUT POR CLASSE PROFISSIONAL

PROFISSÃO	N	ENVOLVIMENTO ^{a)}		EXAUSTÃO EMOCIONAL ^{b)}		DESPERSONALIZAÇÃO ^{c)}		REALIZAÇÃO PESSOAL ^{d)}	
		\bar{x}	MÉDIA DAS ORDENAÇÕES	N	MÉDIA DAS ORDENAÇÕES	N	MÉDIA DAS ORDENAÇÕES	N	MÉDIA DAS ORDENAÇÕES
MÉDICO/A	29	6,9	78,52	29	81,93	29	80,28	29	86,00
ENFERMEIRO/A	8	8,1	100,13	8	95,62	8	96,31	8	85,62
TÉCNICO/A DE RADIOLOGIA	61	6,4	71,61	61	79,84	61	77,34	61	77,43
SECRETÁRIO/A CLÍNICO/A	6	4,3	42,83	6	67,00	6	68,25	6	96,33
ADMINISTRATIVO/A	12	6,8	82,17	12	68,62	12	56,71	12	92,00
AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA	45	8,3	96,71	45	84,54	45	91,89	45	76,82
TOTAL	161	7,1		161		161		161	

a) K-W=13,311;gl=5;p=0,021; b) K-W=2,926;gl=5;p=0,711; c) K-W=8,611;gl=5;p=0,126; d) K-W=2,786;gl=5;p=0,733
VARIÁVEIS DEPENDENTES: ENVOLVIMENTO (CONTÍNUA); EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO PESSOAL (ORDINAL)

Como pudemos constatar, observaram-se diferenças estatisticamente significativas do nível de “Envolvimento” por classe profissional ($p < 0,05$). Foram as classes profissionais: “Enfermeiros” ($\bar{x}=8,1$) e “Auxiliares de Acção Médica” ($\bar{x}=8,3$), aquelas que apresentaram significativamente maior envolvimento profissional face às restantes classes profissionais.

No que diz respeito à “Exaustão Emocional”, “Despersonalização” e “Realização Pessoal” não se observaram diferenças estatisticamente significativas pelos grupos contrastados ($p > 0,05$), no entanto, foram os “Enfermeiros” que apresentaram elevados níveis de Exaustão Emocional e de Despersonalização. Por fim foram os “Secretários Clínicos” e “Administrativos” que revelaram possuir maior realização pessoal.

Procurámos verificar se os estados de “Realização Pessoal”, o “Envolvimento profissional”, a “Despersonalização da actividade” e a “Exaustão Emocional” variam em função da faixa etária dos indivíduos inquiridos.

Vejamos o quadro seguinte, onde procurámos verificar se existia relação face ao grau de “Realização Pessoal” por faixa etária dos inquiridos:

QUADRO 64: AVALIAÇÃO DO GRAU DE REALIZAÇÃO PESSOAL POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA		REALIZAÇÃO PESSOAL			TOTAL
		BAIXO	MÉDIO	ALTO	
<=35 ANOS	n	15	12	23	50
	%linha	30,0%	24,0%	46,0%	100,0%
	%Total	9,3%	7,5%	14,3%	31,1%
	ra	-1,0	-0,3	1,2	
36-45 ANOS	N	19	13	15	47
	%linha	40,4%	27,7%	31,9%	100,0%
	%Total	11,8%	8,1%	9,3%	29,2%
	ra	0,9	0,4	-1,2	
>45 ANOS	N	23	16	25	64
	%linha	35,9%	25,0%	39,1%	100,0%
	%Total	14,3%	9,9%	15,5%	39,8%
	ra	0,1	-0,1	0,0	
TOTAL	n	57	41	63	161
	% linha	35,4%	25,5%	39,1%	100,0%
	%Total	35,4%	25,5%	39,1%	100,0%

$\chi^2=2,117$; gl=4; p=0,714

ra= RESÍDUOS AJUSTADOS

Como podemos observar, não existiu uma associação estatisticamente significativa do grau de realização pessoal por faixa etária ($p>0,05$). No entanto, podemos afirmar que, em todas as faixas etárias, se observou mais de 50% dos inquiridos com uma média a alta realização pessoal ao nível de exercício profissional.

Procurámos também verificar se existia relação face ao grau de “Despersonalização” por faixa etária dos inquiridos. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 65: AVALIAÇÃO DO GRAU DE DESPERSONALIZAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA		DESPERSONALIZAÇÃO			TOTAL
		BAIXO	MÉDIO	ALTO	
<=35 ANOS	n	20	16	14	50
	%linha	40,0%	32,0%	28,0%	100,0%
	%Total	12,4%	9,9%	8,7%	31,1%
	ra	-1,1	0,6	0,6	
36-45 ANOS	N	25	12	10	47
	%linha	53,2%	25,5%	21,3%	100,0%
	%Total	15,5%	7,5%	6,2%	29,2%
	ra	1,1	-0,5	-0,7	
>45 ANOS	N	30	18	16	64
	%linha	46,9%	28,1%	25,0%	100,0%
	%Total	18,6%	11,2%	9,9%	39,8%
	ra	0,1	-0,1	0,0	
TOTAL	n	75	46	40	161
	% linha	46,6%	28,6%	24,8%	100,0%
	%Total	46,6%	28,6%	24,8%	100,0%

$\chi^2=1,711$; gl=4; p=0,789
ra= RESÍDUOS AJUSTADOS

Como podemos observar, não se constatou uma associação estatisticamente significativa do grau de “Despersonalização” por faixa etária ($p>0,05$). Porém, não podemos deixar de referir que existe uma divisão de opiniões quanto à despersonalização percebida pelos profissionais, apesar de indicar uma relativa orientação para a baixa despersonalização.

Por último, procurámos também verificar se existia relação face ao grau de “Exaustão Emocional” por faixa etária dos inquiridos. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 66: AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXAUSTÃO POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA		EXAUSTÃO EMOCIONAL			TOTAL
		BAIXO	MÉDIO	ALTO	
<=35 ANOS	n	22	16	12	50
	%linha	44,0%	32,0%	24,0%	100,0%
	%Total	13,7%	9,9%	7,5%	31,1%
	ra	-0,9	1,1	-0,2	
36-45 ANOS	N	24	10	13	47
	%linha	51,1%	21,3%	27,7%	100,0%
	%Total	14,9%	6,2%	8,1%	29,2%
	ra	0,3	-0,9	0,5	
>45 ANOS	N	33	16	15	64
	%linha	51,6%	25,0%	23,4%	100,0%
	%Total	20,5%	9,9%	9,3%	39,8%
	ra	0,5	-0,3	-0,3	
TOTAL	n	79	42	40	161
	% linha	49,1%	26,1%	24,8%	100,0%
	%Total	49,1%	26,1%	24,8%	100,0%

$\chi^2=1,712; gl=4; p=0,788$

ra= RESÍDUOS AJUSTADOS

Como podemos observar, mais uma vez não existiu uma associação estatisticamente significativa do grau de “Exaustão Emocional” por faixa etária ($p>0,05$). No entanto, uma grande parte dos profissionais de saúde (49%) apresentou uma baixa exaustão emocional no exercício profissional.

Por fim, procurámos observar se existiam diferenças de nível de “Envolvimento” por faixa etária. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 67: AVALIAÇÃO DO GRAU DE ENVOLVIMENTO POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	\bar{x}	s	N	MÉDIA DAS ORDENAÇÕES
<=35 anos	6,4	3,2	50	73,99
36-45 anos	6,9	3,4	47	81,61
>45 anos	7,7	4,2	64	86,03
Total	7,1	3,7	161	

K-W=1,922; gl=2; p=0,382

VARIÁVEL DEPENDENTE: ENVOLVIMENTO

Como podemos observar, não se registaram diferenças estatisticamente significativas de nível de “Envolvimento” por faixa etária ($p>0,05$).

Quando procurámos verificar se os estados de “Realização Pessoal”, o “Envolvimento” profissional, a “Despersonalização” da actividade e a “Exaustão Emocional” variam em função do tipo de vínculo laboral dos indivíduos inquiridos.

Vejamos o quadro seguinte, quanto ao nível de relação da “Realização Pessoal” com o tipo de vínculo:

QUADRO 68: RELAÇÃO ENTRE OS VÁRIOS ESTADOS DE BURNOUT POR TIPO DE VÍNCULO

TIPO DE VÍNCULO	EXAUSTÃO EMOCIONAL ^{a)}				DESPERSONALIZAÇÃO ^{b)}				REALIZAÇÃO PESSOAL ^{c)}				
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	TOTAL	BAIXO	MÉDIO	ALTO	TOTAL	BAIXO	MÉDIO	ALTO	TOTAL	
N	66	37	36	139	64	38	37	139	51	37	51	139	
TRABALHADOR DO QUADRO	% T.V.	47,5%	26,6%	25,9%	100,0%	46,0%	27,3%	26,6%	100,0%	36,7%	26,6%	36,7%	100,0%
	% TOTAL	41,0%	23,0%	22,4%	86,3%	39,8%	23,6%	23,0%	86,3%	31,7%	23,0%	31,7%	86,3%
N	13	5	4	22	11	8	3	22	6	4	12	22	
CONTRATO DE TRABALHO A TERMO/ PROVIMENTO	% T.V.	59,1%	22,7%	18,2%	100,0%	50,0%	36,4%	13,6%	100,0%	27,3%	18,2%	54,5%	100,0%
	% TOTAL	8,1%	3,1%	2,5%	13,7%	6,8%	5,0%	1,9%	13,7%	3,7%	2,5%	7,5%	13,7%
N	79	42	40	161	75	46	40	161	57	41	63	161	
TOTAL	% T.V.	49,1%	26,1%	24,8%	100,0%	46,6%	28,6%	24,8%	100,0%	35,4%	25,5%	39,1%	100,0%
	% TOTAL	49,1%	26,1%	24,8%	100,0%	46,6%	28,6%	24,8%	100,0%	35,4%	25,5%	39,1%	100,0%

a) $\chi^2=1,087$; gl=2; p=0,581; b) $\chi^2=1,894$; gl=2; p=0,388; c) $\chi^2=2,554$; gl=2; p=0,279
 LEGENDA= T.V. (TIPO DE VÍNCULO)

Como pudemos observar, não se registou uma associação estatisticamente significativa do grau de “Realização Pessoal”, “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” por tipo de vínculo que os nossos profissionais possuíam ($p>0,05$).

No entanto, os profissionais que se apresentaram com contrato a termo/administrativo foram aqueles que maioritariamente (54,5%) perceberam uma elevada realização pessoal. Os trabalhadores do quadro apresentaram uma divisão de opinião entre uma baixa ou alta realização pessoal. Por fim, tanto os trabalhadores do quadro como a contrato, apresentaram maioritariamente uma baixa percepção de despersonalização e exaustão emocional.

Quanto ao nível do “Envolvimento” por tipo de vínculo. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 69: AVALIAÇÃO DO GRAU DE ENVOLVIMENTO POR TIPO DE VÍNCULO

TIPO DE VÍNCULO	N	MÉDIA DAS ORDENAÇÕES	SOMATÓRIO DAS ORDENAÇÕES
TRABALHADOR DO QUADRO	139	83,08	11548,00
CONTRATO DE TRABALHO A TERMO	22	67,86	1493,00
Total	161		

$U=1240,000$; $Z=-1,437$; $p=0,151$

VARIÁVEL DEPENDENTE: ENVOLVIMENTO

Como podemos observar, não se constataram diferenças estatisticamente significativas de nível de envolvimento por tipo de vínculo dos profissionais em estudo ($p>0,05$).

Procurámos verificar se os estados de “Realização Pessoal”, o “Envolvimento” profissional, a “Despersonalização” da actividade e a “Exaustão Emocional” variam em função do tempo de serviço na instituição onde trabalham os nossos profissionais. Vejamos o quadro seguinte, quando à presença de diferenças do grau de “Realização Pessoal” percebido por tempo de serviço:

QUADRO 70: AVALIAÇÃO DO GRAU DE REALIZAÇÃO PESSOAL POR TEMPO DE SERVIÇO

REALIZAÇÃO PESSOAL	\bar{x}	s	N	MÉDIA DAS ORDENAÇÕES
Baixa	16,5	8,9	57	82,45
Média	16,7	9,3	41	81,61
Alta	16,2	10,0	63	79,29
Total	16,4	9,4	161	

$K-W=0,147$; $g1=2$; $p=0,929$

VARIÁVEL DEPENDENTE: TEMPO DE SERVIÇO

Como podemos constatar, não se observaram diferenças estatisticamente significativas face à percepção de “Realização Pessoal” por tempo de serviço ($p>0,05$).

Também procurámos observar a presença de diferenças do grau de “Despersonalização” e de “Exaustão Emocional” por tempo de serviço. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 71: AVALIAÇÃO DOS ESTADOS DE BURNOUT (DESPERSONALIZAÇÃO E EXAUSTÃO EMOCIONAL) POR TEMPO DE SERVIÇO

	BAIXA	MÉDIA	ALTA	TOTAL	F; (GL); P
DESPERSONALIZAÇÃO	16,6 (±9,4)	16,0 (±9,9)	16,8 (±9,1)	16,4 (±9,4)	0,104; (2,158) ;0,902
EXAUSTÃO EMOCIONAL	17,0 (±9,6)	15,6 (±9,2)	16,3 (±9,4)	16,4 (±9,4)	0,317; (2,158) ;0,729

VARIÁVEL DEPENDENTE: TEMPO DE SERVIÇO

Como podemos constatar, não se observaram diferenças estatisticamente significativas face à percepção do grau de “Despersonalização” e de “Exaustão Emocional” por tempo de serviço ($p>0,05$).

Procurámos observar se existia correlação entre o tempo de serviço e o nível de “Envolvimento” profissional. Vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 72: RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE SERVIÇO E O ENVOLVIMENTO

		ENVOLVIMENTO PROFISSIONAL
TEMPO DE SERVIÇO	r	0,119
	p	0,133
	N	161

Como podemos constatar, não se observou uma correlação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço na instituição face ao nível do “Envolvimento” profissional ($p>0,05$). Independentemente do tempo de serviço apresentado pelos profissionais em estudo, aquele não influencia a percepção que possuem acerca do envolvimento com o exercício.

Procurámos ainda verificar se os estados de “Realização Pessoal”, o “Envolvimento” profissional, a “Despersonalização” da actividade e a “Exaustão Emocional” variavam em função do género dos indivíduos inquiridos:

QUADRO 73: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO PESSOAL POR GÉNERO

		EXAUSTÃO EMOCIONAL			DESPERSONALIZAÇÃO			REALIZAÇÃO PESSOAL		
		GÉNERO		TOTAL	GÉNERO		TOTAL	GÉNERO		TOTAL
		FEMININO	MASCULINO		FEMININO	MASCULINO		FEMININO	MASCULINO	
BAIXO	N	52	27	79	52	23	75	38	19	57
	%LINHA	65,8%	34,2%	100,0%	69,3%	30,7%	100,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	%TOTAL	32,3%	16,8%	49,1%	32,3%	14,3%	46,6%	23,6%	11,8%	35,4%
	ra	-1,2	1,2		-0,2	0,2		-0,7	0,7	
MÉDIO	N	34	8	42	30	16	46	26	15	41
	%LINHA	81,0%	19,0%	100,0%	65,2%	34,8%	100,0%	63,4%	36,6%	100,0%
	%TOTAL	21,1%	5,0%	26,1%	18,6%	9,9%	28,6%	16,1%	9,3%	25,5%
	ra	1,8	-1,8		-0,9	0,9		-1,1	1,1	
ALTO	N	27	13	40	31	9	40	49	14	63
	%LINHA	67,5%	32,5%	100,0%	77,5%	22,5%	100,0%	77,8%	22,2%	100,0%
	%TOTAL	16,8%	8,1%	24,8%	19,3%	5,6%	24,8%	30,4%	8,7%	39,1%
	ra	-0,4	0,4		1,2	-1,2		1,7	-1,7	
TOTAL	N	113	48	161	113	48	161	113	48	161
	% LINHA	70,2%	29,8%	100,0%	70,2%	29,8%	100,0%	70,2%	29,8%	100,0%
	%TOTAL	70,2%	29,8%	100,0%	70,2%	29,8%	100,0%	70,2%	29,8%	100,0%
		$\chi^2=3,183; g1=2; p=0,204;$			$\chi^2=1,591; g1=2; p=0,451;$			$\chi^2=2,971; g1=2; p=0,226;$		

ra= RESÍDUOS AJUSTADOS

Como podemos observar, não se constatou uma associação estatisticamente significativa do grau de “Exaustão Emocional”, da “Despersonalização” e da “Realização Pessoal” por género ($p>0,05$). No entanto, uma grande parte dos profissionais de saúde (49%) apresentaram uma

baixa exaustão emocional no exercício profissional, sendo a maioria, as mulheres, a indicar esta condição (66%), ocorrendo a mesma leitura em relação à despersonalização (47%) e, mais uma vez, sendo a maioria das mulheres a evidenciarem esta mesma condição (69%). No que diz respeito à realização pessoal, a maioria dos profissionais considera-se entre uma condição média (26%) e alta (39%) e esta opção é observada com maior incidência nas mulheres.

Procurámos verificar se existiam diferenças de percepção do nível de “Envolvimento” por género, vejamos o quadro seguinte:

QUADRO 74: NÍVEL DE ENVOLVIMENTO POR GÉNERO

	GÉNERO	\bar{X}	s	N	MÉDIA DAS ORDENAÇÕES	SOMATÓRIO DAS ORDENAÇÕES
NÍVEL DE ENVOLVIMENTO*	FEMININO	7,8	113	113	81,44	9203,00
	MASCULINO	7,0	48	48	79,96	3838,00
	TOTAL	7,1	161	161		

U=2662,000; Z=-0,187; p=0,852

*VARIÁVEL DEPENDENTE

Como podemos observar, não existiram diferenças estatisticamente significativas de percepção do nível de “Envolvimento” por género em meio profissional ($p > 0,05$).

2.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS CONTEÚDOS MANIFESTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2.2.1 UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL PERANTE A NECESSIDADE DE CUIDADOS

Neste primeiro campo teórico, onde se procurou saber se os profissionais de saúde utilizariam o seu hospital para receber cuidados de saúde, a esmagadora maioria considerou que sim. A postura dos que responderam afirmativamente orientou-se pela “*Competência Profissional*” daqueles que trabalham no hospital, dado o seu mérito ser reconhecido pelos pares e pela população em geral. A confiança neste hospital é nos transmitida pelos inquiridos devido à existência de “*sofisticados equipamentos*” no plano tecnológico e, à “*facilidade de acesso aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica*”, bem como, a percepção de “*elevado grau de diferenciação em termos de especialidades médico-cirúrgicas*”, que corroboram uma visão muito positiva na eventualidade de utilização deste hospital em caso de necessidade, para além da “*proximidade do local de residência*” ser um dos factores que determina a opção por este hospital. Observamos ainda o facto de existir “*facilidade de comunicação e de maior confiança*” com os profissionais de saúde da instituição. Estes desenvolvem, segundo a percepção dos inquiridos, atitudes e comportamentos profissionais de “*humanização*”.

Os inquiridos que demonstraram uma percepção menos positiva face à utilização deste hospital caso necessitassem de cuidados, indicaram um único facto, relacionado com a “*menor privacidade*” face à relação de proximidade que mantêm durante a actividade profissional.

2.2.2 A ESCOLHA DO HOSPITAL PARA REINICIAR HIPOTETICAMENTE A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL

Os inquiridos, quando confrontados com a possibilidade de escolha deste hospital para reiniciar a sua actividade profissional, na maioria (78,9%) consideraram “*claro que sim*” e “*provavelmente sim*”. Os inquiridos que se manifestaram positivamente, apresentaram como justificação: “*um dos melhores hospitais do país*”, bem como, “*possuir a melhor tecnologia e formação profissional*”. Para além destes factores principais, manifestaram a existência de “*boas relações profissionais e humanas*” durante o exercício e que proporcionavam um bom “*ambiente de trabalho*”.

Um outro factor que determinou a escolha do hospital caso pudessem voltar a atrás, fundamentou-se na “*localização geográfica favorável*”, revelando a situação da residência dos profissionais face ao hospital em estudo. Não podemos deixar de referir que, uma das franjas dos profissionais, especialmente jovens médicos, consideraram como positivo “*a possibilidade de investigação científica*”.

Porém, os que manifestaram uma condição menos positiva face à possibilidade de escolher novamente este hospital para trabalhar, incidiram as suas observações indicando “*as elevadas dimensões do hospital*”, que apresentam como consequência “*algum isolamento profissional*” e “*dificuldades de progressão na carreira*”.

No caso dos Técnicos de Radiologia foi possível observar alguma insatisfação por dificuldades “*de oportunidades profissionais*”, nomeadamente no que diz respeito ao acesso a “*técnicas mais recentes e de referência*”. Os Auxiliares de Acção Médica e também os Técnicos de Radiologia, referiram amiúde a “*falta de motivação*” face ao nível do reconhecimento por parte dos responsáveis.

Por último, alguns profissionais, indicaram que comparativamente com experiências anteriores em outros hospitais, se sentem “*mal remunerados*” devido ao volume de serviço e ao não pagamento de horas extraordinárias.

2.2.3 A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS

Procurámos analisar, segundo as várias classes profissionais, as medidas que poderiam conduzir a um aumento da qualidade dos cuidados prestados neste hospital. A maioria dos profissionais aponta na necessidade de “*aumentar os recursos humanos nos grupos profissionais que lidam directamente com os doentes*”. Esta leitura, enquadra-se na necessidade de dar melhor resposta a quem procura estes serviços e para prestar um atendimento mais personalizado e humano.

Perante a exposição anterior face às elevadas dimensões do hospital, registou-se um grande número de sugestões no sentido de “*existir uma maior articulação entre serviços*” e “*celeridade nas decisões*”. Estas mesmas manifestações enquadram-se na preocupação de existir um “*aumento de diálogo entre os vários profissionais*”. Não descurando a necessidade percebida pelos inquiridos para “*um aumento, ou até frequência obrigatória de acções de formação*”.

No caso particular dos Auxiliares de Acção Médica, estes consideram que a melhoria da qualidade dos cuidados sai prejudicada por “*possuírem muitos responsáveis em lugares de chefia*”.

Algumas classes profissionais sugeriram, para se obter uma melhor qualidade na prestação de cuidados, a existência de “*marcações adequadas de consultas e exames e ajustadas à realidade*” do hospital ou serviço.

2.2.4 PROPOSTAS DE MELHORIA DA QUALIDADE DO HOSPITAL

Das propostas apresentadas pelos inquiridos no que diz respeito à melhoria da qualidade do hospital, a esmagadora maioria preocupou-se em alertar para melhores condições estruturais, incidindo essencialmente “*no aumento do parque de estacionamento*”, para os mais diversos

funcionários do hospital em estudo, bem como nas “*melhorias das condições do ambiente de trabalho (temperatura e luminosidade)*”, ainda determinadas propostas de “*acessibilidade ao hospital*” e a presença de uma “*adequação ergonómica dos materiais e dos equipamentos*” e a rápida “*desburocratização de concursos para a aquisição de material*”, estendendo-se à “*melhoria da qualidade das refeições*” do refeitório do hospital.

No que diz respeito a propostas envolvendo os profissionais, sugerem novamente o “*aumento dos recursos humanos*” do hospital. Desejam desenvolver e incentivar “*um espírito de equipa e de cooperação entre os profissionais*”, não deixando de referir uma aposta na “*formação profissional*”, nomeadamente através de acções levadas a cabo para esse fim.

Algumas classes profissionais evidenciam preocupações específicas com repercussão na qualidade do hospital. Os Técnicos de Radiologia sugeriram a “*criação de mais salas de trabalho na urgência*” e alguns Médicos gostariam de ver satisfeitas algumas recomendações como: “*financiamento de cursos para Internos fora da instituição*” e criação de “*locais de descanso, referindo-se concretamente ao serviço efectuado na urgência*”, determinado pelo número de horas de trabalho nesse local.

2.2.5 ACÇÕES DE GESTÃO QUE SURPREENDERAM OS PROFISSIONAIS NO ÚLTIMO ANO

A questão colocada sobre as acções de gestão desenvolvidas no local de trabalho dos profissionais de saúde no último ano, demonstrou existirem posições bipolares quanto à apreciação dessas acções de gestão.

Os aspectos positivos mais evidenciados estiveram relacionados com o “*investimento em sistemas de informação e recursos informáticos*”, tendo sido evidenciado a implementação do “*sistema Alert-ert*” e da “*radiologia digital*”, com repercussões na informatização de todos os serviços, referência para o «PACS» e «RIS». No que diz respeito às infra-estruturas, foram apreciadas as “*remodelações/reorganizações em alguns serviços*” nomeadamente ao nível do serviço de urgência. E por fim, o desenvolvimento de “*campanhas de sensibilização anti-tabágica*”.

Quanto aos aspectos menos positivos, os profissionais lamentaram alguns “*cortes orçamentais*” para aspectos considerados básicos face a outros menos importantes e “*mais dispendiosos*”. A justificação apresentada face a este cenário de gestão, esteve associado “*a um enfoque na quantidade em detrimento da qualidade*” de uma forma genérica, nos vários âmbitos. Com grande surpresa registaram a “*demissão da equipa*” de Administração do hospital.

2.2.6 MELHORIA DA ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL

Procurámos estudar a sensibilidade dos profissionais para desenvolver estratégias de melhoria do

funcionamento e de organização do hospital. No seguimento das preocupações evidenciadas em questões anteriores, foram apontadas estratégias relacionados com o “*aumento do parque de estacionamento*”, tendo mesmo sido referido “*a anuência ao pagamento de um determinado valor estipulado pela Administração*”.

Outra das estratégias preconizadas pelas várias classes profissionais foi a “*melhoria da comunicação*” entre os profissionais e “*estimular o relacionamento interpessoal*”. Promover um “*aumento de autonomia de cada serviço*” no funcionamento interno, recrutando mais “*recursos humanos*” para as equipas de trabalho e em “*detrimento de algumas chefias intermédias*”, bem como, fomentar o “*controlo e fiscalização de recursos humanos e materiais*”. Outro factor que foi referido como medida para melhoria da organização, foi a necessidade dos profissionais terem conhecimento “*dos objectivos definidos pela administração*”, procurando assim uma maior aproximação à realidade, legitimada pelas chefias.

Por fim, os profissionais de saúde, consideraram que organização hospitalar ganharia mais eficácia de intervenção, na própria sociedade em geral, se estabelecesse “*um maior envolvimento com os Centros de Saúde*” locais.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Chegados a esta etapa da nossa tese, foi nosso objectivo geral de investigação compreender a satisfação profissional em meio hospitalar, orientado para os profissionais que exerciam a sua actividade no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

No que diz respeito aos profissionais em estudo, a maioria dos respondentes foram os Técnicos de Radiologia (37,9%) seguido dos Auxiliares de Acção Médica (28%), sendo os Secretários Clínicos os profissionais menos representados neste estudo (3,7%).

Ao nível dos dados sociobiográficos, a nossa amostra, no geral, era do género feminino (70%), sendo também a maioria casada (71%) e possuindo como habilitação académica “Ensino Superior” (65%). No que diz respeito à área de residência, a grande maioria (78%) residia na cidade de Coimbra. A idade média dos profissionais em estudo foi de 42 anos ($\pm 9,5$), apresentando, quanto a este aspecto, uma distribuição simétrica por género. Quanto à descrição da idade média por classe profissional, verificou-se que os Auxiliares de Acção Médica apresentaram uma média de idade mais elevada, 46 anos ($\pm 7,5$), em relação às restantes classes profissionais. A classe profissional que apresentou uma idade média mais baixa foi a de Técnico de Radiologia ($\bar{x}=38,5;\pm 10,1$).

No que diz respeito à descrição das variáveis socioprofissionais, quanto ao tipo de vínculo, a maioria dos inquiridos encontrava-se numa condição de “trabalhador do Quadro” (86,3%) e só 4,3% se encontra numa condição de “contracto administrativo de provimento”. Estes resultados foram muito semelhantes aos do estudo sobre Satisfação Profissional em meio hospitalar (Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra), em que a maioria (85,6%) dos prestadores de saúde eram trabalhadores do quadro (Paulo, 2003).

Ao nível da responsabilidade de supervisão, só 31,7% é que possuíam essas atribuições e 11,2% possuíam responsabilidades na gestão do serviço.

Quanto ao tipo de horário, os nossos inquiridos praticavam na sua maioria um horário laboral “fixo” (60,9%). Os profissionais que se encontravam no quadro da instituição, foram aqueles que apresentaram uma média de idade mais elevada ($\bar{x}=43,6;\pm 8,3$), face aos que se encontravam numa condição de contratado.

No que diz respeito ao tempo médio de serviço por tipo de vínculo, foram os profissionais do quadro quem apresentou um tempo de exercício profissional mais elevado ($\bar{x}=18,4;\pm 8,5$), tendo

a média geral de anos de serviço sido de 16 anos ($\pm 9,4$). Quanto ao tempo de serviço por tipo de classe profissional, foram os Auxiliares de Acção Médica que apresentaram um maior tempo de serviço que rondava os 20 anos ($\pm 7,6$), seguido dos Administrativos ($\bar{x}=18,3;\pm 9,4$), em contraponto aos Técnicos de Radiologia que apresentaram um menor tempo de serviço, próximo dos 13 anos ($\pm 9,5$).

Quanto à análise dos inquiridos face à avaliação da satisfação profissional no local de trabalho, no que diz respeito às *Facetas*: - *Órgãos de Gestão*: a maioria dos indivíduos avalia-os como “regular”; *Recursos Humanos*: a avaliação é também “regular” segundo os nossos inquiridos, apesar de existirem algumas indecisões quanto ao número de profissionais necessários e presentes no serviço; Quanto ao *Superior Hierárquico* e ao *Estado de Espírito*: foram percebidos como “bom” em todas as condições; Quanto ao *Vencimento*: os inquiridos consideram “mau” a “regular” relativamente à sua responsabilidade no hospital e à sua experiência profissional, tendo em linha de conta o seu desempenho, a percepção é a de que o vencimento auferido é “mau”. Por fim, *Local de Trabalho e Equipamento*: foi percebido entre “bom” e “regular”, merecendo ênfase a percepção relativa à qualidade do equipamento, que se situa entre o “bom” e “muito bom”.

Quanto às *sub-escalas* da avaliação da satisfação profissional no seu local de trabalho, estas dividiram-se por *Política de Recursos Humanos*, *Serviços de Internamento*, *Serviços Complementares e de Apoio*, *Moral* e *Recursos Tecnológicos e Financeiros*.

No que diz respeito à Sub-escala *Política de Recursos Humanos*: a maioria dos profissionais revelou uma satisfação “regular”, no entanto, ao nível da Planificação das Actividades observou-se uma menor satisfação.

No que diz respeito à sub-escala *Moral*, a maioria dos nossos inquiridos percebeu de forma satisfatória, que vão desde as atitudes, expectativas no âmbito da equipa, bem como ao nível da relação entre os vários profissionais, entre pares e seus superiores hierárquicos.

Quanto à sub-escala *Recursos Tecnológicos e Financeiros*: os profissionais pontuaram de forma menos positiva esta sub-escala, direccionando a sua preocupação quanto à inadequação do seu vencimento face às actividades desenvolvidas, face à sua experiência e face à responsabilidade atribuída ao profissional durante o exercício. Não deixando de referir que foram sentidas como positivas (satisfatórias), as avaliações realizadas às condições de limpeza, segurança, organização do espaço e equipamentos.

Quanto à sub-escala *Serviços de Internamento*: os nossos profissionais consideraram com bastante satisfação todos os serviços de internamento disponibilizados e organizados no hospital em estudo. Por fim, a leitura anterior também se aplica, de uma forma geral, aos *Serviços Complementares e de Apoio*.

Por último, quanto às *escalas* que retratam de forma macro, a visão de satisfação profissional dos inquiridos em estudo, foram: “Qualidade do Local de Trabalho”, “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” e “Melhoria Contínua da Qualidade”. Quanto à percepção que os profissionais em estudo revelaram relativamente à *Qualidade do Local de Trabalho*: a maioria dos inquiridos apresentou uma visão positiva, de forma geral, do local de trabalho, apesar de revelarem algumas preocupações ao nível da planificação das actividades, bem como, na responsabilidade que cada profissional deve assumir face aos benefícios que obtém no seu local de trabalho.

Quanto à escala de *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*: a maioria dos nossos inquiridos revelou estar satisfeita com a qualidade do hospital em estudo, no que diz respeito à prestação de cuidados aos seus utentes. A leitura das posições dos inquiridos face à escala anterior, também é reproduzida no que diz respeito à percepção dos mesmos quanto à *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*.

Quanto à última escala do instrumento supracitado, *Melhoria Contínua da Qualidade*: a maioria dos profissionais assume que o hospital, no geral, bem como o seu serviço, em particular, têm desenvolvido esforços numa constante melhoria da qualidade ao nível do serviço, do investimento em conhecimento, bem como na gestão dos recursos disponíveis para o trabalho.

Em resumo, ao nível dos valores médios de satisfação nas *escalas* observadas anteriormente, foi a Escala de Melhoria Contínua da Qualidade a que apresentou maior satisfação, enquanto que, a Escala Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados apresentou a pior pontuação média. Estes resultados foram confirmados no estudo sobre Satisfação Profissional no Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra (Paulo, 2003).

No que diz respeito às Sub-escalas Serviço de Internamento e Moral, estas foram as que apresentaram valores médios de satisfação mais elevados, enquanto que as Sub-escalas Política de Recursos Humanos e Recursos Tecnológicos e Financeiros apresentaram valores médios de satisfação mais baixos. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos no estudo realizado no Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra (Paulo, 2003).

Por fim, quanto às Facetas do nosso instrumento (IASP), foram Superior Hierárquico e Estado de Espírito, as que, em média, revelaram maiores níveis de satisfação. Sendo as facetas Vencimento e Órgãos de Gestão, as que apresentaram níveis médios de satisfação mais baixos. Estes indicadores foram sobreponíveis aos apresentados pelo estudo da Satisfação Profissional em meio hospitalar (Paulo, 2003).

Procurámos avaliar a condição psicossocial dos profissionais de saúde, no que diz respeito ao *Burnout* durante o exercício profissional. As dimensões observadas foram: “Exaustão Emocional”, “Despersonalização”, “Realização Profissional” e “Envolvimento”. Podemos constatar que, uma grande parte da nossa amostra apresentou uma baixa condição de *Exaustão Emocional*, não deixando de referir, no entanto, que cerca de ¼ da nossa amostra, apresentou uma elevada exaustão emocional.

No que diz respeito à percepção dos nossos inquiridos face à dimensão *Despersonalização* durante o exercício profissional, também uma grande parte da nossa amostra revelou apresentar uma baixa condição de despersonalização, mas, mais uma vez, não podemos deixar de referir que ¼ da amostra em estudo, relevou elevados níveis de despersonalização profissional.

Quanto à dimensão *Realização Profissional*, observou-se uma bipolaridade de posições segundo os profissionais em estudo. Uma parte da amostra revelou elevados níveis de realização profissional, apesar da outra parte revelar baixos níveis da mesma condição. Por fim, no que diz respeito à dimensão *Envolvimento*, os profissionais, em média, mostraram-se pouco envolvidos profissionalmente no seu local de trabalho.

Quanto à perspectiva analítica dos resultados das nossas hipóteses de investigação, vejamos as interpretações obtidas:

Na *hipótese um*, onde procurámos verificar se existiam diferenças de satisfação nas escalas que avaliam a “Qualidade do Local de Trabalho”, a “Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados”, a “Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados” e de “Melhoria Contínua da Qualidade” por classe profissional.

- Constatamos que ao nível da percepção de satisfação com a *Qualidade do Local de Trabalho* observaram-se diferenças significativas, sendo que, os profissionais que mais satisfeitos se revelaram com a qualidade do local de trabalho foram os Médicos, não deixando de referir que, aqueles que menos satisfeitos se encontraram com a qualidade do local de trabalho foram os Administrativos.
- Procurámos ainda explorar, dentro da escala de Qualidade do Local de Trabalho, a percepção de satisfação avaliadas nas sub-escalas de *Política dos Recursos Humanos*, de *Moral* e dos *Recursos Tecnológicos e Financeiros*, tendo-se registado diferenças de satisfação por classe profissional, sendo os Médicos e os Secretários Clínicos, aqueles que mais satisfeitos se revelaram na sub-escala *Moral* ao nível da relação interpessoal, bem como, com os seus superiores, mas a mesma percepção não foi sentida por parte dos Administrativos, que revelaram uma menor satisfação, quer seja ao nível da relação interpessoal, bem como, com os seus superiores hierárquicos. Ao nível das restantes sub-escalas (*Recursos Tecnológicos e Financeiros* e da *Política de Recursos Humanos*), não se registaram diferenças de satisfação por classe profissional. Explorámos também algumas facetas onde poderiam existir diferenças de satisfação por classe profissional. Verificámos a presença de diferenças de satisfação nas duas facetas (*Estado de Espírito* e *Superior Hierárquico*) que pertenciam à sub-escala *Moral*. Constatámos que a satisfação com o *Superior Hierárquico* era diferente por classe profissional, sendo a classe Médica a que se revelou mais satisfeita com os superiores hierárquicos. No entanto, foram os Administrativos, os Técnicos de Radiologia e os Auxiliares de Acção Médica, aqueles que menos satisfação mostraram face ao seu superior hierárquico. No estudo de Paulo (2003), observou-se no Hospital Geral CHC que a classe profissional mais satisfeita com o Superior Hierárquico foi a dos Administrativos, enquanto que, no Hospital São Sebastião foram os médicos, aqueles que revelaram ter maior satisfação profissional com os seus superiores hierárquicos, confirmando este os nossos resultados. Quanto à faceta *Estado de Espírito*, não se registaram diferenças de satisfação face a esta dimensão na nossa amostra em estudo, não sendo confirmado este resultado no estudo de Satisfação Profissional de Paulo (2003), no Hospital Geral CHC, onde foram os Administrativos que mais satisfeitos se encontraram com esta faceta. No entanto, a confirmação da não existência de diferenças de

satisfação significativas ao nível do Estado Espírito na nossa amostra, vai de acordo com os resultados verificados no Hospital São Sebastião (Paulo, 2003).

- Quando avaliámos a presença de diferenças de satisfação com a *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados* por classe profissional, constatámos que não se registaram diferenças de percepção de satisfação com a qualidade do hospital na prestação de cuidados por classe profissional. No estudo de Satisfação Profissional no Hospital Geral CHC foram os Administrativos que se revelaram mais satisfeitos com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados e no Hospital São Sebastião, a classe profissional mais satisfeita com esta dimensão foi a classe Médica (Paulo, 2003).
- Procurámos também conhecer, se a percepção de satisfação com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* diferia por classe profissional. Verificámos que existiam diferenças de satisfação com a qualidade dos serviços na prestação de cuidados, sendo os Médicos e os Técnicos de Radiologia os que se apresentaram com níveis de satisfação mais elevados face às restantes classes profissionais. Estes resultados não vão ao encontro dos que foram observados no Hospital Geral CHC, onde, mais uma vez, os Administrativos foram aqueles que se revelaram mais satisfeitos com a Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados, mas, confirmados parcialmente os resultados iniciais, quando observamos o Hospital São Sebastião, em que a classe profissional mais satisfeita com esta dimensão foi a classe Médica (Paulo, 2003).
- Como registámos diferenças por classe profissional em função da qualidade dos serviços na prestação de cuidados, procurámos explorar, nas sub-escalas que compõem a escala em análise, se a percepção de satisfação dos *Serviços de Internamento* e dos *Serviços Complementares e de Apoio* diferiam por classe profissional. Constatámos que existiam diferenças de satisfação com os *Serviços de Internamento* por classe profissional, sendo os Administrativos, aqueles que se mostraram menos satisfeitos face às restantes classes profissionais, o que vem contradizer os resultados obtidos no Hospital Geral CHC, isto é, nesse estudo foram os Administrativos os que se revelaram mais satisfeitos. Os nossos resultados vão de encontro, parcialmente, aos do Hospital São Sebastião, onde foram os Médicos que se mostraram mais satisfeitos com os Serviços de Internamento, apesar de não serem significativos os valores médios de satisfação face às restantes classes profissionais (Paulo, 2003). No entanto, quando as classes profissionais foram confrontadas com a sua percepção de satisfação com os *Serviços Complementares e de Apoio*, não se registaram diferenças de satisfação entre elas. Mais uma vez esta leitura não foi confirmada no Hospital Geral CHC, isto é, foram os Administrativos que se mostraram mais satisfeitos com esse tipo de serviços e, no Hospital São Sebastião, foram os Médicos que se revelaram mais satisfeitos com os Serviços Complementares e de Apoio

(Paulo, 2003)

- Por fim, constatámos que não se registaram diferenças de percepção de satisfação com a *Melhoria Contínua da Qualidade* por classe profissional, no entanto, as classes que melhor demonstraram essa satisfação foram os Médicos e os Técnicos de Radiologia face às restantes classes profissionais. Esta mesma condição é confirmada no estudo da Satisfação Profissional no Hospital Geral CHC, bem como, no Hospital São Sebastião, onde não se registaram diferenças de satisfação com a *Melhoria Contínua da Qualidade* por classe profissional (Paulo, 2003)

Procurámos verificar se existiam diferenças de satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho, com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados, com a Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados e de *Melhoria Contínua da Qualidade* por tipo de Vínculo concluímos que:

- Verificámos a não existência de diferenças significativas de satisfação percebida pelos profissionais face ao tipo de vínculo assumido perante a *Qualidade do Local de Trabalho*. No entanto, foram os profissionais com “contrato administrativo de provimento” os que se mostraram mais satisfeitos com a Qualidade do Local de Trabalho.
- No que diz respeito à *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, também constatámos não existirem diferenças de satisfação com a qualidade do hospital na prestação de cuidados face ao vínculo que cada profissional possuía com a instituição. No estudo de Paulo (2003), este registou diferenças de satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados por tipo de vínculo no Hospital Geral CHC, sendo os Contratados que se encontravam mais satisfeitos e no Hospital São Sebastião não se registaram diferenças de satisfação por tipo de vínculo.
- Procurámos ainda observar se existiam diferenças de satisfação com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*. Como pudemos constatar, não se registaram diferenças de satisfação com a Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados por tipo de vínculo que os profissionais possuíam.
- Por fim, procurámos verificar se existiam diferenças de satisfação com a *Melhoria Contínua da Qualidade* por tipo de vínculo. Pudemos constatar que, independentemente do tipo de vínculo que o profissional possuía, esta condição não influenciou a sua percepção de satisfação com a evolução da melhoria contínua da qualidade do hospital em que trabalha. Mais uma vez no estudo de Paulo (2003), este registou diferenças de satisfação com a *Melhoria Contínua da Qualidade* por tipo de vínculo no Hospital Geral CHC, sendo os contratados quem se

encontrava mais satisfeito, já no Hospital São Sebastião não se registaram diferenças de satisfação por tipo de vínculo. Segundo Graça (1999) os trabalhadores com vínculo ao quadro da instituição, com uma percepção de segurança maior no emprego, apresentam valores de satisfação profissional mais elevados.

Procurámos verificar se existiam diferenças de satisfação percebida por parte dos profissionais com a Qualidade do Local de Trabalho, com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados, com a Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados e de Melhoria Contínua da Qualidade por género:

- Não se observaram diferenças de satisfação por parte dos profissionais em relação ao género no que diz respeito à *Qualidade do Local de Trabalho*.
- No entanto, registaram-se diferenças de satisfação por género quanto à *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, quanto à *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* e de *Melhoria Contínua da Qualidade*. Em todas as escalas em análise, foram os profissionais do género masculino os que revelaram estar mais satisfeitos. Estes resultados não vão ao encontro dos que foram obtidos com o mesmo instrumento (IASP) no estudo de Paulo (2003), isto é, nem no Hospital Geral CHC, nem no Hospital São Sebastião, se verificaram diferenças de satisfação com as diversas escalas de satisfação por género. Procurámos ainda verificar ao nível das sub-escalas *Serviços de Internamento* e *Serviços Complementares e de Apoio* (integradas na escala Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados), constatámos que foi ao nível dos Serviços de Internamento que as percepções de satisfação mais se diferenciavam face a esse tipo de serviço, por género e foram os profissionais do género masculino aqueles que mais satisfeitos se mostraram. Não se registaram diferenças de satisfação por género em relação aos *Serviços Complementares e de Apoio*. Nos estudos de Brush et al., (1987), Witt & Nye (1992) Greenhaus et al., (1990) onde utilizaram outras escalas de avaliação de satisfação profissional, o género não influenciava o grau de satisfação.

Também procurámos verificar se existiam diferenças de satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho, com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados, com a Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados e de Melhoria Contínua da Qualidade por grupo etário.

- Quanto à satisfação com a *Qualidade do Local de Trabalho* não se demonstraram diferenças por grupo etário dos profissionais em estudo, apesar de serem os mais velhos, aqueles que demonstraram uma satisfação ligeiramente mais elevada com a referida qualidade em relação aos restantes profissionais.

- No que diz respeito à *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, registaram-se diferenças de satisfação por grupo etário, sendo que o grupo que mais se destacou foi o que se situava entre os 35 e 45 anos de idade. Este resultado não foi confirmado no Hospital Geral CHC, nem no Hospital São Sebastião, onde não se registaram diferenças significativas (Paulo, 2003).
- Quanto à *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*, não se registaram diferenças de satisfação por grupo etário. Mas, foram os profissionais com idade inferior ou igual a 35 anos que revelaram estar sensivelmente mais satisfeitos.
- Por fim, no que diz respeito à satisfação com a *Melhoria Contínua da Qualidade*, também não se registaram diferenças de percepção de satisfação face ao seu hospital na melhoria contínua de qualidade do serviço. Porém, apesar de não existirem diferenças, foram os profissionais do grupo etário mais velho, os que revelaram uma percepção de satisfação mais positiva face à referida melhoria contínua. No estudo de Paulo (2003), estes resultados confirmam-se no Hospital Geral CHC. Já no Hospital São Sebastião, foi a faixa etária dos 35 a 45 anos que significativamente se revelou mais satisfeita com a Melhoria Contínua da Qualidade. Porém, a maior parte dos estudos internacionais (Brush, et al., 1987; Clark, et al., 1996) indicaram que a satisfação profissional, de uma maneira geral, aumenta com a idade.

Procurámos saber se existiam diferenças de satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho, com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados, com a Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados e de Melhoria Contínua da Qualidade por tempo de serviço em meio hospitalar, pudemos constatar que não se observaram diferenças significativas de satisfação face à *Qualidade do Local de Trabalho*, com a *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, bem como, com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* e, por fim, na *Melhoria Contínua da Qualidade* por tempo de serviço dos profissionais em estudo. Porém, foram os profissionais com mais de 20 anos de serviço neste hospital, os que se mostraram mais satisfeitos com todos os itens anteriormente apresentados, à excepção da *Qualidade de Serviços na Prestação de Cuidados*. No estudo de Paulo (2003) confirmamos estes resultados ao nível do Hospital Geral CHC.

Quando procurámos verificar se existiam diferenças de satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho, com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados, com a Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados e de Melhoria Contínua da Qualidade por grau habilitacional dos profissionais, nas várias escalas em estudo.

Não se observaram diferenças de satisfação em relação à *Qualidade do Local de Trabalho*, com a *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, bem como, com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de*

Cuidados e, por fim, na *Melhoria Contínua da Qualidade* por condição habilitacional dos profissionais em estudo. Não podendo deixar de referir que foram os profissionais com formação de nível superior, aqueles que se mostraram mais satisfeitos com a *Melhoria Contínua da Qualidade*, face aos restantes profissionais com outras habilitações literárias. Porém, no estudo da *Satisfação Profissional de Paulo (2003)* no Hospital Geral CHC, observou-se diferenças de *Satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, sendo os indivíduos com Ensino Secundário aqueles que se mostraram mais satisfeitos. Quanto ao Hospital São Sebastião, não se registaram diferenças quer ao nível da *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, quer ao nível da *Melhoria Contínua da Qualidade* por grau habilitacional.

Procurámos ainda verificar se existiam diferenças de satisfação com a *Qualidade do Local de Trabalho*, com a *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* e de *Melhoria Contínua da Qualidade* por situação familiar dos nossos profissionais. Pudemos também observar que não se registaram diferenças de satisfação, face às escalas em estudo, por situação familiar. Apesar de não existirem diferenças de satisfação, foram os “divorciados”, aqueles que apresentaram uma maior satisfação ao nível da *Qualidade do Local de Trabalho*, bem como, ao nível da *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados*. Nas escalas *Melhoria Contínua da Qualidade* e da *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados* foram os sujeitos “solteiros”, os que se apresentaram mais satisfeitos. Estes resultados foram confirmados com os resultados obtidos no estudo de *Satisfação Profissional no Hospital Geral CHC* e no Hospital São Sebastião, onde não se registaram diferenças de satisfação nas escalas anteriores por situação familiar (Paulo, 2003).

Também procurámos verificar a presença de diferenças de satisfação com a *Qualidade do Local de Trabalho*, com a *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* e de *Melhoria Contínua da Qualidade* por possuir responsabilidades de supervisão perante os outros. Pudemos concluir que, independentemente da presença, ou ausência, de responsabilidade de supervisão, ela não influenciou a satisfação dos profissionais com a *Qualidade do Local de Trabalho*, com a *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* e na *Melhoria Contínua da Qualidade*. Mais uma vez, estes resultados foram confirmados no estudo sobre a *Satisfação Profissional no Hospital Geral CHC*, porém, ao nível do Hospital São Sebastião, observaram-se diferenças de satisfação com a *Melhoria Contínua da Qualidade*, sendo os que possuíam responsabilidades de supervisão, aqueles que mais satisfeitos se mostraram (Paulo, 2003).

Procurámos ainda verificar se existiam diferenças de satisfação com a *Qualidade do Local de Trabalho*, com a *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados*, com a *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* e de *Melhoria Contínua da Qualidade* por possuir responsabilidades de

gestão perante os outros.

- Pudemos concluir que se registaram diferenças de satisfação, entre os profissionais que possuíam responsabilidades de gestão, com a *Qualidade do Local de Trabalho* relativamente aos que não possuíam essa responsabilidade. Esta situação não se verificou nas outras escalas.
- Pudemos constatar que, quando avaliámos as sub-escalas *Política de Recursos Humanos, Moral e Recursos Tecnológicos e Financeiros*, integrados na escala *Qualidade do Local de Trabalho*, também se registaram diferenças de satisfação entre quem possui, ou não, responsabilidades de gestão no serviço. Essas diferenças observaram-se ao nível da *Moral*, isto é, foram os profissionais com responsabilidades de gestão que se mostraram mais satisfeitos ao nível desta sub-escala.
- Como se observaram diferenças na sub-escala *Moral* entre os que possuíam responsabilidades de gestão, explorámos ainda as facetas desta mesma sub-escala. Confirmámos que são os profissionais com responsabilidades de gestão, os que mais satisfeitos se apresentaram face aos *Superiores Hierárquicos* (faceta), relativamente aos que não possuíam essa mesma responsabilidade. Este resultado não foi confirmado no estudo de Satisfação Profissional desenvolvido quer no Hospital Geral CHC, quer no Hospital São Sebastião, onde não se registaram diferenças significativas de satisfação face a esta faceta (Paulo, 2003). Apesar de não existirem diferenças de satisfação face ao Estado de Espírito no Serviço de Imagiologia dos HUC, bem como no Hospital Geral CHC, observaram-se diferenças de satisfação com esta faceta no Hospital São Sebastião, sendo os profissionais com responsabilidades de gestão aqueles que se mostraram mais satisfeitos (Paulo, 2003).

Quando abordámos a percepção geral (opinião), acerca do hospital onde exercem funções, pelas várias classes profissionais, foram os Médicos, os Enfermeiros e os Secretários Clínicos, os que apresentaram uma opinião mais favorável em relação aos *Superiores Hierárquicos*. Este sentimento também é corroborado, no que diz respeito ao encorajamento dos profissionais, quanto a realização das suas actividades, sendo os Médicos aqueles que mais satisfeitos se apresentam face a esta condição. Por fim, também de destacar que foram os Secretários Clínicos aqueles que, opinião mais favorável mostraram, quanto há existência de profissionais em número suficiente no respectivo hospital.

Procurámos também avaliar se a percepção geral de satisfação face ao hospital onde os profissionais exercem as suas funções, dependeria do tempo de serviço dos mesmos. Constatámos que os profissionais que se encontravam à mais tempo no serviço, têm uma opinião mais positiva relativamente aos cuidados que os utentes recebem no hospital, e que os

profissionais que possuem mais tempo de serviço, também indicam que estão mais satisfeitos com a formação que recebem ao nível da relação *profissional-utente*. Por fim, também são os profissionais que se encontram à mais tempo no serviço, que mais satisfeitos estão com a posição da Administração face às suas preocupações e necessidades.

Também procurámos verificar, se a percepção geral de satisfação face ao hospital onde os profissionais exercem as suas funções, dependeria do género dos mesmos. Os homens destacaram-se significativamente em relação às mulheres, no que diz respeito ao tratamento das queixas que apresentam perante os superiores hierárquicos e que possuem também um bom conhecimento dos profissionais de outros serviços.

Procurámos também avaliar se, a percepção geral de satisfação face ao hospital onde os profissionais exercem as suas actividades, dependeria do tipo de vínculo que os mesmos possuíam à instituição. Podemos concluir que são os profissionais que se encontram no quadro, aqueles que apresentaram uma visão mais positiva com os cuidados que o hospital presta aos utentes. Já os profissionais que se encontravam em contrato de trabalho a termo, vêm como positivo a oportunidade de participar na elaboração dos planos de actividade do hospital.

Por fim, procurámos observar se a opinião geral mais favorável à sua instituição, dependeria da realização, ou não, de trabalho por turnos, por parte dos nossos profissionais. Constatámos que foram os profissionais que possuem horário fixo, os que indicaram ter um contacto mais facilitado com o director e administrador e que, consideraram também de forma positiva, a existência de um número suficiente de profissionais para a realização das tarefas de trabalho.

Constatámos ainda que a formação que os profissionais de saúde apresentam para o exercício e desempenho profissional, bem como, a recomendação deste hospital a familiares e amigos, e para a sua própria utilização em caso de necessidade, e também na possibilidade da escolha deste hospital para trabalhar, foram os indicadores de satisfação global que mais receptividade acolheram no serviço, sendo confirmada esta postura na grande maioria dos nossos profissionais. Comparativamente com o estudo de Paulo (2003), obtivemos resultados sensivelmente mais elevados ao nível da recomendação deste hospital a familiares e amigos, bem como para o acaso de utilização própria em caso de necessidade.

Constatámos que os profissionais consideraram ter uma visão mais positiva face à Qualidade do Local de Trabalho quando existe uma elevada satisfação com os superiores hierárquicos, bem como, com um bom relacionamento ao nível do diálogo com os seus directores, sentindo da parte destes um respeito pela classe profissional e indo ao encontro das necessidades destes, destacando a realização e valorização profissional.

No que diz respeito à satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados, os

nossos profissionais consideraram que a qualidade do hospital ao nível da prestação de cuidados, é influenciada positivamente quando observamos uma satisfação mais elevada no que diz respeito aos serviços de internamento que o hospital disponibiliza aos seus utentes, bem como, quando os nossos profissionais percebem uma elevada satisfação dos utentes perante os cuidados recebidos. Esta satisfação com a Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados é também, de alguma forma, influenciada pela opinião de que os profissionais recebem formação suficiente na forma como lidar com os seus utentes, bem como, da percepção acerca do local de trabalho enquanto espaço de actuação profissional e pela disponibilidade de bom equipamento, ajustado às necessidades dos mesmos.

Constatámos que foram os indicadores dos órgãos de gestão, na sua globalidade, que melhor determinaram a satisfação com a Política de Recursos Humanos, sendo o indicador Planificação de Actividades, aquele que mais contribuiu para uma percepção mais positiva. Não descurando também, o indicador Queixas e Objecções tratadas pelos órgãos de gestão quando apresentadas por parte dos profissionais, revelando influência numa adequada Política de Recursos Humanos.

Por fim, constatámos que o que determinou a satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho, foi o indicador Superior Hierárquico (faceta), donde podemos afirmar que, para os nossos inquiridos, a percepção que possuem face ao seu responsável directo, determina de forma positiva e bastante significativa a satisfação com a Qualidade do Local de Trabalho, não deixando de referir que, outros indicadores com menor relevância (magnitude) também corroboraram a satisfação com a referida qualidade do local de trabalho, em especial, a política de recursos humanos desenvolvida neste hospital, bem como, enquanto espaço de trabalho e o equipamento disponível para os profissionais.

Na *hipótese 2* no que diz respeito ao *Burnout*, procurámos observar se os estados de *Realização Pessoal*, *Envolvimento Profissional*, *Despersonalização da Actividade* e *Exaustão Emocional* variam em função da classe profissional dos indivíduos inquiridos. No que diz respeito à *Realização Pessoal*, esta não varia em função da classe profissional.

Contudo, observámos uma associação entre o grau de *Despersonalização* e a classe profissional, sendo os Enfermeiros e os Auxiliares de Acção Médica, os que manifestaram um grau de despersonalização profissional significativamente mais elevado, comparativamente aos Administrativos que apresentaram um sentimento inverso. No entanto, uma boa parte da nossa amostra em estudo revelou um grau de despersonalização profissional baixo.

Quanto ao grau de *Exaustão Emocional*, não se observaram diferenças de exaustão emocional por

classe profissional, apesar da maioria dos inquiridos indicar um grau de exaustão emocional baixo. Por último, constatou-se que, no que diz respeito ao *Envolvimento Profissional*, este varia por classe profissional, sendo os Enfermeiros e os Auxiliares de Acção Médica, quem manifestou um maior envolvimento no exercício profissional face às restantes classes.

Procurámos ainda verificar, se os estados de *Realização Pessoal*, grau de *Envolvimento Profissional*, nível de *Despersonalização* e de *Exaustão Emocional* dependeriam da faixa etária dos profissionais em estudo. Relativamente ao grau de *Realização Pessoal*, de *Despersonalização*, de *Exaustão Emocional* e *Envolvimento* por faixa etária, não se observou qualquer associação quanto à idade, isto é, o grau de realização pessoal, despersonalização, exaustão emocional e envolvimento são independentes da idade que o respectivo profissional possuía.

Também procurámos verificar, se os vários estados de *burnout* eram influenciados pelo tipo de vínculo laboral que os inquiridos detêm na instituição. Relativamente ao grau de *Realização Pessoal*, de *Despersonalização*, de *Exaustão Emocional* e *Envolvimento* por tipo de vínculo laboral, não se observou qualquer associação, isto é, o grau de realização pessoal, despersonalização, exaustão emocional e envolvimento são independentes do vínculo (tipo) que o respectivo profissional possuía.

Procurámos ainda observar se os vários estados de *burnout* se alteravam em função do tempo de serviço na instituição, onde trabalham os nossos inquiridos. Mais uma vez, o grau de *Realização Pessoal*, de *Despersonalização*, de *Exaustão Emocional* e *Envolvimento* por tempo de serviço, não evidenciaram qualquer associação quanto ao referido tempo laboral, isto é, independentemente do tempo de serviço que o profissional possuía, ele não influenciou a sua percepção quanto à realização pessoal, despersonalização, exaustão emocional e envolvimento.

Por fim, procurámos saber se, consoante o género do profissional, variavam os estados de *Burnout*, constatámos que os níveis de *Realização Pessoal*, de *Despersonalização*, de *Exaustão Emocional* e *Envolvimento* não eram influenciados pela condição do género dos profissionais em estudo. Os estudos de Grunfeld et al., (2000) e Sameer et al., (2004), indicaram que foram os profissionais do género feminino no exercício profissional que revelaram possuir níveis mais elevados de Exaustão Emocional comparativamente com os do género masculino.

4. CONCLUSÕES

Apresentado o estudo, cabe-nos agora fazer uma retrospectiva do trabalho desenvolvido e apresentar as principais conclusões.

Quando abraçámos a ideia de realizar um estudo sobre satisfação profissional, não tínhamos a noção de que se revelaria tão complexo e moroso. Não pelo tema em si, mas por todas as condicionantes que ele encerra, nomeadamente o facto de envolver uma forte componente individual, de grupo, de cultura organizacional e a própria natureza das funções de cada profissional.

Ao darmos início à recolha bibliográfica que nos permitisse fundamentar teoricamente este trabalho, enfrentamos várias dificuldades, sobretudo ao nível da sua análise, compreensão e extrapolação, já que a maior parte das teorias hoje universalmente aceites pelos investigadores, foram desenhadas e desenvolvidas em ambientes consideravelmente diferentes do meio hospitalar, estando algumas delas, em nossa opinião, desajustadas às novas formas de gestão, nomeadamente dos serviços públicos.

O instrumento IASP tendo sido previamente validado e adaptado à realidade portuguesa, tornou-se para nós uma clara mais valia na prossecução do nosso objectivo, bem como, o mesmo instrumento ter sido já aplicado em meio hospitalar, sendo revisto e adaptado, para que melhor compreendêssemos a satisfação profissional num meio profissional tão diferenciado e de natureza tão específica.

A participação dos profissionais do Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra foi extremamente positiva, já que as respostas obtidas corresponderam a mais de 85% dos seus funcionários. Devendo ser destacado que a totalidade dos Técnicos de Radiologia, dos Secretários Clínicos e dos Administrativos participaram no nosso estudo.

Tal como no primeiro estudo realizado no nosso país com este instrumento de avaliação, importa referir que não deve ser dada grande relevância ao valor absoluto da pontuação, encontrada nos diversos itens que compõem a escala, que variavam de 0 a 100 (respectivamente mau e excelente) dado não existirem muitos estudos realizados com esta escala, e consequentemente não possuímos valores de referência.

Podemos concluir que no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no que diz respeito às escalas:

- Ao nível da Satisfação com a *Qualidade do Local de Trabalho* esta depende da profissão,

sendo os médicos aqueles se mostraram mais satisfeitos, depende também do facto de possuírem responsabilidades de gestão, isto é, aqueles que as possuem apresentam-se mais satisfeitos. Quanto ao tipo de vínculo, tempo de serviço, grupo etário, habilitações literárias, situação familiar, responsabilidade de supervisão e género não se verificam diferenças de satisfação.

- Quanto à *Qualidade do Hospital na Prestação de Cuidados* esta depende do género, sendo os homens que se revelaram mais satisfeitos; bem como por grupo etário, sendo os indivíduos entre 35 a 45 anos os que se revelaram mais satisfeitos. No entanto, não foi influenciado pela profissão, tipo de vínculo, tempo de serviço, habilitações literárias, situação familiar, responsabilidades de supervisão e gestão.
- No que diz respeito à *Qualidade dos Serviços na Prestação de Cuidados* esta depende da profissão, sendo os médicos e os técnicos de radiologia os que apresentaram níveis de satisfação mais elevados; bem como por género, onde foram homens aqueles que se demonstraram estar mais satisfeitos. Porém, a satisfação não depende do tipo de vínculo, do grupo etário, do tempo de serviço, habilitações literárias, situação familiar, responsabilidades de supervisão e gestão.
- Quanto à satisfação com a *Melhoria Contínua da Qualidade* esta depende do género, sendo os homens os que se mostraram mais satisfeitos. Não foi influenciado pela classe profissional, tipo de vínculo, grupo etário, tempo de serviço, habilitações literárias, situação familiar, de responsabilidades de supervisão e de gestão.

Também podemos concluir que no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra no que diz respeito às sub-escalas:

- Quanto à sub-escala *Política de Recursos Humanos* os níveis de satisfação não variaram em função da profissão, nem de possuírem responsabilidades de gestão.
- Quanto à sub-escala *Moral*, foram os profissionais com responsabilidade de gestão os que se mostraram mais satisfeitos. Também foram os médicos e os secretários clínicos aqueles que mais satisfeitos se apresentaram.
- No que diz respeito à sub-escala satisfação com os *Recursos Tecnológicos e Financeiros*, a percepção da satisfação não foi influenciada pelo tipo de classe profissional nem de possuírem responsabilidades de gestão.
- Quanto à satisfação com os *Serviços de Internamento*, diferia por classe profissional, sendo os técnicos de radiologia e os médicos aqueles se mostraram mais satisfeitos. Também por

género, sendo os homens, mais uma vez, aqueles que se revelaram mais satisfeitos.

- Na satisfação com os *Serviços Complementares e de Apoio*, não diferiu por classe profissional nem por género.

Por fim, podemos concluir que no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no que diz respeito às facetas:

- Quanto ao *Estado de Espírito*, a satisfação não depende da profissão, nem do facto de possuírem responsabilidades de gestão.
- Ao nível da satisfação com o *Superior Hierárquico*, esta foi influenciada pelo tipo de classe profissional a que os nossos inquiridos pertenciam, sendo os médicos os que revelaram mais satisfeitos, em contraponto com os administrativos, os técnicos de radiologia e os auxiliares de acção médica, os menos satisfeitos. Também foram os profissionais que possuíam responsabilidades de gestão, os que se revelaram mais satisfeitos com o superior hierárquico.

No que diz respeito ao burnout concluímos:

- Ao nível da *Realização Pessoal* esta não variava em função da classe profissional, por grupo etário, tipo de vínculo, tempo de serviço e por género.
- Ao nível da *Despersonalização*, varia em função da classe profissional, sendo que os enfermeiros consideram estar presente num nível médio; os auxiliares de acção médica se apresentam numa condição elevada de despersonalização, e os administrativos numa condição oposta (baixa). No entanto, o grau de despersonalização não dependeu do grupo etário, do tipo de vínculo, do tempo de serviço e nem do género.
- Ao nível da *Exaustão Emocional*, esta não variava em função da classe profissional, da faixa etária, do tipo de vínculo, do tempo de serviço e nem do género.
- Por fim, ao nível do *Envolvimento* profissional, foram os enfermeiros e os auxiliares de acção médica, os que revelaram maior envolvimento na sua profissão, face às restantes classes. Porém, o nível de envolvimento não depende da idade, do tipo de vínculo, do tempo de serviço e nem do género.

Quanto à *Percepção Geral sobre o Hospital* concluímos que no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra:

- Existem opiniões bastante favoráveis por parte de determinadas classes profissionais no que diz respeito aos superiores hierárquicos e ao encorajamento/investimento profissional, sendo essa visão positiva mais destacada pelos médicos e secretários clínicos.
- São os profissionais com mais tempo de serviço, aqueles que demonstram uma percepção mais favorável ao nível da prestação de cuidados dos utentes, da preocupação que a Administração demonstra com os profissionais, nomeadamente ao nível da sua formação e do respeito enquanto elementos de uma equipa de trabalho.
- Foram os profissionais do género masculino que revelaram ter uma percepção mais positiva face ao seu hospital, nomeadamente às pretensões apresentadas aos superiores hierárquicos.
- Os trabalhadores que se encontram no quadro foram aqueles que mostraram uma visão mais positiva quanto à satisfação dos utentes no que diz respeito aos cuidados recebidos na instituição em estudo.
- Os profissionais que trabalham em horário fixo indicam possuir uma relação de maior proximidade tanto com a administração como com o seu director.

Quanto à *Satisfação Global* concluímos que no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra:

- Os nossos profissionais consideram a sua formação bastante adequada para o seu desempenho.
- Indicavam (recomendariam), com bastante confiança, os serviços do hospital a familiares e amigos.
- Os profissionais consideram que, em caso de necessidade (cuidados de saúde), poderiam recorrer ao hospital onde trabalham com absoluta segurança.
- Os nossos inquiridos não apresentaram ter dúvidas quando se lhes colocou a possibilidade de escolher de novo este hospital como o seu local de trabalho, isto é, optariam por este hospital.

Quanto à satisfação global, os inquiridos manifestaram uma grande confiança no corpo profissional do hospital em estudo, traduzida pelo reconhecimento entre pares dessa competência e pela disponibilidade de meios e técnicas diferenciadas e especializadas, fazendo com que esta

seja a instituição de eleição para os nossos profissionais. É de salientar que a esta preferência, para além dos indicadores anteriormente apresentados, está subjacente uma massa intelectual e crítica num hospital que prima não só pelo cuidado dos doentes e seu acompanhamento, mas também por ser um espaço universitário e de investigação, considerado como um dos melhores do país.

É importante referir que como propostas que visem a melhoria da qualidade do hospital, os profissionais dão particular ênfase a um acréscimo do número de profissionais que intervêm directamente nas tarefas de cuidar/tratar os doentes, dada a elevada procura que caracteriza esta instituição como unidade de referência. No entanto, enquanto estrutura de elevadas dimensões, o hospital evidencia dificuldades de articulação entre os diversos serviços que o compõe, surgindo neste estudo sugestões para obviar esta situação, como o aumento do diálogo entre os profissionais e uma maior celeridade nas decisões para a intervenção no terreno.

Algumas preocupações foram sentidas, de forma particular, de acordo com a classe profissional, destacando-se a falta de motivação, a falta de oportunidades de acesso a técnicas mais prestigiadas, a existência de um elevado número de chefias intermédias, a remuneração inadequada face à quantidade de trabalho executado e a incorrecta marcação de consultas e exames de diagnóstico.

Ao nível das infra-estruturas, registámos neste estudo uma grande manifestação de descontentamento no que diz respeito ao espaço disponível para estacionamento automóvel, surgindo aqui uma quase unanimidade nas sugestões para uma melhoria da qualidade do hospital, no sentido do aumento do número de lugares, tendo inclusivamente alguns profissionais chegado ao ponto de manifestar a intenção de pagar pelo referido estacionamento, se com essa medida conseguissem melhorar a caótica situação. A veemência com que este assunto foi referido quase que secundarizou questões como a adequação ergonómica dos equipamentos de trabalho, a necessidade de desburocratização de concursos de pessoal e de aquisição de material, bem como a melhoria da qualidade das refeições servidas no refeitório e a própria acessibilidade ao hospital.

As acções de gestão que mais vezes foram enunciadas como surpreendendo pela positiva os profissionais deste serviço, foram: o grande investimento em sistemas de informação e recursos informáticos e a reorganização ao nível de alguns serviços. No entanto, os nossos profissionais consideraram que, em prol de uma gestão mais rigorosa, a actuação foi direccionada no sentido da quantidade em detrimento da qualidade do serviço prestado. Não podemos deixar de referir a enorme surpresa registada pelos profissionais com a demissão do conselho de administração deste hospital, ocorrida durante a realização deste estudo.

Para além de algumas recomendações apresentadas anteriormente, foram ainda preconizadas propostas de um maior investimento na comunicação intra e inter-pares, bem como estimular o

relacionamento profissional, não descurando a necessidade dos serviços, em meio hospitalar, possuírem um maior espaço de autonomia na organização e gestão de recursos e meios para o seu bom funcionamento. Como traves mestras de intervenção futura, a nível da organização hospitalar, é de destacar a necessidade de uma maior participação e legitimação das propostas da Administração quanto aos objectivos e metas traçados pela mesma, junto das equipas de trabalho, bem como ao nível da intervenção na sociedade, a prossecução de protocolos com vista a um maior envolvimento com os centros de saúde circundantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, A.D.A. (1972). *Le monde intérieur des enseignants*. Paris: E.P.I., S.A..
- Abraham, A.D.A. (1988). Être enseignant aujourd'hui. In *Actas do V Congrès de L'Association Internationale de Research sur la Personne de l'Enseignant*, 11-36. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Adams, J. S. (1965). *Inequity in social exchange*. New York, Academic press.
- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J., Maroy, C., Ruquoy, D., Saint-Georges, P. (1995). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Albrecht, K. (1994). *Revolução nos serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes*. São Paulo, Pioneira.
- Albuquerque, A. (1987). *Stress, Causas, Prevenção e Controlo*. Lisboa, ed. Texto.
- Almeida, V.C. (1985). *Stress organizacional - 1*. *Pessoal*, 17, 7-12.
- Almeida, V.C. (1986). *Stress organizacional - 2*. *Pessoal*, 19, 7-14.
- Alvarez, C., Blanco, J., Aguado, M., Ruiz, A., Cabaço, A., Sánchez, T., Alonso, C., & Bernabé, J. (1993). Revisión teórica dei bumout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *Caesura*, 2 (2), 47-65.
- Alves, A.M. (2002) *Burnout nos profissionais das equipas clínicas de tratamento de toxicodependentes nos Estabelecimentos Prisionais*. Tese de Mestrado. I.S.M.T.Coimbra.
- Alves, F.C. (1991). *A satisfação/ insatisfação docente - Contributos para um estudo da satisfação/ insatisfação dos professores efectivos do 3ª ciclo do ensino básico e do ensino secundário do distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Alves, F.C. (1994a). A (in)satisfação docente. Estudo de opiniões dos professores efectivos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário do distrito de Bragança. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVIII (1), 29-60.

- Alves, F.C. (1994b). Burnout docente: A fadiga - exaustão dos professores (professores queimados ou professores desgastados). *O Professor*, 39, 15-19.
- Alves, F.C. (1997). A (in)satisfação dos professores - Estudo de opiniões dos professores do ensino secundário do distrito de Bragança. In A. Nóvoa (Org.), *Viver e construir a profissão docente*, 81-115. Porto. Porto Editora.
- Amado, J.S. (2000). A técnica de análise de conteúdos. *Revista Referência*, nº5, 53-62.
- American Psychological Association. (1996). *Publication Manual of the American Psychological Association*. 4.^a Ed. Washington, DC.
- Amiel, R. (1980a). *Equilibre mentale, fatigue psychique et vocations enseignant*. Paris: E.S.F.
- Amiel, R. (1980b). *Contribution à une analyse du rnaiaise étudiant vu par BIOS*. Bruxelas: Université Libre de Bruxelles.
- Amiel, R., & Lebigre, F. (1970a). Un nouveau test rapid pour l'appréciation de ia santé mentale, son utilisation pour les dépistages precoces, son intérêt dans les bilans de santé, *Annales Médico-Psychologiques*, 4, 565-580.
- Amiel, R., & Lebigre, F. (1970b). *L'evolution de la relation enseignant-enseigné*. Paris: Ligue Française d'Hygiene Mentale.
- Amiel, R., Misrahi, F., Labarte, S., & Héraud-Bonnaure, L. (1984). Santé mentale des enseignants, In A. Abraham (Ed.), *L'enseignant est une personne*, 45-51, Paris: Les Editions E.S.F..
- Andrews, J.C. (1993). O stress nos professores de Educação Física dos nossos dias - Uma perspectiva internacional. *Boletim da S.P.E.F.*, 7/8, 13-25.
- Argyris, C. (1996). *Personalidade e Organização*. Rio de Janeiro, Renes.
- Aslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Azevedo, C.A.; Azevedo, A.G. (1996). *Metodologia científica - Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos (3^a ed.)*. Porto: Edição C. Azevedo.
- Ballone, G.J. (2002). Síndrome de Burnout in PsiqWeb Psiquiatria Geral, disponível em URL<<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>.
- Ballone, G.J. (2002). Síndrome de Burnout in PsiqWeb Psiquiatria Geral, disponível em URL<<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>.
- Bardo, P. (1991). The pain of teacher burnout: A case story. *Phi Delta Kappan*, 61 (4),

- Barraclough, J. et al. (1997). Bases da Psiquiatria Moderna. (1ª ed), Lisboa, Ed. Climepsi.
- Barros, J.H.; Barros, A.M. (1987). Locus de controlo dos professores: Relação com o tempo de serviço e o nível de ensino. Revista de Psicologia e de Ciências da Educação - Investigação e Intervenção, 327-336.
- Barros, J.H.; Neto, F.; Barros, A.M. (1991). Nível de satisfação dos professores - Teoria e Investigação. Psychologica, 5, 53-63.
- Barroso, J. (1996). Autonomia e gestão das escolas. Lisboa: Ministério da Educação, 17, 18, 20.
- Bartsch, P. (1994). Le stress: Pathologie ou nécessité? L'Observatoire, 1, 19- 22.
- Batalden, P.B.; Nelson, E.C. (1990). "Hospital Quality: Patient, Physician and Employee Judgments" International Journal of Health Care Quality Assurance, 3(4), 7-17.
- Beasley, C.R. (1983). On the job stress and burnout. Montreal: A.E.R.A..
- Bell, J. (1997). Como realizar um projecto de investigação. Lisboa: Gradiva.
- Bennett, P., (2002). Mudança de Comportamentos de Risco, 247-270 Climepsi Editores, Lisboa.
- Bento, J.O. (1986). Acerca do "papel" do professor de Educação Física. Revista Horizonte, K111(3), 3-6.
- Bertomeu, V.M.G. (2002) . El fenómeno del "Burnout" em las profesiones de ayuda. Revista de Treball Social n.º 159 (Set), 65-101.
- Berwick, D. M., Godfrey, A. B., et al. (1990). Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement. San Francisco, Jossey-Bass.
- Biazzi, F. (1994). "O Trabalho e as Organizações na perspectiva sócio-técnica." Revista de Administração de Empresas 34(1), 30-37.
- Biddle, B.J. (1985). Teacher roles. The International Encyclopedia of Education (vol IX), Oxford: Pergamon Press.
- Biddle, B.J. (1988). Teacher roles. In M. Dunkiri (Ed.), The International Encyclopedia of Teaching and Teacher Education , 625-634. Oxford: Pergamon Press.
- Bittencourt, G. T. (1996). Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso no ramo hoteleiro. Departamento de Ciências da Administração. Florianópolis,

Universidade Federal de Florianópolis.

- Blase, J.J. (1982). A social-psychological grounded theory of teacher stress and burnout. *Education Administration Quarterly*, 18 (4), 93-113.
- Blau, G. J. (1985). "Relationship of extrinsic, intrinsic, and demographic predictors to various types of withdrawal behaviours." *Journal of Applied* 70, 442-450.
- Boland, J. (1998). O conceito biológico do processo de stress *Stresse e Cardiologia*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Borthwick, P. (1982). *Teacher burnout: A study of professional and personal variables*. Houston (Texas): American Association of Colleges for Teacher Education.
- Bosma, H. (1998). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *American journal of Public Health*, January. Vol. 88.
- Bowditch, J. L. e Buono, A. F. (1992). *Elementos de Comportamento Organizacional*. São Paulo, Pioneira.
- Breakwell, G. (1991). Prevenção do stress no trabalho. *Enfermagem em foco*. 1(2),58-60.
- Brenner, S.O., Sorbom, D., & Wallius, E. (1985). The stress chain: A longitudinal confirmatory study of teacher stress, coping and social support. *Journal Occupational Psychology*, 58, 1-13.
- Breuse, E. (1984a). Identificación de las fuentes de tensión en el trabajo profesional deienseñante. *Profesores en conflicto* 143- 161. Madrid: Narcea S.A. Ediciones.
- Breuse, E. (1984b). Formation des enseignants centrée sur la personne. In A. Abraham (Ed.), *L'enseignant est une personne*, 144-153. Paris: E.S.F..
- Breuse, E. (1988). Le plaisir d'enseigner. In *Actas do V Congrès de L'Association Internationale de Research sur la Personne de l'Enseignant*, 348-410. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bryman, A.; Cramer, D. (1993). *Análise de dados em Ciências Sociais - Introdução às técnicas utilizando o S.P.S.S.*. Oeiras: Celta Editora.
- Bulhões, I. (1986). *Enfermagem do trabalho*. Rio de Janeiro: Ideias.
- Caetano, A.; Vala J. (1994). Estratégias de actuação organizacional. In J. Vala et al.,

Psicologia Social das Organizações - Estudo em organizações portuguesas, 123-137. Oeiras: Celta Editora.

- Campos, B. (1995). Formação de professores em Portugal. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Inovação Educacional.
- Canavarro, M. C. S. (1998). Inventário de Sintomas psicopatológicos. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds). Testes e Provas Projectivas em Portugal (Vol.2). Braga: APPORT/SHO.
- Capel, S.A. (1992). Causes of teaching practice anxiety for student physical education teachers. Não publicado.
- Capel, S.A. (1986). Psychological and organizational factors related to burnout in athletic trainers. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 47 (4), 321-328.
- Capel, S.A. (1990). Causes of stress and burnout and changes in British Physical Education Teachers. In R. Telama, L. Lakso, M. Piéron, J. Ruoppila, & V. Vihko (Eds.), *Physical Education and Life-Long Physical Activity*, 272-281. Jyväskylä: The Foundation for Promotion of Physical Culture and Health.
- Capel, S.A. (1992). Stress in beginning physical education teachers. In TV ICIIPER European Congress, 97-101. Prague.
- Capel, S.A. (1993). Anxieties of beginning physical education teachers. *Educational Research*, 35 (3), 281-289.
- Cardoso, R. M. et al. (2002). O stress nos professores portugueses: estudo IPSSO 2000 Porto, Porto Editora.
- Carmo, H.; Ferreira, M.M. (1998). Metodologia da investigação - Guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrolo, A. (1997). Formação e identidade profissional dos professores. In M.T. Estrela (Org.), *Viver e construir a profissão docente*, 21-50. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, F. et al. (2003). Síndrome de Burnout. *Servir*, volume nº50 – nº4.
- Carvell, F. J. (1982). *Relações Humanas nos Negócios*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Cavaco, M. (1993). *Ser professor em Portugal*. Lisboa: Editorial Teorema.
- Cervo, A.L., & Bervian, P.A. (1996). *Metodologia científica*. São Paulo: Editora Afiliada.
- Chadvick-Jones, J.K. (1973). A-type and B-type absence: Empirical trends for woman

- employees. *Occupational Psychology*, 39 (1), 31-35.
- Chadwick-Jones, J.K. (1973). A-type and B-type absence: Empirical trends for woman employees. *Occupational Psychology*, 47 (1/2), 75-80.
- Chan, D.W. (1998). Stress, coping strategies, and psychological distress among secondary school teachers in Hong Kong. *American Educational Research Journal*, 35 (1), 145-163.
- Chapman, D.W., & Lowther, M.A. (1982). Teachers' satisfaction with teaching. *The Journal of Educational Research*, 75 (4), 241-247.
- Cherniss, C. (1982). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Chiavenato, I. (1993). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. São Paulo, Makron Books.
- Chiavenato, I. (1994). *Recursos Humanos*. São Paulo, Atlas.
- Clegg, C. W. (1983). "Psychology of employee lateness, absence, and turnover: A methodological critique." *Journal of Applied Psychology* (68): 88-101.
- Coates, T.; Thorensen, C. (1976). Teacher anxiety: A review with recommendation. *Review of Educational Research*, 46 (2), 159-184.
- Coch, L.; French, J.R.P. (1948). Overcoming resistance to change. *Human Relations*, 11, 512-532.
- Coelho, J.C.Q. (1999). *Síndrome de Burnout nos enfermeiros docentes*. Tese de Mestrado em Saúde Pública, 1999, Coimbra.
- Cooper, C.L. (1986). Job distress: Recent researchs and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325-331.
- Cooper, C.L.; Payne, R. (1990). *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Willey.
- Cooper, C.L.; Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: Uma revisão da literatura relacionada com doenças das coronárias e com a saúde mental *Análise Psicológica*, 11 (2 / 3), 153-170.
- Cooper, J. (1982). *Classroom teaching skills*. Toronto: Heath and Company.
- Cordeiro, J.D. (1987). *A saúde mental e a vida* (2ª ed.). Lisboa: Salamandra.

- Correia, A. G. (1999). O Burnout nos profissionais de saúde dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes: causas e consequências. *Toxicodependências*. Volume 5, nº 3 69-79.
- Correia, A.G. (1997). O Burnout nos profissionais dos centros de atendimento de Toxicodependentes: Causas e Consequências. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Correia, V. (1997). Estudo do bem-estar e mal-estar na profissão docente em Educação Física: O stress profissional. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Cotton, D.H.G. (1990). *Stress Management: an integrated approach to therapy* – Brunner / Mazel, Publishers – New York.
- Cruz, J.F.A. (1987). Stress e crenças irracionais nos professores: Um estudo preliminar. *Revista de Psicologia e Educação - Investigação e Intervenção*, 315- 325.
- Cruz, J.F.A. (1988). Stress e ansiedade nos professores. In *Actas do Encontro sobre Educação em Ciências*. Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, J.F.A. (1988). Uma abordagem cognitiva e transaccional à ansiedade nos testes e exames. *Jornal de Psicologia*, 7 (3), 3-9.
- Cruz, J.F.A. (1989). Stress e crenças irracionais nos professores. In J. Cruz, R. Gonçalves, & P. Machado (Eds.), *Psicologia e Educação: Investigação e Intervenção*, 315-325. Porto: Edições Afrontamento.
- Cruz, J.F.A. (1989). Stress, ansiedade e rendimento no desporto de alta competição. *Jornal de Psicologia*, 8 (4), 3-11.
- Davies, K.; Newstrom, J.W. (1992). *Comportamento humano no trabalho: Uma abordagem psicológica*. São Paulo: Pioneira.
- Delaire, G. (1988). *Enseigner ou la dynamique d'une relation*. Paris: Les Editions d'Organiz' ation.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- D'Hainault, L. (1997). "Conceitos e Métodos de Estatística", Vol I, Uma variável e uma dimensão (2ª ed). Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

- Dohrenwend, B.S.; Dohrenwend, B.P. (1974). *Stressful live events*. New York: Wiley,
- Donabedian, A. (1988). "The quality of care - How can it be assessed?" *JAMA* 260: 1743-48.
- Du Gas, B.W. (1984). *Enfermagem prática* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Dubar, C. (1991). *La socialization. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin Éditeur.
- Dunham, J. (1976). Stress situations and reponses. In National Association of Schoolmasters (ed.), *Stress in schools*. Hemel Hempstead: National Association of Schoolmasters.
- Dunham, J. (1981). Disruptive pupils and teacher stress, *Educational Research*, 23 (3), 205-213.
- Dunham, J. (1981). Resources checklist to help you to reduce at work. *Social Work Today*, 12, 29.
- Dunham, J. (1983). Coping with organizational stress. In A. Paisey (ed.), *The Effective Teacher*. Londres: Ward Lock Educational.
- Dunham, J. (1983). Coping with stress in school. *Special Education*, 1 (2), 6-9.
- Dunham, J. (1984), *Stress in teaching*. London: Croom Helm,
- Dunham, J. (1992). *Stress in teaching* (2ª ed). London: Routledge,
- Edwards, J.R. (1988). *The Determinant and Consequences of Coping with Stress*. Chichester: John Wiley and Sons.
- EFQM. (1995). *European Foundation for Quality Managment*, Bruxelas
- Esteve, J.M. (1992). *O mal-estar docente*, Lisboa: Escher/Fim de Século Edições Lda..
- Esteve, J.M. (1995). Mudanças sociais e função docente. In A. Nóvoa (Org.), *Profissão professor*, 93-125. Porto: Porto Editora.
- Esteve, J.M. (1995). *Los profesores ante el cambio social*. Barcelona: Anthropos, S.A..
- Estrela, M.T. (1986). *Formação de professores por competências - Uma experiência*. Lisboa: G.E.P./M.E..
- Etzioni, A. (1967). *Organizações Complexas*. São Paulo, Atlas.
- Farber, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers, *The Journal of Educational Research*, 77 (6), 325-331.

- Faria, M.C.; Serra, A.V.; Firmino, H. (1989). Comportamento de lidar com estados de tensão. *Psiquiatria Clínica*. vol. 10, nº 1, 1-8.
- Faria, M.L. (1995). A reforma do sistema educativo e a construção da autonomia. Braga: Universidade do Minho - Instituto de Educação e Pedagogia, 120.
- Favretto, G. (1985). Rassegna critica sul concetto di stress lavorativo dell'insegnante, *Orientamenti Pedagogici*, 32, 100-111.
- Fernandes, E. C. (1989). "Qualidade de vida no trabalho: a renovação das empresas para os anos 90." *Tendências do trabalho*: 10-21.
- Fernandes, E. C. (1996). *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Salvador, BA, Casa da Qualidade.
- Fernandes, E. C.; Gutierrez, L. (1988). "QVT - uma experiência brasileira." *Revista de Administração* 23(4): 29-38.
- Ferreira, J.M.C.; Neves, J.; Abreu, P.N.; Caetano, A. (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Mc Graw-Hill de Portugal, Lda..
- Ferreira, P. L.; Marques, F. B. (1998). *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios metodológicos gerais*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde.
- Fielding, M.A. (1982). *Personality and situational correlates of teacher stress and burnout*. Nova York: A.E.R.A..
- Fimian, M.J. (1984). The development of an instrument to measure occupational stress in teachers: The Teacher Stress Inventory, *Journal of Occupational Stress*, 54 (4), 277-293.
- Fischer, S. (1986). *Stress and strategy*. London: Lea Publishers.
- Fitgibbons, D.; Moch. (1980). "Employee absenteeism: A multiple analyses with replication." *Organizational Behaviour and Human Performance*(26): 349-372.
- Flanagan, R. J.; Strauss, G. et al. (1974). "Worker discontent and work place behavior." *Industrial Relations*(13): 101-123.
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar*. Oeiras: Celta Editora.
- Fontoura, M.M. (1992). Fico ou vou-me embora? In A. Nóvoa (Org.), *Vidas de professores*, 171-197. Porto: Porto Editora.

- Formosinho, J. (1987). O insucesso escolar em questão. Braga: Universidade do Minho.
- Fortin, B. (1992). Des pistes pour modifier l'impact du stress. *The Canadian Nurse/ L'infirmière Canadienne*, 88(8), 37-39.
- Fraga, B. (1983). O stress no professor. *Escola*, 29, 25-26.
- Francés, R. (1984). Satisfação no trabalho e no emprego. Porto: Rés Editora Lda..
- Frango, M. H. (2001). Stress nos Profissionais de Saúde. Tese de mestrado apresentada á Universidade da Extremadura de Badajoz.
- Frango, M.H. (1995). Stress nos profissionais de saúde em meio hospitalar. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra.
- Frasquilho, A.A.C. (1984). O stress ocupacional. *O Médico*, 395-400.
- French, J.R.P.; Caplan, R.D. (1973), Organizational stress and individual strain, In A.J. Marrow (Ed.), *The Failure of Success*, 30-36. New York: A. M.A.C.O.M..
- Fresen, D. Sarros, J. (1989). Sources of among educators. *Journal of Organizational behavior*, 10, 179-188.
- Gadon, H. (1984). "Making sense of quality of work life." *Business Horizons*(Jan/Feb): 42-46.
- Ganhão, M.T. (1993). Condicionantes e estratégias redutoras do stress organizacional. *Forum Sociológico*, 3, 89-106.
- Garcia, M. (1990). Burnout Profesional en Organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29,7-27.
- Garcia, M. (1980). "Abordagem sócio-técnica: uma rápida avaliação." *Revista de Administração de Empresas* 20(3): 71-77.
- Garrison, K. R.; Muchinsky, P. M. (1977). "Attitudinal and biographical predictors of incidental absenteeism." *Journal of Vocational Behaviour* (10): 221-230.
- Garvin, D. A. (1988). *Managing Quality: the strategic and competitive edge*. New York, The Free Press.
- Gaspar, P. (1997). Enfermagem: profissão de risco de desgaste. *Revista Nursing*, 23.
- Gatchel, R. J.; Baum, A.; Krantz, D.S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Gaziel, H.H.; Warnet, M. (1993). Les facteurs déteiininants les intentions de changement de profession chez les enseignants. *Les Sciences de l'Éducation*, 6, 5-26.

- Gifford, D. (1984). "The status of flexible compensation." *Personnel Administrator*, 19-25.
- Gil Monte, P. (1996). A study on significant sources of the burnout. *Psychology in Spain*, 1(1), 55-62.
- Goldberg, D.; Huxley, P. (1992). *Perturbações Mentais Comuns*. Climepsi. Editores. Lisboa.
- Golembiewski, R.; Munzenrider. (1989). *Phases of Burnout – Developments in Concepts and Applications – Praeger*, New York.
- Gonçalves, A.A. (1995). *Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra.
- Goodman, V.B. (1980). *Teacher absenteeism - Stress in selected elementary schools*. Los Angeles: University of California.
- Gorton, R.A. (1982). Teacher job satisfaction, In H.E. Mitzel (ed.), *Encyclopedia of Educational Research* vol IV, 1903-1908. New York: The Free Press.
- Goupil, G. (1985). L'influence du climat organisationnel sur l'anxiété des enseignants. *Revue des Sciences de l'Education*, 11 (3), 477-487.
- Graça, L. (1999). "Satisfação Profissional: O Melhor do SNS Somos Nós". *Mundo Médico*(Março): 18-19.
- Graça, L. et al. (1993). *Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos na saúde*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Graça, L.; Reis, M.J. (1993). *Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos na saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Éditions Dalloz.
- Gray, L. J.; Starke, F. A. (1984). *Organizational behaviour: Concepts and applications*, Columbus.
- Grunfeld, E.; Whelan, T.J.; Zitzelsberger, L.; Willan, A.R.; Montesanto, B.; Evans, W.K. (2000). Cancer care workers in Ontario. *CMAJ*; 163:166-169.
- Guil, M. (1977). Être ou ne pas être enseignant. *L'Education*, 12-14.
- Gullette, E. (1997). Effects of Mental Stress on Myocardial Ischemia During Dail Life. *Journal the American Medical Association*, Volume 277(19).May 21, 1997. 1521-1526.

- Hackett, R. D.; Guion, R. M. (1985). "A re-evaluation of the absenteeism - job satisfaction relationship." *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*(35): 340-381.
- Hackman, J. R.; Oldman, G. R. (1976). "Motivation through the design of work: test of a theory." *Organizational Behaviour and Human Performance* 16: 250-279.
- Hamon, H.; Rotman, P. (1984). *Tant qu'il y aura des profs*. Paris: Editions du Seuil.
- Hampton, D.R. (1983). *Administração contemporânea* (2ª ed.). São Paulo: Mc Graw-Hill.
- Harris, K.; Halpin, G.; Halpin, G. (1985). Teacher characteristics and stress. *Journal of Educational Research*, 78, 347-350.
- Hays, R.; Nelson, E. et al. (1994). "Short-form measures of physician and employee judgments about hospital quality." *Journal on Quality Improvement* 20(2): 66-77.
- Heppner, P.P.; Kivlighan, D.M.; Wampold, B.E. (1998). *Research design in counseling*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Herzberg, F.; Mausner, B.; Synderman, B.B. (1959). *The motivation to work*. New York: Wiley & Sons.
- Heslop, P. (2002). Change in job satisfaction, and its association with self-reported stress, cardiovascular risk factors and mortality. *Social Science & Medicine* 54 (2002) 1589-1599.
- Huberman, M. (1989). *La vie des enseignants: Évolution et bilan d'une profession*. Neuchâtel-Paris: Delachax & Niestlé.
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control?*. Prentice-Hall.
- Jackson, D. N. (1970). *A sequential system for personality scale development*. New York, Academic Press.
- Jackson, S. E. (1983). "Participation in decision making as a strategy for reducing Job related strain." *Journal of Applied Psychology* (68): 3-20.
- Jamal, M. (1981). "Shift work related to job attitudes, social participation, and withdrawal behaviour." *Personnel Psychology* 34: 335-548.
- Januário, C. (1981). Alguns aspectos sobre pedagogia, técnicas de ensino e construção de programas. *Revista Ludens*, 5 (2), 45-52.
- Januário, C.; Matos, Z. (1996). *A identidade profissional em Educação Física e*

Desporto. Revista Horizonte, XII (71), 163-167.

Jenkins, D. (1983). *Quality of Work Life*. New York, Praeger.

Jesus, S.N. (1992). Notas de leitura - O mal-estar docente. *Psychologica*, 7, 137-139.

Jesus, S.N. (1992). Motivação e stress em professores estagiários: Um estudo longitudinal exploratório. *Revista Portuguesa de Educação*, 5 (1), 117-127.

Jesus, S.N. (1996). A motivação para a profissão docente. Contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a fundamentação de estratégias de formação de professores. Aveiro: Estante Editora.

Jesus, S.N.; Abreu, M.V.; Esteve, J.M. (1995). Croyances irrationnelles par rapport à l'enseignement et à la formation. Approche longitudinal et transversal dans l'analyse de ses altérations au cours de la formation initiale des enseignants. In *Textes des communications affichées - XXV^{èmes} Journaux d'Études de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française*, 143-155. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Jimenez, M.; Gonzalez, J.L. (2002). Desgaste Profesional en Hospitales, Influencia de Las Variables Sociodemográficas. *Rol, Revista de Enfermaria* vol.25 n.º 11.

Johns, G. (1978). "Attitudinal and nonattitudinal predictors of two forms of absence from work." *Organizational Behaviour and Human Performance*(22): 431-434.

Johnson, S. (1986). Incentives for teachers: What motivates, what matters, *Educational Administration Quarterly*, 22 (3), 54-79.

Kahn, R.; Wolfe, D.; Quinn, R.; Snoek, J.; Rosenthal, R. (1964). *Organizational stress*. New York: Wiley.

Kalekin-Fishman, D. (1986). Burnout or alienation? A context specific study of occupational fatigue among secondary school teachers. *Journal of Research and Development in Education*, 19 (3), 24-34.

Kaplan, N. M. (1989). The deadly quartet. *Archives Internai Medicine*, nº 149, 1514-1520.

Karasek, R.A.; Theorell, T. (1990). *Healthy Work* – New York: Basic Books.

Katz, D.; Khan, R. (1970). *Psicologia Social das Organizações*. São Paulo, Atlas.

Kavanagh, M. J.; Hurst, M.W. et al. (1981). "The relationship between job satisfaction and psychiatric health symptoms for air traffic controllers." *Personnel*

Psychology (34): 691-707.

- Keller, R. T. (1983). "Predicting absenteeism from prior absenteeism, attitudinal factors, and nonattitudinal factors." *Journal of Applied Psychology* (68): 536-540.
- Kemper, T. D.; Reichler, M. L. (1976). Work Integration, marital satisfaction, and conjugal power. *Human Relations*: 929-944.
- Kleber, K. T. (1972). "A Revolução Conceptual da Administração: Implicações para Formulação dos papéis e Funções de um Executivo." *Revista da Administração Pública* 6(2).
- Kornhauser, A. (1965). *Mental health of industrial worker A Detroit study*. New York: Wiley.
- Kornhauser, A. (1965). *Mental health of the industrial worker: A Detroit study*. New York, Wiley.
- Kossac, S.W.; Woods, S.L. (1980). Teacher burnout: Diagnosis, prevention, remediation. *Action in Teacher Education*, 2 (4), 29-35.
- Kozier. (1993). *Enfermeria fundamental: Conceptos, procesos y práctica* (4ª ed.). Madrid: Interamericana.
- Krackhardt, D.; Porter. L. W. (1985). "The snowball effect: Turnover embedded in communication networks." *Journal of Applied Psychology* (71): 50-55.
- Kremer, L.; Hofinan, T.E. (1985). Teachers' professional identity and burnout. *Research in Education*, 34, 14-16.
- Kumar, P.; Mutha, D.N. (1978). Standardization of a job satisfaction questionnaire for teachers. *Social Sciences Research Journal*, 3 (3), 85-59.
- Kyriacou, C. (1980). Coping actions and occupational stress among schoolteacher's. *Research in Education*, 24, 57-61.
- Kyriacou, C. (1987). Teacher stress and burnout: Au international review. *Educational Research*, 29 (2), 146-152.
- Kyriacou, C.; Sutcliffe, J. (1979). Teacher stress and satisfaction. *Educational Research*, 21, 89-96.
- Kyriacou, C.; Pratt, J. (1985). Teacher stress and psychoneurotic symptoms. *British Journal of Educational Psychology*, 55, 61-64.
- Kyriacou, C.; Sutcliffe, J. (1977). Teacher stress: A review. *Educational Review*, 29 (4),

299-306.

- Kyriacou, C.; Sutcliffe, J. (1978). Teacher stress and satisfaction. *Educational Research*, 12 (2), 89-96.
- Kyriacou, C.; Sutcliffe, J. (1978). A model of teacher stress. *Educational Studies*, 4, 1-6.
- Kyriacou, C.; Sutcliffe, J. (1978). Teacher stress: Prevalence, sources and symptoms. *British Journal of Educational Psychology*, 48, 159-167.
- Latack, J. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71 (3), 377-385.
- Latack, J. (1989). Work, stress and careers: A preventive approach to maintaining organizational health. In M. Arthur, 86 D. Hall (Eds.), *Handbook of Career Theory*, 252-274. Cambridge: University Press.
- Lawler, E. E. (1969). "Job design and employee motivation." *Personnel Psychology* 22: 426-435.
- Leal, J. (1993). A atitude dos alunos face à escola, à Educação Física e aos comportamentos de ensino do professor. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Leal, M. (1995). Stress e Burnout - Contributo para a sua compreensão no contexto da Saúde Ocupacional: Estudo comparativo entre médicos de família e outros profissionais com formação académica semelhante. Coimbra, 146. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Coimbra; Universidade de Coimbra.
- Lester, P.E. (1987). Development and factor analysis of the Teacher Job Satisfaction Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 47 (1), 223-233.
- Levi, L. (1981). – Quality of the Working Environment: Protection and promotion of occupational mental health, in Levi, Lennart (org) – Society, stress, and disease, volume 4 , Laboratory For Clinical stress research. New York.
- Levi, L.M.D. (1981). Quality of the working environment: Protection and promotion of occupational mental health. In L. Levi (Org.), Society, stress and disease vol 4, 318-324. New York: Laboratory for Clinical Stress Research.
- Lévy-boyer, C. (1984). La crise des motivations. Paris: P.U.F..
- Lima, M.P. (1995). Inquérito sociológico - Problemas de metodologia. Lisboa: Editorial Presença.

- Litt, M.; Turk, D. (1985). Sources of stress and dissatisfaction in experienced high school teachers. *Journal of Educacional Research*, 78 (3), 178-185.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of industrial and organizational psychology*. M. D. Dunette. Chicago.
- Loher, B. T.; Noe, R. A., et al. (1985). "A meta-analysis of the relation of job characteristics to job satisfaction." *Journal of Applied Psychology* 70: 280-289.
- Loreto, D. C. (2001). Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Oncologia. *Revista de Enfermagem Oncológica*, ano 5 n.º 20.
- Loutty, M. (1981). Les enseignants sont-ils des privilégiés? *Le Monde de L'Education*, 7-20.
- Lowther, M.A.; Gil, S.J.; Coppard, L.C. (1985). Age the determinants of teacher job satisfaction. *The Gerontologist*, 25 (5), 520-525.
- Lucas, J.S. (1984). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: Teorias e conceitos, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, 63-68.
- Macedo, D. (1993). Como a qualidade de vida no trabalho pode aumentar o desempenho da empresa - estudo de caso. *Tendências do Trabalho*.
- Machado, C.G. (1997). Ser professor num contexto de mudança - Reflexões sobre o mal-estar docente. *Economia e Sociologia*, 63, 5-15.
- Margolis, B.L.; Kroes, W.H.; Quinn, R.P. (1974). Job stress: An unlisted occupational hazard. *J. Occup. Med*, 16 (10), 654-661.
- Marivoet, S. (1997). Dinâmicas sociais nos envoltimentos desportivos. *Sociologia - Problemas e práticas*, 23, 101-113.
- Markham, S.E.; Dansereau, F. J., et al. (1986). "Female vs male absence rates: A temporal analysis." *Personal Psychology*(35): 371-382.
- Marks, M. L.; Mirvis, P. H., et al. (1982). "Employee participation in a Quality Circle Program: Impact on quality of work life, productivity and absenteeism." *Journal of Applied Psychology* (71): 61-69.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo, Lisboa.
- Martinez, J.G. (1989). Cooling off before burnning out. *Academie Therapy*, 24 (3), 271-284.

- Martins, M.C. A. (2004). Factores de Risco Psicossociais Para a Saúde Mental, Millenium. Revista do ISPV.
- Maslach, C.; Jackson, S. (1981). The Measurement of Experience of burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C.; Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA, USA.
- Maslach, C.; Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced bumout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- McClelland, D. C. (1982). "The leadership motive pattern and long term success in management." *Journal of Applied Psychology* 67: 737-743.
- McGrath, J.E. (1976). Stress and behavior in organizafions. In M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 1351-1395. Chicago: Rand Mc Nally.
- Mcintyre, T .(1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2.3, 193-200.
- Mcintyre, T.C. (1984). The relationship between the locus of control and teacher burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 54, 235-238.
- Meadows, K.; Bentzen, N., et al. (1997). Cross-cultural issues: an outline of the important principles in establishing cross-cultural validity in health outcome assessment, *ERGHO*: 34-40.
- Megginson, L.C. (1986). *Administração: Conceitos e aplicação*, São Paulo: Harper e Row.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Mendes, A. (2002). *Stress e Imunidade - Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Ed. Sinais Vitais. Coimbra.
- Mendes, A. C. (1995). *Síndrome de Burnout em enfermeiros de psiquiatria*. Coimbra, Tese de Mestrado, Coimbra.
- Mendes, A.; Machado, P. F. (1997). *A Hipertensão Arterial e o Local de Trabalho. Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Edições Técnicas, Lisboa.
- Mendes, F.E.D. (1995). Os comportamentos de indisciplina dos alunos em função do tipo de objectivos e da matéria de ensino. *Revista Ludens*, 15 (3), 49-55.

- Merazzi, C. (1983). Apprendre à vivre les conflits: Une tâche de la formation des enseignants. *European Journal of Teacher Education*, 6 (2), 101-106.
- Mialaret, G.; Debesse, M. (1978). *Traité des Sciences Pédagogiques*. Paris: P.U.F..
- Michel, S. (1992). *Gestão das motivações*. Porto: Rés Editora.
- Miguez, J. (1979). Absentismo: Conceito, métodos de análise. *Análise Psicológica*, II (3), 415-419.
- Miguez, J. (1987). Satisfação no trabalho e comportamentos de ausência *Revista de Psicologia e de Ciências da Educação*, 2, 17-35.
- Miles, M.B.; Huberman, A.M. (1991). *Qualitative data analysis*. London: Sage Publication.
- Miller, T. I. (1984). "The effects of employee-sponsored child care on employee absenteeism, turnover, productivity, recruitment or job satisfaction: What is claimed and what is Known." *Personnel Psychology* 37: 277-289.
- Milstein, G.T.; Duquette, R. (1984). Organizationally based stress: What bothers teachers. *Journal of Educational Research*, 77 (5), 293- 297.
- Mitchel, R.G. (1988). O custo emocional da enfermagem. *Nursing*, 1 (11), 2-5.
- Moita, M.C. (1992). Percursos de formação e de transformação. In A. Nóvoa (Org.), *Vidas de professores*, 111-140. Porto: Porto Editora.
- Moore, W.E. (1947). *Industrial relations and social order*. New York: MacMillan,
- Moraes, K.Z.; Ramos, M. (1994). O actual estado da arte da qualidade de vida no trabalho. *ENANPAD*. 10: 305-325.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris: P.U.F..
- Motowidlo, S. J. (1984). "Does job satisfaction lead to consideration and personal sensitivity?" *Academy of Management Journal*(27): 910-915.
- Muchinsky, P. M.; Tuttle, L. (1979). "Employee turnover: An empirical and methodological assessment." *Journal of Vocational Behaviour*(14): 43-77.
- Muller, D. V. K. (2004). *A Síndrome de Burnout no Trabalho de Assistência à Saúde*. Tese de mestrado apresentada á Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Murphy, L.; Hurrell, J.; Sauter, S.; Keita, G. (eds.). (1995). *Job stress interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Needle, R.; Griffin, T.; Svendsen, R.; Berney, C. (1980). Teacher stress: Sources and consequences. *The Journal of. School Health*, 50 (2), 96-99,

- Nelson, E.; Larson, C, et al. (1992). "The physician and employee judgment system: Reliability and validity of a hospital quality measurement method." *QRB* 18: 284-92.
- Nerther, W.B.; Davis, K. (1983). *Administração de pessoal e recursos humanos*. São Paulo: Mc Graw Hill.
- Neves, A.; Rodrigues, G.; Sobral, F. (1993). *Avaliação subjectiva do stress profissional: Resultados de um inquérito preliminar em professores de Educação Física*. *Boletim da S.P.E.F.*, 7/8, 27-34.
- Neves, A.R.C. (1995). *Os professores e os programas de Educação Física: Representações e atitudes*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.
- Neves, R.; Costa, F.C. (1997). *Os professores e os programas de Educação Física: Representações e atitudes*. Braga: Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia, 202-211.
- Nicole, A.; Pagés, M. (1989). *Le stress professionnel*. Paris: Éditions Klincksieck.
- Nóbrega, M. (2002). *As exigências do Atendimento*, *Inforbanca*, Jan/Mar, 2002. Nunes, R. (1989) *As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros (Monografia de Licenciatura em Psicologia clínica)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Nóvoa, A.S.; Hameline, D.; Sacristán, J.; Esteve, J.; Woods, P.; Cavaco, M. (1991). *Profissão professor*. Porto: Porto Editora.
- O'Hanion, B. (1998). *O Stress*, Publicações Europa América, Lisboa, 2001.
- Pahl, J.M.; Pahl, R.E. (1971). *Managers and their wives*, London: Allen Lane.
- Paulo, G.N.N. (2003). *Satisfação dos Profissionais de Saúde – Avaliação em dois Modelos de Gestão Hospitalar: Adaptação e validação cultural do Hospital Employee Judgment System*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Pearlin, L.I.; Schooler, C. (1978). *The structure of coping*. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2 – 21.
- Pereira, A.S. (1991). *Coping, autoconceito e ansiedade social (sua relação como rendimento escolar)*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Pereira, P.; Costa, F.C.; Diniz, J.A. (1998). A motivação dos alunos para a Educação Física. *Revista Horizonte*, XV (86), 7-15.
- Perry, J.A. (1982). Burnout. *The Science Teacher*, 49 (7), 46-49.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS. 4.ª ed Revista e Aumentada*, Edições Sílabo, Lisboa.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J.N. (2005). *Descobrimo a Regressão com a Complementaridade do SPSS. 4.ª ed Revista e Aumentada*, Edições Sílabo, Lisboa.
- Pettegrew, L.S.; Wolf, G.E. (1982). Validating measures of teacher stress. *American Educational Research Journal*, 19 (3), 373-396.
- Pina, F. (2004). *Stress, Burnout e Satisfação Profissional dos Enfermeiros da VMER. Tese de Mestrado*. ISMT. Coimbra.
- Pines, A.; Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Portugal. (2000). *Estrutura Comum de Avaliação da Qualidade das Administrações Públicas da U.E.*. Lisboa, Ministério das Finanças.
- Portugal 2. (1998). *O hospital português*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Punche, K.F.; Tuetteman, E. (1990). Correlates of psychological distress among secondary school teachers. *British Educational Research Journal*, 16, 369-382.
- Queirós, P. (1998). Burnout em enfermeiros: Comparação de três grupos. *Sinais Vitais*, 16, 17-21.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L.V. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L.V. (1998), *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, S.I.V. (2002). *Satisfação/ Insatisfação Profissional em Professores de Educação Física do Quadro de Nomeação Definitiva de Coimbra – Um estudo descritivo*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio, Prevenção do Stresse no Trabalho*, Editora RH, Lisboa.

- Ranjard, P. (1984). *Les enseignants persécutés*. Paris: Robert Jauze.
- Reis, E.; Melo, P.; Andrade, R.; Calapez, T. (1997). *Estatística aplicada*. Lisboa: Edições Silabo.
- Renard, M. (1998). *Manifestações e Disfunções Físicas Induzidas pelo Stress*. *Stresse e Cardiologia*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Renard, M. (1998). *Manifestações e Disfunções Físicas induzidas pelo Stress*. In *Stresse Cardiologia*, 75-85.
- Ribeiro, C. (1992). *Reflexões sobre a reforma educativa*. Lisboa: Texto Editora.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 254-257, 4.^a ed. Lisboa.
- Ripon, A. (1987). *Satisfação e implicação no trabalho*. In C. Lévy-Leboye, & J.C. Sperandio, *Traité de Psychologie du Travail*, 421-434. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rodrigo, M. L. (1995). *Estres de los profesionales de enfermaria: Sobre que o quien repercute?* *Revista Rol de Enfermeria*, 201, 65-68.
- Rodrigues, F.N. (2000). *A Educação Física e o Desporto em Portugal em 1932/34*. Dissertação de Licenciatura. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, M. V. C. (1994). *Qualidade de Vida no Trabalho*. Rio de Janeiro, Vozes.
- Rosado, A. (1990). *A disciplina nas classes de Educação Física*, *Revista Horizonte*, VII (38), 47-55.
- Rosow, J. M. (1979). *Quality-of-work-life issues for the 1980's*. New York, Van Nostrand Reinhold.
- Rousseau, D. M. (1978). "The relationship of work to nonwork." *Journal of Applied Psychology*, 63: 513-517.
- Sameer, S. C.; Wayne, M. S.; Mary, O.S. (2004). *Physician Burnout*. *JAMA* 291, 633
- Sampaio, J.S. (1982). *Emprego e condições de trabalho dos professores*. *O Professor*, 37, 5-17.
- Santos, M.G. (1983). *La "erosión" de la función docente*. *Revista Española de Pedagogia*, XLI (159), 105-118.
- Saunders, R. (1980). *Teacher burnout and stress management research: implications for*

teacher preparation, personnel selection and staff development. Poster apresentado na National Conference of the National Council of States on Intervice Education.

Sauter, S.L.; Hurrell, J.J.; Cooper, C.L. (eds.). (1989). Job control and worker health. New York: John Wiley & Sons.

Sauter, S.L.; Murphy, L. (Eds.). (1995). Organizational risk factors for job stress. Washington, DC: American Psychological Association.

Scarpello, V.; Campbell, J. P. (1983). "Job satisfaction: Are all parts there?" *Personnel Psychology* (36). 577-600.

Scott, K. D.; Taylor, G. S. (1985). "An examination of conflicting findings on the relationship between job satisfaction and absenteeism: a meta-analysis." *Academy of management Journal*(28). 599-612.

Sehye, H. (1978). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Co.

Sehye, H. (1980). *The Stress Concept Today*. In Kutash, I.L. e Schleseinger, L.B. (eds.), *Handbook on Stress and Anxiety. Contemporary Knowledge, Theory, and Treatment*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Mc-Graw Hill.

Selye, H. (1973). The evolution of stress concept. *American Scientific*, 61, 692- 699.

Selye, H. (1979). *The Stress of Life*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Serra, A.V. (1988). Um estudo sobre o coping: Inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-306.

Serra, A.V. (1988). Atribuição e autoconceito. *Psychologica*, 1, 127-141.

Serra, A.V. (1989). Stress. *Coimbra Médica*, 10, 131-140.

Serra, A.V. (1990). A relevância clínica do coping nos transtornos emocionais. – “*Psiquiatria na Prática Médica*”. Lisboa.

Serra, A.V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*. Volume 21, nº4, 261-278, Coimbra.

Serra, A.V. (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. 2ª ed. Coimbra, Gráfica de Coimbra.

Serra, A.V. (2002). Stresse e doenças cardiovasculares. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 21 (10), 1173-1187.

Shewhart, W. A. (1986). *Economic control of quality of manufactured product*, Ceepress.

- Show, S. (1980). Preventing teacher burnout. Philadelphia: Annual International Convention of the Council for Exceptional Children.
- Siedentop, D. (1989). Do the lockers really smell? *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60 (1), 36-41.
- Silva, M. (1994). A profissão docente - Ética e deontologia profissional. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Silva, M. A. (2001). Quem ama não adoce: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças – acp.12, 169-176 in " Componente psicológico das doenças cardiovasculares". São Paulo. Editora Best Seller.
- Silvério, J.M.; Silva, C.F. (1994). Esgotamento (burnout) no desporto. Braga: Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia, 503-520.
- Silverman, D. (1976). *The Theory of Organizations*. Londres, Heinemann.
- Smilanski, J. (1984). External and internal correlates of teacher's satisfaction and willingness to report stress. *British Journal of Educational Psychology*, (54): 84-92.
- Smith, J. (1994). *Dinámica de la relación*. Geron: Tikal.
- Sousa, J.L.C. (1993). Condição docente: Factores de bem-estar no exercício profissional. *Boletim da S.P.E. F.*, 7/ 8, 49-59.
- Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction - Application, Assessment, Causes, and Consequences*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Sporcq, J. (1994). Gestion du stress et conclusions. *L'Observatoire*, 44-47.
- Spurgeon, P. (1982). Factores de absentismo e quebra da rentabilidade do pessoal de enfermagem qualificado no Serviço Nacional de Saúde. *Análise Psicológica*, II (2/3), 239-254.
- Staines, L. G.; Quinn, R. P. (1979). "American workers evaluate the quality of their jobs." *Monthly Labor Review* (102). 3-12.
- Stern, W.A. (1980). *Teacher absenteeism at the secondary school level*. Detroit: Michigan State University.
- Stora, J.B. (1990). *O stress*. Porto: Rés Editora.
- Tache, J.; Tache, J.; Selye, H. (1977). *Integración del estrés en el trabajo individual diario*.

In Vários, Trabajo y estrés. Madrid: Karpos.

- Tane, L. D.; Treacy, M. E. (1984). "Benefits that bend with employee's needs." *Nation's Business*(April). 80-82.
- Teixeira, J. M. (2002). Burnout ou a Síndrome de Exaustão. *Revista de Saúde Mental* vol.IV n.º2.
- Teodoro, A. (1990). Sobre o mal-estar na profissão docente e a constituição de uma identidade profissional nos professores. Comunicação apresentada no 3º Congresso da Sociedade Portuguesa de Educação Física, Lisboa.
- Teodoro, A. (1994). Da profissionalização da actividade docente à crise de identidade dos professores, Considerações preliminares para um estudo da situação portuguesa. *Boletim da S.P.E.F.*, (9): 37-54.
- Teodoro, A. (1994). *A carreira docente: Formação, avaliação e progressão*. Lisboa: Texto Editora.
- Trudel, P.; Boudreau, P.; Proulx, R. (1995). Analyse qualitative du profil de carrière et de la satisfaction au travail des professeurs d'Education Physique francophones de l'Ontario (Canada). *Revue de l'Education Physique*, 35 (2), 65-77.
- U.N.E.S.C.O. (1978). Le savoir n'a pas de prix - Les enseignants sont parmi les salariés les moins bien payés. *Le Courier de l'U.N.E.S.C. O.*, 24-27.
- Vala, J.; Bastos, J.G.; Catarro, M.H. (1983). Dimensões das motivações para o trabalho - Um estudo empírico. *Psicologia*, IV (3 e 4), 251-260.
- Valente, M.O.; Bárrios, A. (1986). Que razões levam os alunos à frequência de um curso de formação de professores? *Revista de Educação*, 1 (1), 13-24.
- Vasco, A.J.B. (1985). Coping: Dois modelos explicativos. *Jornal de Psicologia*, 4 (3), 22-26.
- Vásquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. In F. Fuentenebro, *Psicología médica, psicopatología y psiquiatria*, vol 1, 449-47. Madrid: Interamericana.
- Vicente, P.; Reis, E.; Ferrão, F. (1996). *Sondagens - A amostragem como factor de qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York, Wiley.
- Walker, S.; Barton, L. (1987). *Changing policies, changing teachers. New directions for schooling?* Milton Keynes, Open University Press.

- Walton, R. E. (1974). "Improving the quality of work life." *Harvard Business Review*(may/jun): 12-16.
- Wan, T. (1971). Status stress and morbidity: A sociological investigation of selected categories of work-limiting chronic conditions. *J. Chron. Dis*, (24): 453-468.
- We Farlane, A.C. (1991). Post traumatic stress disorders. In F,K. Judd, D.R. Lipsitt (Eds.), *Handbook of studies on general hospital psiquiatry*. New York.
- Weaver, C N. (1980). "Job satisfaction in the United States in the 1970's." *Journal of Applied Psychology* (65): 364-367.
- Wendt, J.C.; Bain, L.L. (1989). Physical educators. Perceptions of stressful teaching events. *Journal of Teaching in Physical Education*, (8): 342-346.
- Werther, W.; Davis, K. (1983). *A administração de pessoal e recursos humanos*. São Paulo, McGraw Hill.
- Wisner, (1987). *Por dentro do Trabalho*. São Paulo, Oboré.
- Wolf, R.M. (1988). Questionnaires. In J.P. Keeves, *Educational Research Methodologie and Measurement: A international handbook*, 478- 482), Oxford: Pergamon Press.
- Wolpin, J.; Burke, R. J. (1985). "Relationship between absenteeism and turnover: A function of the measures?" *Personnel Psychology*(38): 57-74.
- Woodward, J. (1965). *Industrial Organization: Theory and Practice*. London, Oxford University Press.
- Yankelovich, D. (1979). *Work, Values, and the New Breed*. New York, Van Nostrand Reinhold.
- Youngblood, S. A. (1984). "Work, nonwork, and withdrawal." *Journal of Applied Psychology* (69): 106-107.
- Zabalza, M. (1992). *Planificação e desenvolvimento curricular na Escola*, Rio Tinto: Edições ASA.