



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Marta João Alonso

**ESCALA DE MEDIDAS DA SATISFAÇÃO  
PROFISSIONAL NUMA USE:  
IMPLICAÇÕES PARA COORDENAÇÃO  
RELACIONAL E CONTRATO PSICOLÓGICO**

VOLUME 1

**Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Gestão orientado pela Professora  
Doutora Teresa Carla Trigo de Oliveira e apresentado à Faculdade de Economia  
da Universidade de Coimbra.**

Setembro de 2022



FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Marta João Alonso

**ESCALA DE MEDIDAS DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NUMA USF:  
IMPLICAÇÕES PARA COORDENAÇÃO RELACIONAL E CONTRATO  
PSICOLÓGICO**

Relatório de Estágio de Mestrado em Gestão, apresentado à Faculdade de Economia da  
Universidade de Coimbra no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Gestão (conducente ao  
grau de Mestre)

Orientadora: Professora Doutora Teresa Carla Trigo Oliveira

Coimbra, setembro de 2022

*Pensamentos conduzem a Sentimentos.*

*Sentimentos conduzem a Ações.*

*Ações conduzem a Resultados.*

*T. Harv Eker*

## **Agradecimentos**

A realização deste relatório de estágio finda o meu percurso académico, que considero um dos capítulos mais importantes da minha vida. Este percurso com duração de cinco anos, vividos na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, facultou-me intermináveis experiências, conhecimentos e amizades que contribuíram para o meu crescimento a nível pessoal, e que jamais esquecerei.

Aproveito este momento para deixar o meu profundo e mais sincero agradecimento a todas as pessoas que me ajudaram, direta ou indiretamente, a chegar a este tão importante momento. A minha primeira palavra de agradecimento vai para a Professora Doutora Teresa Carla Trigo Oliveira pela forma dedicada e cuidadosa que orientou este relatório de estágio. Pretendo também deixar expressa a minha admiração pela sua profunda sabedoria e pela sua dimensão humana e pedagógica.

Quero deixar o meu grato agradecimento aos meus colegas e familiares, amigas e amigos que merecem o meu reconhecimento, pela compreensão, apoio e encorajamento que me prestaram durante os meses em que trabalhei neste relatório. Não posso mencionar todos, mas terei que agradecer especialmente à minha mãe, pai e irmão pelas palavras de alento que sempre me acompanharam.

Por último, mas não menos importante, à USF pela oportunidade que me foi facultada para a concretização do estágio curricular, em particular ao meu supervisor local, por todas as aprendizagens e conhecimentos transmitidos ao longo destes meses, pela preocupação e paciência demonstrada. À restante equipa, médicos, enfermeiros e secretários clínicos pela simpatia e forma como me acolheram e integraram.

## Resumo

O presente relatório descreve as principais atividades desenvolvidas ao longo de uma experiência curricular, realizada numa USF, decorrida entre fevereiro e junho de 2022. O estágio foi maioritariamente inserido na área de gestão de recursos humanos, qualidade e sistemas de informação.

Inicialmente fiz um pequeno enquadramento ao Serviço Nacional de Saúde Português e ao surgimento e evolução das Unidades de Saúde Familiar, de forma a conhecer quando e como foram implementadas, como funcionam, e o conjunto de normas que as dirigem.

O relatório avalia a literatura sobre a satisfação dos profissionais de saúde e a satisfação do utente, concluindo que o tema que tem apresentado crescente importância por parte dos profissionais da USF é que a satisfação do profissional de saúde tem que estar cada vez mais emparelhada com a satisfação do utente. Um profissional de saúde satisfeito proporciona uma boa *performance* na prestação de serviços de saúde. É também avaliada a literatura sobre Coordenação Relacional (CR) e Contrato Psicológico (CP), de forma a entender como cada um destes temas influenciam a satisfação profissional e consequentemente a satisfação do utente.

Através da análise do questionário de satisfação profissional aplicado no decorrer do estágio, fundou-se como principal objetivo deste relatório desenvolver uma lista de medidas que devem estar presentes num questionário que pretenda avaliar a satisfação dos profissionais de saúde de uma USF. Incluindo, também, os importantes conceitos de CR e CP. A escala de medidas foi desenvolvida com base em alguma pesquisa e em ferramentas fornecidas pela minha orientadora.

Desenvolver um questionário de satisfação profissional no setor da saúde é complexo, pois requer bastante tempo e dedicação. Um questionário aplicado neste contexto tem que abranger uma vasta lista de medidas de forma a perceber de onde provem o descontentamento e insatisfação profissional. A satisfação dos profissionais de saúde está relacionada com os recursos do emprego, com as exigências do emprego, com os recursos pessoais, com os resultados do trabalho, com os profissionais/colegas da USF, com a própria USF, com o coordenador, com a existência de coordenação relacional e o cumprimento do contrato psicológico.

A escala de medidas e itens que foi desenvolvida é bastante extensa e exaustiva. Mas só assim se consegue perceber onde é necessário intervir e melhorar de forma a possuir profissionais satisfeitos para assim conseguir prestar um serviço de elevada qualidade que satisfaça todos os utentes.

**Palavras-chave:** Coordenação Relacional; Contrato Psicológico; Satisfação Profissional; Satisfação do Utente; USF.

## **Abstract**

This report describes the main activities developed during a curricular experience, carried out in a USF, between February and June 2022. The internship was mostly inserted in the areas of human resource management, quality and information systems.

Initially I did a short background on the Portuguese National Health Service and on the emergence and evolution of the Family Health Units, in order to know when and how they were implemented, how they work, and the set of norms that guide them.

The report evaluates the literature on health professional satisfaction and user satisfaction, concluding that the theme that has presented increasing importance by USF professionals is that health professional satisfaction has to be increasingly paired with user satisfaction. A satisfied health professional provides a good performance in the provision of health services. The literature on Relational Coordination (RC) and Psychological Contract (PC) is also assessed in order to understand how each of these themes influence professional satisfaction and, consequently, user satisfaction.

Through the analysis of the questionnaire on job satisfaction applied during the internship, the main objective of this report was to develop a list of measures that should be included in a questionnaire intended to assess the satisfaction of health professionals in a USF. It also included the important concepts of CR and PC. The scale of measures was developed based on some research and tools provided by my supervisor.

Developing a questionnaire on job satisfaction in the health sector is complex, as it requires a lot of time and dedication. A questionnaire applied in this context has to cover a wide list of measures in order to understand where job dissatisfaction is coming from. Health professionals' satisfaction is related to job resources, job demands, personal resources, work results, professionals/fellows at the USF, the USF itself, the coordinator, the existence of relational coordination, and the fulfilment of the psychological contract.

The scale of measures and items that was developed is quite extensive and exhaustive. However, this is the only way to understand where it is necessary to intervene and improve in order to have satisfied professionals and thus be able to provide a high quality service that satisfies all users.

**Key-Words:** Relational Coordination; Psychological Contract; Professional Satisfaction;  
User Satisfaction; USF.



## Índice de Siglas e Abreviaturas

<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>ACSA</b>	Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>BI</b>	Bilhete de Identidade
<b>CG</b>	Conselho Geral
<b>CP</b>	Contrato Psicológico
<b>CPAQ</b>	Compromisso para um Atendimento de Qualidade
<b>CR</b>	Coordenação Relacional
<b>CRP</b>	Constituição da República Portuguesa
<b>CS</b>	Cuidados de Saúde
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>CT</b>	Conselho Técnico
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>DIOR-USF</b>	Diagnóstico do desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Saúde Familiar
<b>DL</b>	Decreto-Lei
<b>DQS</b>	Departamento da Qualidade na Saúde
<b>ERA</b>	Equipa Regional de Apoio
<b>IDG</b>	Índice de Desempenho Global
<b>IDS</b>	Índice de Desempenho Setorial
<b>LMX</b>	<i>Leader-Member Exchange</i>
<b>MCSP</b>	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
<b>MIM@UF</b>	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
<b>MGF</b>	Medicina Geral e Familiar
<b>PANAS</b>	Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos
<b>PAUF</b>	Plano de Ação pelas Unidades Funcionais
<b>RAUF</b>	Relatório de Atividades das Unidades Funcionais
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>UC</b>	Unidade Contratualizada
<b>UP</b>	Unidade Ponderada
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar

## Índice de Figuras, Gráficos, Quadros e Tabelas

### Figuras

Figura 1 - <i>A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work</i> .....	15
Figura 2 – Dimensões do Contrato Psicológico .....	19

### Quadros

Quadro 1 - Mecanismos de coordenação do trabalho.....	13
Quadro 2 – Definições de Contrato Psicológico .....	16

### Tabelas

Tabela 1 - Percentagem da Amostra por Faixa Etária .....	39
Tabela 2 - Percentagem da Amostra por Grupo Profissional .....	39
Tabela 3 - Análise das Questões Correspondentes à Secção das Condições de Trabalho .....	40
Tabela 4 - Análise das Questões Correspondentes à Secção da Liderança.....	43
Tabela 5 - Análise das Questões Correspondentes à Secção da Atividade Profissional e Formação Contínua .....	44
Tabela 6 - Análise das Questões Correspondentes à Secção da Satisfação Pessoal.....	45
Tabela 7 - Análise das Questões Correspondentes à Secção da Fase Pós Pandémica Covid-19 .....	46
Tabela 8 - Análise das Questões Abertas Correspondentes a cada uma das Secções do Questionário .....	47

## Índice

Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Abstract.....	v
Índice de Siglas e Abreviaturas .....	vii
Índice de Figuras, Gráficos, Quadros e Tabelas .....	viii
Índice .....	ix
Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
1. Serviço Nacional de Saúde .....	3
2. Surgimento e Evolução das Unidades de Saúde Familiar .....	5
2.1. Unidades de Saúde Familiar .....	5
2.1.1. Origem das USF.....	6
2.1.2. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP).....	7
2.1.3. Regulamentação das USF .....	8
2.1.4. Modelos das USF.....	9
2.1.5. A Equipa da USF .....	10
3. O papel da Coordenação Relacional e do Contrato Psicológico na Satisfação do Profissional de Saúde e consequentemente na Satisfação do Utente .....	12
3.1. Coordenação Relacional .....	12
3.2. Contrato Psicológico .....	16
3.2.1. Génese e Desenvolvimento do Conceito de Contrato Psicológico.....	16
3.2.2. Conteúdo e Dimensões do Contrato Psicológico.....	18
3.2.3. Quebra/Violação do Contrato Psicológico e as suas Consequências ...	19
3.3. Satisfação do Utente .....	20
3.3.1. Fatores que influenciam a satisfação dos utentes .....	22
3.3.2. Satisfação do Utente nos CSP.....	23
3.4. Satisfação dos Profissionais de Saúde .....	25
3.4.1. Satisfação dos Profissionais nos CSP .....	27
PARTE II – EXPERIÊNCIA NUMA USF LOCALIZADA NO SUL DA EUROPA ..	29
4. Apresentação da Entidade de Acolhimento.....	29
5. Descrição do Estágio .....	30
5.1. Objetivos do Estágio.....	30
5.2. Tarefas Propostas.....	31
5.3. Cronograma do Estágio .....	33
5.4. Descrição das Tarefas Desenvolvidas .....	34
5.4.1. Indicadores / Barómetro / BI-USF / IDG-IDS .....	34

5.4.2.	Auditorias.....	35
5.4.3.	Criação de um novo Site .....	36
5.4.4.	Elaboração de folhas de ausências .....	36
5.4.5.	Grelha DIOR.....	36
5.4.6.	Evolução dos custos da USF.....	37
5.4.7.	Levantamento das Necessidades Formativas.....	37
5.4.8.	Questionário de satisfação profissional .....	37
5.4.8.1.	Metodologia e Instrumentos de Medida .....	38
5.4.8.2.	Amostra.....	38
5.4.8.3.	Apresentação e Discussão dos Resultados.....	39
5.5.	Identificação de Problemas.....	49
6.	Estudo no Âmbito do Estágio numa USF.....	49
6.1.	Introdução .....	49
6.2.	Finalidade e Objetivos .....	50
6.3.	Lista de Medidas Necessárias para Avaliar a Satisfação Profissional numa USF	50
6.3.1.	Medidas da Satisfação com os Recursos do Emprego.....	51
6.3.2.	Medidas da Satisfação com as Exigências do Emprego .....	51
6.3.3.	Medidas da Satisfação com os Recursos Pessoais.....	52
6.3.4.	Medidas da Satisfação com os Resultados do Trabalho .....	53
6.3.5.	Medidas da Satisfação com os Profissionais/Colegas da USF .....	55
6.3.6.	Medidas da Satisfação dos profissionais de saúde com a USF.....	56
6.3.7.	Medidas da Satisfação dos profissionais de saúde com o Coordenador.....	58
6.3.8.	Medidas da Coordenação Relacional.....	59
6.3.9.	Medidas do Contrato Psicológico .....	59
7.	Notas Finais .....	60
	Referências Bibliográficas.....	63
	ANEXOS .....	71

## **Introdução**

Este trabalho é realizado no âmbito do Mestrado em Gestão, pelo que deve relacionar-se, por um lado, com a saúde, os cuidados de saúde ou unidades prestadoras, neste caso as Unidades de Saúde Familiar, e, por outro lado, com a área comportamental da gestão.

Nos dias de hoje, o desgaste físico e emocional proveniente do trabalho é muito comum entre trabalhadores de várias profissões. A questão da insatisfação profissional ganhou elevado relevo, ao longo dos anos, em contextos organizacionais em é valorizada a sua prevenção como decisivo para o sucesso profissional. Desta forma, muitos estudos foram feitos com o objetivo de identificar os fatores que causam a insatisfação profissional no trabalho, de forma a implementar estratégias para aumentar a satisfação dos trabalhadores, melhorando os níveis de desempenho e produtividade.

A satisfação dos utentes é um dos indicadores da qualidade dos serviços de saúde. As avaliações feitas pelos utentes para os cuidados de saúde são consideradas cada vez mais importantes. Atualmente os utentes encontram-se mais informados sobre assuntos relacionados com o seu estado de saúde, portanto os serviços de saúde devem ter em consideração as necessidades e exigências dos seus utentes. São vários os fatores que influenciam a satisfação do utente, desde o seu estado de saúde, as suas características sociodemográficas, as expetativas relativamente às intervenções dos profissionais de saúde e os aspetos organizacionais.

Os relacionamentos saudáveis são os que se baseiam numa comunicação frequente, pontual, explícita e focada na resolução de problemas e que são determinados pela partilha de objetivos, conhecimentos e respeito mútuo, o que se denomina de coordenação relacional. Com base em estudos recentes, práticas adequadas de CR contribuem para a melhoria do desempenho organizacional, qualidade e o bem-estar dos profissionais (J. Gittell et al., 2017). Os contratos psicológicos são definidos como crenças de um indivíduo de que promessas foram concretizadas de forma explícita ou implícita sobre as obrigações mútuas entre o trabalhador e o empregador. Assim, é esperado que haja cumprimento dessas mesmas promessas por ambas as partes (Rousseau, 1989). Portanto, a perceção do seu incumprimento causa frustração, descontentamento e insatisfação dos profissionais.

No que se refere à estrutura do relatório, este divide-se em duas partes. A primeira, “ENQUADRAMENTO TEÓRICO”, pretende estabelecer um enquadramento ao SNS e às USF, tal como fazer uma reflexão tórica sobre os temas referidos anteriormente (satisfação profissional, satisfação do utente, coordenação relacional e contrato psicológico). Por outro lado, a segunda parte, denominada “EXPERIÊNCIA NUMA USF LOCALIZADA NO SUL DA EUROPA”, versa sobre a realidade prática do estágio, onde é apresentada a entidade de acolhimento e é descrito o estágio com todas as tarefas que foram desenvolvidas. Por fim, nesta segunda parte, é descrito o estudo efetuado no âmbito do estágio curricular com o desenvolvimento de uma lista de medidas para avaliar a satisfação dos profissionais de uma USF e desta forma prestar um contributo positivo, com esta importante ferramenta, para a entidade de acolhimento. Por fim, elaborei um capítulo de notas finais que tem como objetivos, não só a reflexão crítica do estágio, e da experiência e aprendizagem adquiridas no decorrer do mesmo, como também a reflexão sobre a necessidade de cada vez mais ser imprescindível dar elevada importância à satisfação dos profissionais de saúde, optando por uma perspetiva comportamental e institucional.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Serviço Nacional de Saúde

A saúde constitui um bem de extrema importância, o qual deve ser assegurado a todos os indivíduos e está exposto como sendo um direito fundamental na maioria das constituições. A CRP<sup>1</sup> consagra, no artigo 64.º, o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover e a Lei de Bases da Saúde<sup>2</sup>, Lei 95/2019 de 4 de setembro, na base XX, caracteriza o SNS como universal e tendencialmente gratuito. Posto isto, o direito à saúde é assegurado pelo Estado através do SNS. O SNS demarca o “conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”<sup>3</sup>.

Em 1971 é publicado o Decreto-Lei nº 413/71 e o Decreto-Lei nº 414/71, ambos no dia 27 de setembro, que promulgam a reforma do sistema de saúde, que viria a ser conhecida como a “Reforma de Gonçalves Ferreira”, esta reforma dá origem ao primeiro esboço de um SNS.

Antecipando-se à criação do SNS, o Despacho ministerial publicado no Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978<sup>4</sup>, mais conhecido como “Despacho Arnaut” abriu o acesso gratuito, a todos os cidadãos, aos Serviços Médico-Sociais e aos hospitais, independentemente da sua capacidade contributiva, bem como a participação de medicamentos<sup>5</sup>. A criação do SNS remonta a 15 de setembro de 1979 com a publicação, em Diário da República, da lei nº 56/79<sup>6</sup>, efetivando o direito à proteção da saúde, a prestação de cuidados globais de saúde e o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, nos termos da constituição. No artigo 7.º dessa mesma lei, lê-se o seguinte: “O acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações”,

---

<sup>1</sup>Constituição da República Portuguesa, 2005. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf>

<sup>2</sup>Lei das Bases da saúde. Lei nº 95/2019, 4 de setembro de 2019. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

<sup>3</sup>Informação disponível em: <https://www.chs.min-saude.pt/guia-do-utente/o-servico-nacional-de-saude/>

<sup>4</sup>O Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978. “Despacho Arnaut”. Disponível em: <https://sns-arnaut.pt/sns/despacho-arnaut/>

<sup>5</sup>Informação disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/21/antonio-arnaut-1936-2018/>

<sup>6</sup>Lei nº 56/79, de 15 de setembro. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1979-75079849-75091239>

expondo a hipótese de serem cobradas taxas moderadoras. A Lei estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de serviços prestadores de cuidados diferenciados<sup>7</sup>. Em 1982, o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho<sup>8</sup>, dá origem às administrações regionais de saúde (ARS), dotadas de personalidade jurídica e com autonomia administrativa e património próprio. No ano de 1988 é aprovada a lei da gestão hospitalar, no Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro<sup>9</sup>, expondo as preocupações resultantes do grande peso das despesas de saúde no Orçamento de Estado. O legislador sugere que os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, a fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social, integrando a atividade hospitalar na economia do país.

Em 1989 ocorreu a 2ª Revisão Constitucional em que o acesso aos cuidados de saúde passou a ser tendencialmente gratuito, destacando o princípio de justiça social e de racionalização dos recursos. Em 1990 foi publicada a primeira Lei de Bases da Saúde<sup>10</sup>, revogada pela Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, onde se confirma que a proteção da saúde constitui um direito a toda a comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. A base 24 presente na lei n.º 95/2019, prevê que a lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar.

De acordo com Harfouche (2008), citado por Gonçalves (2013), a Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro de 2002<sup>11</sup>, alterou o modelo de gestão hospitalar com a reforma no setor da saúde suportada pela Nova Gestão Pública. Adota-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressividade institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).

---

<sup>7</sup>Informação disponível de: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

<sup>8</sup>Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1982/06/14700/18971900.pdf>

<sup>9</sup>Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro. Disponível em: [https://www.igf.gov.pt/leggeraldocs/DL\\_019\\_88.htm](https://www.igf.gov.pt/leggeraldocs/DL_019_88.htm)

<sup>10</sup>Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 49/90, de 24 de agosto. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1990/08/19500/34523459.pdf>

<sup>11</sup>Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2002/11/258a00/71507154.pdf>



Em 2003 o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril<sup>12</sup>, cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença<sup>13</sup>.

## **2. Surgimento e Evolução das Unidades de Saúde Familiar**

### **2.1. Unidades de Saúde Familiar**

Este subcapítulo, através da revisão de estudos e artigos publicados, e da análise da legislação, tem como objetivo analisar o contexto que antecede a criação das USF, a sua implementação, o modo de funcionamento, e o conjunto de normas que as dirigem. Um grande sucesso alcançado pelo SNS foi a criação das USF, estas constituem um modelo inovador de assistência primária de saúde. São dotadas de autonomia organizacional e funcional e têm como objetivo colmatar as necessidades de saúde primárias de utentes fixos. Organizadas em equipas multiprofissionais, visam a personalização dos cuidados prestados atendendo às situações socioeconómicas dos utentes, dos agregados familiares e da população.

As primeiras USF surgiram em 2007, concedendo forma à reforma dos cuidados de saúde primários, garantindo assim uma maior acessibilidade a toda a população. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto<sup>14</sup>, estabeleceu o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde, através da aposta na continuidade, acessibilidade e globalidade dos cuidados prestados. As USF permitem uma reestruturação da assistência primária aos cidadãos garantindo mais acessibilidade, eficiência e qualidade, através do trabalho em equipa, incentivados ao bom desempenho por um regime retributivo especial que observa a produtividade (Magalhães, 2013). Um ano depois ocorre mais um marcante passo na reforma dos cuidados de saúde primários,

---

<sup>12</sup>Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2003/04/077a00/21182127.pdf>

<sup>13</sup>Informação disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

<sup>14</sup>Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128>

através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro<sup>15</sup>, são criados os agrupamentos de centros de saúde do SNS (ACES), com o objetivo de dar estabilidade à organização da prestação de CSP, proporcionando a melhoria ao acesso aos cuidados de saúde e uma gestão estável e rigorosa.

### **2.1.1. Origem das USF**

Os Cuidados de Saúde Primários, no início de 2006, eram considerados um sistema oneroso e ineficiente. Era, portanto, necessário reinvestir e reestruturar os CSP de forma a aumentar a acessibilidade e, também, a confiança nos mesmos. O objetivo seria que o utente pudesse recorrer, em primeiro recurso, a uma instituição que reconhecia e onde se sentisse em casa. Para além disso, era necessário que fosse dada uma resposta eficiente a uma população cada vez mais exigente e criteriosa dos seus direitos relativamente à proteção da sua saúde (Magalhães, 2013).

Posto isto, tornava-se cada vez mais urgente uma reforma e reorganização dos CSP. O objetivo era uma rede de CSP mais acessível, eficiente e adequada às necessidades dos cidadãos, bem como, dos profissionais de saúde. Nascia, assim, a noção das Unidades de Saúde Familiar, enquadradas nos Centros de Saúde. As USF são fruto da intelectualidade e experiência de um conjunto de médicos de família.

As USF agrupavam equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos, com autonomia a nível técnico, organizacional e funcional e com um sistema retributivo que gratificasse a produtividade e a qualidade, através de um acréscimo, ao valor do salário fixo, de um montante variável, concedido através da execução de objetivos pré-estabelecidos (Pisco, 2011.) De acordo com Campos (2008), citado por Magalhães (2013), as USF tinham como missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade.

O Regime Remuneratório Experimental, legislado pelo decreto-lei nº 117/98, de 5 e maio<sup>16</sup>, permitia que os médicos de MGF tivessem uma remuneração ajustada aos

---

<sup>15</sup>Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

<sup>16</sup>Regime Remuneratório Experimental. Decreto-lei n.º 117/98, de 5 e maio. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1998/05/103a00/19911995.pdf>

doentes inscritos na sua lista e ponderada por um número selecionado de fatores de desempenho. Ou seja, pela primeira vez, era incentivada a produtividade e acessibilidade através de um suplemento financeiro (Magalhães, 2013).

Segundo a previsão inicialmente estimada pelo Decreto-Lei 117/98, este modelo teria uma duração de dois anos, mas, pelos bons resultados obtidos, recomendou-se o seu alargamento (Rocha e Sá, 2011).

### **2.1.2. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)**

A avaliação positiva desta experiência levou à recomendação do seu alargamento à generalidade dos Centros de Saúde (Rocha e Sá, 2011). Foi então, formulada, em 2005, a MCSP, com a finalidade de conduzir o projeto de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF<sup>17</sup>.

Segundo a resolução do conselho de ministros n.º 157/2005, competia à MCSP:

- Apoiar a reconfiguração dos CS em USF, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USF, bem como dos demais aspetos de reconfiguração dos CS;
- Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efetivo às candidaturas das USF;
- Elaborar o regulamento interno dos centros de saúde reconfigurados;
- Propor a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas Unidades de Saúde Familiar;
- Elaborar os termos de referência da contratualização das ARS com os CS e destes com as USF;
- Elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as USF em diferentes níveis de desenvolvimento;

---

<sup>17</sup>Informação disponível na Resolução do conselho de ministros n.º 157/2005, disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2005/10/196b00/59815982.pdf>

- Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados;
- Propor e apoiar oportunidades de prestação de serviços partilhados entre diferentes unidades, em estreita articulação com os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde;
- Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de CS e USF.

Em janeiro de 2006, a MCSP publica as “Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”<sup>18</sup>, onde divulga as suas propostas de medidas em oito áreas de atuação e clarifica qual seria a evolução da reforma. Estabeleceu como grandes objetivos para a Reforma da Atenção Primária a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, aumento da acessibilidade e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços e dos profissionais, através de boas condições de trabalho e recompensação de boas práticas (Pisco, 2011).

### **2.1.3. Regulamentação das USF**

Em 2006 teve início esta nova reforma com as primeiras 10 USF e muitas candidaturas, em espera, para serem autorizadas. A grande adesão por parte dos especialistas de MGF invocava cada vez mais a necessidade de uma legislação completa que regulasse este novo modelo. Foi estabelecido o Regime Jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar, através do decreto-lei 298/2007, de 22 de agosto de 2007<sup>19</sup>. Este decreto-lei vinha regulamentar também o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que fizessem parte das USF de modelo B.

No final de 2007, estavam em pleno funcionamento 105 USF, com novas candidaturas constantemente a surgir (Magalhães, 2013). O despacho normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro<sup>20</sup>, constituía o regulamento para lançamento e implementação

---

<sup>18</sup>Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2005/10/196b00/59815982.pdf>

<sup>19</sup>Regime Jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar. Decreto-lei 298/2007, de 22 de agosto. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>

<sup>20</sup>Despacho normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2006/02/034b00/12561258.pdf>

das unidades de saúde familiar, esclarecendo qual o processo para adesão ao modelo das USF.

#### **2.1.4. Modelos das USF**

As USF são divididas em três tipos de modelos (A, B e C). Segundo o Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de outubro<sup>21</sup>, a diferença entre os modelos das USF resulta de três dimensões: o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

O modelo A compreende as Unidades de Saúde Familiar do setor público administrativo e corresponde a uma fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa. É uma fase de mudança indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar - cfr. § 2, a) do Anexo ao Despacho n.º 24 101/2007. Este modelo apresenta um sistema remuneratório definido pela Administração Pública, aplicáveis ao setor e às respetivas carreiras dos profissionais que as agregam, com a hipótese de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos a reverter para as USF.

O modelo B é o indicado para equipas com uma maior maturidade organizacional e que os profissionais de saúde estejam dispostos a aceitar um nível de desempenho mais exigente e a participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos. As USF de modelo B assentam num modelo de incentivos que visa potenciar as aptidões e competências de cada profissional, premiando o desempenho individual e coletivo, com o objetivo de reforçar a eficácia, a eficiência e a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários. Neste modelo, todos os profissionais usufruem de um regime retributivo especial em que acresce ao ordenado suplementos e compensações pelo desempenho, definido no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto<sup>22</sup>.

O modelo C é um modelo que ainda não se encontra efetivo nem totalmente regulado (modelo experimental). Pretende preencher possíveis insuficiências

---

<sup>21</sup>Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de outubro. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/221330/despacho-24101-2007-de-22-de-outubro>

<sup>22</sup>Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>

demonstradas pelo SNS, abrange as USF dos setores social, cooperativo e privado, articuladas com um Centro de Saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato estabelecido com a respetiva ARS. Apresentam a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos - cfr. § 2, c) do Anexo ao Despacho n.º 24 101/2007.

Finalmente, no sentido de proporcionar a escolha do modelo mais adequado aos propósitos de cada equipa, foi permitido aos profissionais a transição de um modelo para outro em qualquer momento, se “observados os termos de acesso e a metodologia, definidos pela MCSP, bem como o número de USF estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, de acordo com o n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.” – cfr. § 3 do Anexo ao Despacho n.º 24 101/2007.

#### **2.1.5. A Equipa da USF**

A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa multiprofissional consta no regulamento interno da USF e é estabelecida para toda a equipa, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei, bem como, o estatuto das respetivas carreiras profissionais (Magalhães, 2013).

As USF, tendo em conta o estatuto autónomo do ponto de vista técnico e organizacional, são compostas internamente por um Conselho Técnico (CT) e um Conselho Geral (CG).

O CT é constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico, possuidores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional. Compete ao CT: avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa; elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas; organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação; contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização, espírito crítico e rigor científico<sup>23</sup>. Os elementos do CT reúnem mensalmente e divulgam orientações de

---

<sup>23</sup> Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 junho. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>

acordo com as áreas referentes ou recomendáveis à época. O CT dá apoio, nas diferentes áreas aos grupos de trabalho, designados por núcleos facilitadores.

O CG é composto por todos os elementos da USF. Compete ao CG: aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de ação, o relatório de atividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais; aprovar a proposta da carta de compromisso; zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de ação; propor a designação de novo coordenador a qual está dependente de homologação do diretor executivo do ACES; aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional; aprovar a substituição temporária de qualquer elemento da equipa em caso de ausência por motivo de exercício de funções em outro serviço ou organismo devidamente autorizado<sup>24</sup>.

Todas as USF possuem um coordenador, este é escolhido por todos os elementos da equipa e representado pelo despacho que aprovou a constituição da USF, com funções específicas e cujas competências e delegações são as definidas pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 junho. Compete, em especial, ao coordenador da equipa: coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e os princípios orientadores da atividade da USF; gerir os processos e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento; presidir ao conselho geral da USF; assegurar a representação externa da USF; assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o plano de ação e o relatório de atividades; autorizar comissões gratuitas de serviço no País.

Para além das competências mencionadas (presentes no Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 junho), cabe salientar que ao coordenador são também concedidas as seguintes funções: avaliar as justificações de faltas dos profissionais; aprovar os planos de férias do pessoal e as suas alterações, bem como acumulações de férias nos termos legais; autorizar a inscrição e participação em estágios, congressos, seminários, colóquios, cursos de formação ou similares realizados no país, até ao limite legal de 15 dias anuais por funcionário; autorizar protocolos de cooperação e articulação entre profissionais de outras instituições e a USF, dos quais não resultem quaisquer encargos financeiros para o ACES;

---

<sup>24</sup> Informação disponível no Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 junho.

e no exercício das suas funções o Coordenador poderá interferir diretamente junto de qualquer elemento da Equipa.

### **3. O papel da Coordenação Relacional e do Contrato Psicológico na Satisfação do Profissional de Saúde e consequentemente na Satisfação do Utente**

#### **3.1. Coordenação Relacional**

A coordenação relacional é um processo de comunicação e relacionamento que se reforça mutuamente com o objetivo de integração de tarefas. A má comunicação é uma das principais razões da ocorrência de erros nos cuidados de saúde. A coordenação entre os prestadores de cuidados de saúde em redes intra-organizacionais é fundamental para a prestação de cuidados contínuos e eficientes.

Para Malone e Crowston (1994), coordenação não é apenas um processo técnico, mas também um processo relacional. Embora a coordenação seja definida como a gestão das correlações entre tarefas, a coordenação relacional consiste na gestão das correlações entre os profissionais que executam essas tarefas. Ou seja, a coordenação relacional diferencia-se por fazer mais referência às interações entre os participantes do que aos mecanismos que dão suporte a essas interações. Para Lima e Rivera (2009, p. 330) “se as ligações não são efetivas, as organizações podem tornar-se fragmentadas e isoladas, com concomitante declínio da *performance*.”.

Mitchell e Shortell (2000), citados por Lima e Rivera (2009), indicam que um grau de coordenação que seja apropriado pode intensificar e melhorar a comunicação, evitar conflitos e reduzir incertezas. Lima e Rivera (2009) olham para a coordenação como o plano principal dos processos de integração dos serviços de saúde. A coordenação é o principal motivo das divergências sobre os sistemas integrados dos serviços de saúde, pois “Garantir o acesso e a continuidade, evitar a sujeição do paciente a procedimentos desnecessários, evitar a duplicação de procedimentos ou exames e agilizar o atendimento são alguns dos resultados esperados em sistemas com elevado grau de coordenação.” (Lima e Rivera, 2010, p. 334).

As organizações prestadoras de cuidados de saúde apresentam uma componente humana muito forte, o que torna fulcral perceber de que forma a coordenação entre os diferentes prestadores de cuidados influencia o resultado da *performance*.

Gittell (2002a) criou um modelo de coordenação do trabalho para os grupos de



profissionais prestadores de cuidados de saúde, cujo objetivo era a manutenção dos relacionamentos dentro das equipas multidisciplinares em saúde e o cumprimento dos objetivos organizacionais. A autora sugeriu quatro mecanismos de coordenação do trabalho, sendo esses (Quadro 1): as **rotinas**, as *boundary spanners*, as **reuniões clínicas** e a **coordenação relacional**.

### Quadro 1 - Mecanismos de Coordenação do Trabalho

**Rotinas:** Nas organizações de saúde, as rotinas, são simplificadoras de coordenação, especificando as tarefas e a sua execução (assumem forma de protocolos). As rotinas que foram obtidas através de conhecimentos resultantes de experiências anteriores possibilitam a replicação de um processo. Além disso, estas permitem reunir as melhores práticas, transformando as capacidades individuais em capacidades organizacionais, originando potenciais fontes de competitividade. Nos últimos anos tem-se assistido a uma uniformização maciça dos atos médicos, através de protocolos de diagnóstico e terapêutica (diretrizes). As rotinas constituem um meio de redução da necessidade de interação entre os intervenientes no processo, o que leva a um mecanismo de coordenação do trabalho de custo reduzido.

**Boundary Spanners:** São assumidas por indivíduos cuja principal tarefa é integrar o trabalho de outras pessoas. Segundo a teoria das organizações, as boundary spanners melhoram a *performance* das organizações facilitando a interação entre os intervenientes.

**Reuniões Clínicas:** As reuniões clínicas permitem aos profissionais coordenarem as tarefas diretamente entre si. Assumem a forma de visitas médicas que permitem discutir o “caso” do paciente em questão. As reuniões clínicas aumentam a *performance*, pois facilitam as interações entre os profissionais e aumentam a eficácia face a situações que apresentam elevado grau de incerteza.

**Coordenação Relacional:** A coordenação relacional resulta da comunicação e interação entre os profissionais do grupo de trabalho. Este tipo de comunicação ocorre num ambiente de respeito mútuo, com relações pessoais entre os profissionais, e com valores partilhados, que se adapta particularmente bem às situações de incerteza, sendo essencial para a adaptabilidade e flexibilidade organizacional.

Fonte: adaptado de Gittel (2002a)

As rotinas, as *boundary spanners* e as reuniões clínicas melhoram a *performance* da organização, pelo incremento do nível de coordenação relacional entre os profissionais, ou seja, dos processos de interação. As rotinas podem ser cada vez mais eficazes em cenários de incerteza, pois são fontes de opiniões partilhadas entre os profissionais (J. H. Gittell, 2002a).

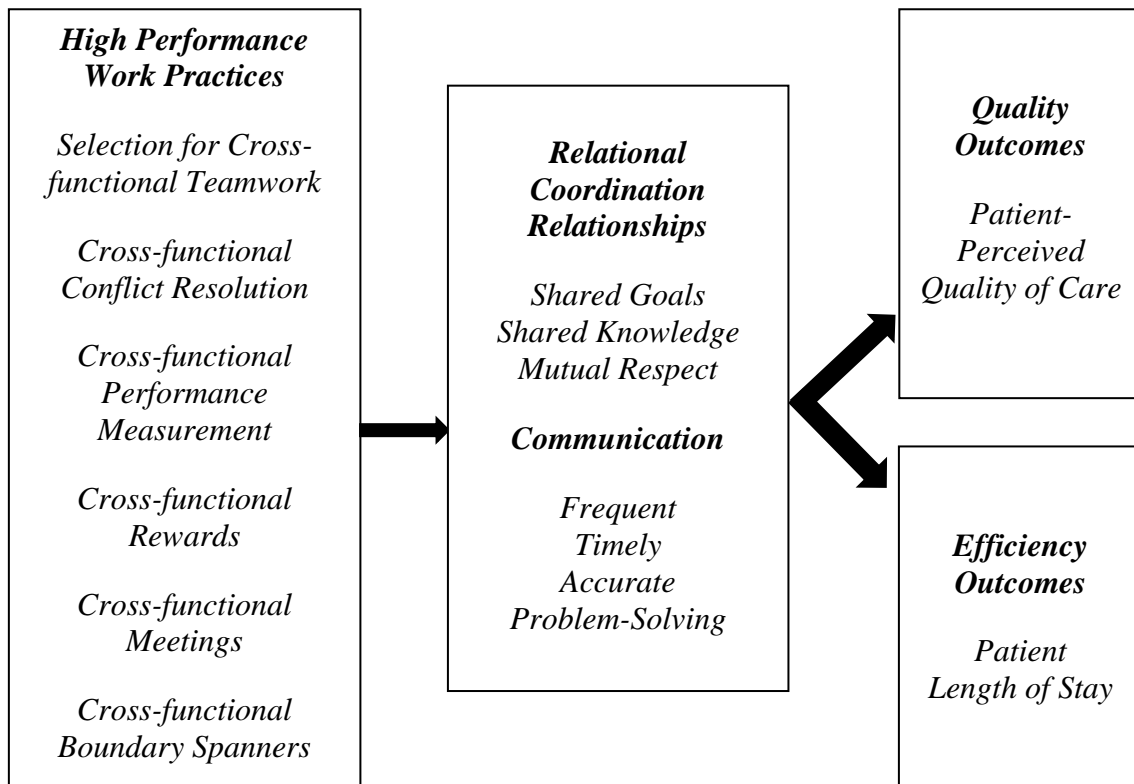
Num outro estudo focado nas relações entre prestadores de serviços no cuidado pós-cirúrgico e utilizando as mesmas dimensões da coordenação relacional, Gittell (2002b) testou duas hipóteses: hipótese 1 – a coordenação relacional entre prestadores de serviços aumenta a satisfação do cliente, independente dos efeitos diretos da relação cliente-provedor; hipótese 2 – a coordenação relacional entre prestadores de serviços aumenta a intenção dos clientes em recomendar o serviço a outros, para além dos efeitos da relação cliente-provedor.

Segundo Gittell (2009), citado por Melo (2011), as práticas organizacionais afetam o grau de coordenação relacional e incluem mecanismos de coordenação que criam o fluxo de informação nas organizações, existem mecanismos programados (rotinas e sistemas de informação) e mecanismos não programados (*boundary spanners* e reuniões clínicas). Estes fortalecem a coordenação relacional, e por sua vez melhorias no desempenho.

De acordo com Gittell (2009), citado por Melo (2011), a coordenação relacional é especialmente importante pois permite atingir a *performance* em meios em que existe uma grande necessidade de processamento de informação, como é o caso dos serviços de saúde, que são caracterizados pela correlação de tarefas, tempo limitado e a presença de incertezas. Quando a dependência da tarefa é elevada, os profissionais estão cientes que devem dar resposta às ações desenvolvidas pelos outros profissionais.

O modelo defendido por Gittell et al. (2010) combina as práticas organizacionais de forma a constituir um sistema de trabalho de elevada *performance*, que promove e favorece a coordenação relacional entre os profissionais, o que difere do tradicional sistema de trabalho, que favorece o desenvolvimento de conhecimentos e competências individuais, a motivação e o compromisso individual. O novo sistema de trabalho favorece o desenvolvimento da coordenação relacional, conduzindo à melhoria da qualidade e da eficiência organizacional (figura 1).

**Figura 1 - A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work**



Fonte:Gittell et al. (2010)

A coordenação relacional é definida como “*the coordination of work through relationship of shared goals, shared knowledge, and mutual respect*”<sup>25</sup>, é uma forma de coordenar o trabalho através de comunicação de alta qualidade e relações caracterizadas por objetivos partilhados que transcendem objetivos funcionais relacionados com as tarefas, conhecimento partilhado, que permite aos membros da equipa compreender como as suas tarefas se inter-relacionam com outras, e respeito mútuo entre os colegas de trabalho, que permite ultrapassar barreiras de estatuto e olhar de forma positiva para o trabalho dos outros. Estes atributos relacionais são reforçados por uma comunicação atempada, frequente, precisa e baseada na resolução de problemas (Purdy et al., 2020). De acordo com Gittell, Seidner, e Wimbush (2010), isto é apoiado por estruturas como contratação e formação para o trabalho em equipa, responsabilidade partilhada, recompensas partilhadas, protocolos partilhados, sistemas de informação partilhados, e reuniões partilhadas.

A teoria defende que redes fortes de coordenação relacional facilitam a obtenção dos resultados pretendidos, especialmente quando o trabalho é muito incerto,

<sup>25</sup> Definição de Gittell (2009), citada por Melo (2011)

interdependente ou sensível ao tempo (Bolton et al., 2021). Gittell, Weinberg, Pfefferle e Bishop (2008) calculam que a teoria da coordenação relacional melhora resultados para numerosos intervenientes, incluindo os trabalhadores e os seus clientes.

Sugere-se que os profissionais de saúde devem estar fortemente ligados para prestar cuidados eficazes e holísticos. A teoria da coordenação relacional é a única que reconhece as dimensões específicas das relações que constituem uma das componentes da coordenação do trabalho, apresentando maior foco no desenvolvimento das relações de partilha do conhecimento e respeito mútuo do que nos indivíduos em particular (J. H. Gittell, 2011).

### **3.2. Contrato Psicológico**

#### **3.2.1. Génese e Desenvolvimento do Conceito de Contrato Psicológico**

A relação entre trabalhador e o empregador vai muito além do simples contrato de trabalho, surge assim o contrato psicológico (CP). Um contrato psicológico não é escrito nem falado, os investigadores aceitam que se trate de uma perceção recíproca de promessas e obrigações (Guest e Conway, 2002).

O conceito de Contrato Psicológico foi salientado, pela primeira vez por Argyris, em 1960, desde então várias foram as definições propostas para este termo (Quadro 2).

#### **Quadro 2 – Definições de Contrato Psicológico**

“Na medida em que os gestores percebem que os empregados tenderão a produzir de forma ótima sob liderança passiva, e desde que os empregados concordem, é possível que a relação entre gestores e empregados possa ser chamada de contrato psicológico” (Argyris, 1960, cit. Menegon e Casado, 2012).

“As expectativas dos empregados e da companhia eram criadas como componentes do contrato psicológico. Tal contrato é raramente formal. É uma conceção mais ampla do que o uso tradicional da palavra na relação empresarial, na qual significou acordos legais escritos entre gestores e empregados. O contrato psicológico é uma série de expectativas mútuas das quais as partes da relação podem não estar cientes, mas que

regem as relações de uns com os outros” (Levinson *et al.*, 1963, cit. Menegon & Casado, 2012)

"As expectativas não escritas que operam a todo o momento entre cada membro de uma organização e os vários gestores e outros membros dessa organização... Cada funcionário tem expectativas sobre coisas como salário ou taxa de remuneração, horário de trabalho, benefícios e privilégios que acompanham um emprego... a organização também tem expectativas mais implícitas e subtis, que o funcionário irá melhorar a imagem da organização, que será leal, guardará segredos organizacionais e fará o seu melhor" (Schein, 1965, cit. Jani, 2014)

“Um contrato implícito entre o individuo e a organização que especifica as expectativas do que vão dar e receber na relação entre ambos” (Kotter, 1973, cit. Guest, 1998).

“Um conjunto de expectativas recíprocas entre um único empregado e a organização” (Schein, 1978, cit. Guest, 1998)

“uma crença individual independente dos termos e condições de troca estabelecida entre uma pessoa focal e a outra parte. A questão-chave aqui inclui a crença de que uma promessa foi feita e uma contrapartida foi oferecida em troca, ligando as partes em um conjunto de obrigações recíprocas” (Rousseau, 1989, p. 123)

“... crenças individuais, moldadas pela organização, relativamente aos termos de um acordo de troca entre indivíduos e a sua organização" (Rousseau, 1995, cit. Jani, 2014).

“A percepção da relação entre ambas as partes, organização e indivíduo, das obrigações implícitas no relacionamento. O contrato psicológico é o processo onde essas percepções nascem” (Herriot e Pemberton, 1995, cit. Guest, 1998).

“Percepções de ambas as partes da relação de trabalho, organização e indivíduo, sobre as obrigações implícitas à relação (Herriot e Pemberton, 1997, cit. Menegon e Casado, 2012).

“crenças de um funcionário sobre as obrigações recíprocas entre o empregado e a sua organização, onde as obrigações são baseadas em promessas e não são necessariamente reconhecidas pelos agentes da organização” (Morrison & Robinson, 1997, p. 229).

“percepção inerentemente subjetiva; cada indivíduo possui um contrato psicológico único baseado no seu próprio entendimento das obrigações recíprocas da relação de emprego entre o indivíduo e a organização” (Turnley e Feldman, 1999, cit. Vieira, 2013).

Fonte: Elaboração própria, com base nos estudos mencionados

Após definir o termo CP podemos afirmar que este assenta em percepções, crenças, expectativas, promessas e obrigações (Guest, 1998). Além disso, podemos também afirmar que se baseia na confiança mútua, reconhecimento de competências, partilha de valores e recompensas e aumento de atributos, e o grau que vai aumentar não só o desempenho, mas também a satisfação individual no trabalho (Rico, 2011).

De acordo com Van de Ven (2004), referido por Rico (2011), a principal função do CP tem por base minimizar a insegurança existente entre as partes, pois como as relações não são formalmente escritas, o CP preenche a lacuna que existe nessas relações, isto é, vai configurar as relações, concedendo aos trabalhadores a sensação de que sabem o que é esperado deles na organização e o que a organização pretende deles.

### **3.2.2. Conteúdo e Dimensões do Contrato Psicológico**

De acordo com Ven (2004), citado por Nave (2011), há estudos que garantem que o conceito de Contrato Psicológico é multidimensional, distinguindo-se cinco medidas para as promessas que a organização faz aos seus trabalhadores e vice-versa (Figura 2).

**Figura 2 – Dimensões do Contrato Psicológico**

<b>Dimensões das Promessas da Organização</b>	<b>Dimensões das Promessas do Trabalhador</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Progressão na Carreira	<input checked="" type="checkbox"/> Esforço e Desempenho
<input checked="" type="checkbox"/> Conteúdo do Trabalho	<input checked="" type="checkbox"/> Flexibilidade
<input checked="" type="checkbox"/> Ambiente Social	<input checked="" type="checkbox"/> Lealdade
<input checked="" type="checkbox"/> Compensação Financeira	<input checked="" type="checkbox"/> Conduta Ética
<input checked="" type="checkbox"/> Equilíbrio Vida-Trabalho	<input checked="" type="checkbox"/> Disponibilidade

Fonte: Ven (2004), citado por Nave (2011)

As promessas da organização aos trabalhadores podem agrupar-se em cinco dimensões: Progressão na Carreira (a empresa oferece aos seus trabalhadores a possibilidade de progredirem e/ou se desenvolverem dentro da organização), Conteúdo do Trabalho (a empresa oferece aos trabalhadores trabalhos desafiantes e com um conteúdo interessante, onde estes têm que empregar as suas capacidades), Ambiente Social (a empresa oferece aos seus trabalhadores um ambiente agradável, caracterizado pela boa comunicação e cooperação entre colegas), Compensação Financeira (a empresa oferece aos seus trabalhadores uma remuneração adequada, proporcional ao trabalho e condições do mesmo) e Equilíbrio Vida-Trabalho (a empresa oferece aos seus trabalhadores respeito o pelas suas vidas privadas). O conceito CP também é composto por cinco dimensões para as promessas dos trabalhadores: Esforço e Desempenho (o trabalhador tem a obrigação de prestar um bom desempenho), Flexibilidade (o trabalhador tem a obrigação de ser flexível no trabalho), Lealdade (o trabalhador tem a obrigação para com a empresa de continuar a trabalhar para ela, e não trocá-la por outra, principalmente se esta for da concorrência), Ética (o trabalhador tem a obrigação de ter uma conduta ética, especialmente, se trabalhar com informações confidenciais) e Disponibilidade (o trabalhador tem a obrigação de estar disponível para se manter atualizado e com um nível de conhecimentos e formação aceitável) (Nave, 2011).

### **3.2.3. Quebra/Violação do Contrato Psicológico e as suas Consequências**

Existe a possibilidade de as partes discordarem quanto ao cumprimento do contrato, isto é, uma violação ou quebra do CP. Quando a violação do contrato ocorre origina insatisfação no trabalho, sentimento de frustração e iniquidade e consequentemente a uma queda no desempenho (Rousseau, 1989; Guest, 1998; Rico,

2011). Este conceito é um dos mais importantes do CP, uma vez que as violações afetam a motivação dos trabalhadores, e conseqüentemente, as suas atitudes e comportamentos (Coyle-Shapiro e Conway, 2004, cit. Nave, 2011).

De acordo com Robinson (1996, p. 576) a violação do contrato psicológico “é uma experiência subjetiva com base não só (ou necessariamente) nas ações ou omissões do empregador, mas sobre a percepção que um indivíduo tem dessas ações ou inações, dentro de um contexto social específico”. Esta definição centra-se não na ocorrência da quebra propriamente dita, mas na percepção dos indivíduos dessa quebra, levando, inevitavelmente, à alteração das suas atitudes e comportamentos.

Morrison e Robinson (1997) defendem a existência de duas dimensões distintas: a percepção da quebra do contrato e os sentimentos de violação do contrato. A primeira corresponde ao reconhecimento do incumprimento das obrigações por parte da organização. A segunda, refere-se a uma experiência afetiva e emocional de desapontamento, frustração, raiva e ressentimento resultado da percepção da quebra do CP. Esta distinção foi um marco importante em novos estudos que surgissem se adotasse a separação entre a violação e a quebra do Contrato Psicológico.

De acordo Robinson e Rousseau (1994) a quebra das promessas que integram o CP origina sentimentos de raiva e conduz à corrosão da confiança, causando resultados não desejáveis. Para Robinson (1996) a violação do CP está relacionada com o decréscimo dos níveis de desempenho, assim como à diminuição da intenção de permanecer na organização.

### **3.3. Satisfação do Utente**

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea de 2001, citado por Costa (2011) o termo “Satisfação” é definido como “o ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se”; “sentimento de bem-estar”; “contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja”.

O conceito de satisfação apresenta uma natureza multidimensional. Há um conjunto de fatores que influenciam o grau de satisfação das pessoas: os atributos do indivíduo (idade, género e outras variáveis), as variáveis do contexto onde os indivíduos estão inseridos e as próprias expectativas com o serviço e os cuidados recebidos e as experiências vividas no passado, entre outras. Ou seja, a satisfação apresenta significados



diferentes em contextos diferentes. Pode-se dizer, a título conclusivo, que “satisfação” é um conceito dinâmico, subjetivo, com um forte valor cultural e por isso sofre modificações constantes (Ribeiro, 2003).

De acordo com Graça (1999), citado por Ribeiro (2003), a satisfação é uma atitude, um sentimento ou uma emoção que pode ser proferida e medida através de opiniões ou da recolha dessas percepções. A Satisfação do Utente (S) pode ser medida pela diferença entre as expectativas (E) do utente em relação aos cuidados de saúde e a sua percepção dos cuidados que realmente foram recebidos (R) (Pereira et al., 2001). Quanto menor for a diferença entre esses fatores (E e R) maior será a satisfação e quanto maior for a diferença menor será a satisfação.

Para Hunt, citado por Ferreira (2000), a satisfação não é o grau de agradabilidade da experiência, mas a avaliação de como esta experiência foi agradável segundo o que deveria ser ou se esperava que fosse.

É possível identificar, na literatura, infinitas definições de satisfação, contudo predomina a ideia de que a satisfação do utente deve ser apreciada como um indicador da qualidade dos cuidados prestados (Ribeiro, 2003). As pessoas tornam-se cada vez mais exigentes nos tipos de cuidados que recebem, assim como os prestadores se tornam mais atentos e cuidadosos às suas preocupações.

Embora não haja, em certa medida, um acordo relativamente ao conceito de satisfação do utente, parece haver acordo no que toca à natureza multidimensional desse conceito, ou seja, os utentes possuem opiniões muito diferentes sobre aspetos diferentes dos cuidados de saúde, sendo uma das distinções importantes o aspeto técnico do cuidar e o aspeto humano ou interpessoal do cuidar (Pereira et al., 2001).

De acordo com McIntyre e Silva (1999), citado por Ribeiro (2003), a satisfação do utente não só constitui um indicador da qualidade dos serviços como parece estar também relacionada com outras variáveis dos cuidados de saúde, entre elas a adesão terapêutica. Os utentes mais satisfeitos com os cuidados de saúde são mais suscetíveis de seguir as prescrições médicas, continuar com o profissional de saúde atual e possuir um melhor estado de saúde.

As instituições de saúde valorizam cada vez mais as avaliações dos cuidados de saúde feitas pelos utentes e estão a envolvê-los continuamente em atividades com a finalidade de garantir a qualidade nos cuidados de saúde (P. L. Ferreira, 2000). As organizações de saúde devem avaliar, regularmente, a forma como os seus utentes percebem a qualidade dos serviços que lhes são prestados. Os resultados dessa avaliação, favoráveis ou desfavoráveis, devem contribuir para que a instituição avance com melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados (Ribeiro, 2003).

### **3.3.1. Fatores que influenciam a satisfação dos utentes**

Investigações têm evidenciado que o grau de satisfação dos utentes depende de vários fatores, tanto clínicos como não clínicos, que influenciam as avaliações dos utentes. Esses fatores vão desde o espaço físico onde decorre o encontro até à delicadeza do profissional de saúde e à sua competência prática tal como é percebida pelo utente (Costa, 2011).

#### **→ Estado de saúde**

Um importante fator que influencia a satisfação dos utentes é o seu estado de saúde. As mudanças que se verificam no estado de saúde dos doentes são vistas como o produto final dos cuidados de saúde que foram prestados. Desta forma, o estado de saúde que precede a prestação de cuidados pode influenciar o nível de satisfação do utente (Ribeiro, 2003). De acordo com Hall e Dornan (1988), citados por Costa (2011), existe uma associação positiva entre o estado de saúde do utente e a satisfação com os cuidados de saúde.

#### **→ Características Sociodemográficas**

Um outro fator importante são as características sociodemográficas, tais como: a idade, grau escolaridade, sexo e classe social. Estas foram consideradas, inicialmente, pela maior parte dos investigadores, que exerciam uma influência tão grande sobre a satisfação como a própria prestação dos cuidados de saúde (Fitzpatrick, 1991). Contudo, a influência destas variáveis foi contestada por outros autores que mostraram que a relação entre a satisfação e as características sociodemográficas era muito reduzida, apesar de possuir significado estatístico (Carr-Hill, 1992)

### → **Expetativas dos Utentes relativamente às intervenções dos profissionais de saúde**

Através da investigação da relação entre as expectativas dos utentes, a procura dos cuidados de saúde e a satisfação com os mesmos, tem-se verificado, como é de esperar, que os utentes apresentam uma satisfação maior se o comportamento dos prestadores de cuidados de saúde vai de encontro às suas expectativas (Ribeiro, 2003). As expectativas de cada utente são individuais e diferem das expetativas dos outros utente (Cleary e Mcneil, 1988).

### → **Aspetos Organizacionais**

A efetividade/eficácia dos cuidados de saúde prestados influencia a satisfação dos utentes, uma vez que os utentes ficam mais satisfeitos quando o tratamento a que são sujeitos é eficaz. A imagem da instituição também contribui, e muito, para o aumento da satisfação do utente.

#### **3.3.2. Satisfação do Utente nos CSP**

O processo de avaliação da satisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde começou em 1994 com o Projecto EuroPEP, em 12 países europeus, financiado pela União Europeia. Os objetivos específicos deste projeto incluíram: documentar e comparar as necessidades e os quereres dos doentes relativos à qualidade dos cuidados primários nos países europeus; desenvolver um instrumento válido, fiável e exequível para a avaliação dos doentes de cuidados primários na Europa, internacionalmente padronizado e que pudesse ser usado para a monitorização contínua da qualidade e dos resultados em saúde.

Em 2000, houve uma primeira implementação do EuroPEP em 86 centros de saúde de Lisboa e Tejo Vale, financiado pela ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Foram contactados 9800 utentes, tendo respondido ao questionário um total de 3969, obtendo assim uma taxa de resposta favorável, de 40,5%. Os objetivos deste estudo foram: avaliar a perceção que os cidadãos utentes dos centros de saúde têm relativamente aos cuidados prestados; entender mais as razões subjacentes a estas avaliações (P. L. Ferreira et al., 2001). No ano seguinte expandiu-se o estudo aos utilizadores de 194 centros de saúde (54% do universo), num total de 4.714 indivíduos (Ferreira e Raposo, 2006). Foram elaborados relatórios nacionais, regionais, sub-regionais e por centro de saúde. Foi

realizado pelo Instituto de Qualidade na Saúde e subsidiado pelo Programa Europeu Saúde XXI gerido pelo Ministério da Saúde. De seguida, entre 2003 e 2005, num estudo enquadrado num projeto do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e subsidiado pelo Programa europeu Saúde XXI gerido pelo Ministério da Saúde, foram estudados todos os 365 centros de saúde existentes nessa altura, com a obtenção de 11,166 respostas (Ferreira e Raposo, 2006).

Quando surgiram as primeiras USF, foi acordado fazer nova avaliação da satisfação dos utilizadores destas unidades, entre 2009 e 2010, através do questionário "Qual a sua opinião sobre esta Unidade de Saúde Familiar (USF)" inserido no Projecto Europeu, de autoria do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Aplicou-se um censo de um dia aos utilizadores das 146 USF constituídas até à data e foram recebidas 12713 respostas (Ferreira e Antunes, 2009).

Nos anos de 2014 e 2015 foi executado o projeto de monitorização dos utilizadores dos cuidados de saúde primários, nas 394 USF constituídas á data e em 51 Unidades de Cuidados Personalizados, foram recebidas 49,593 respostas. Este projeto foi estabelecido entre a Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde e o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) (Ferreira e Raposo, 2015). No relatório "Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP - Relatório Final" é feita comparação relativamente aos resultados de 2009, onde se verifica um aumento da satisfação em todas as regiões.

Entre 2017 e 2018 foi executado o projeto de Monitorização da satisfação dos utilizadores e da satisfação profissional dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (USF e UCSP), projeto estabelecido entre a Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde e o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Este foi implementado a todas as ARS, 55 ACES, 398 unidades de cuidados personalizados, 248 USF modelo A e 233 USF modelo B.

Em 2020/2021 foi efetuado o projeto de monitorização da satisfação dos profissionais da ARS da Região Norte no âmbito do Projeto RIA - Reinventar os ACES. Este projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde. O objetivo deste estudo desenvolvido no CEISUC é avaliar a satisfação dos utilizadores e utentes das unidades

funcionais UCSP e USF da Região Norte com os serviços e cuidados de saúde aí prestados.

Em 2021/2022 foi desenvolvido o projeto de monitorização da satisfação dos utilizadores e da satisfação profissional dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (USF e UCSP) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). projeto financiado no âmbito do contrato entre a ARSC e o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). O objetivo deste estudo é avaliar a satisfação dos utilizadores e utentes das unidades funcionais UCSP e USF da Região Centro com os serviços e cuidados de saúde aí prestados. Inclui a avaliação da qualidade da unidade funcional sob a perspetiva dos utilizadores e a forma como estes sentem que foram tratados pelos profissionais<sup>26</sup>. O sistema proposto de monitorização e de avaliação da satisfação dos utilizadores é baseado no instrumento de medição EuroPEP desenvolvidos pelo CEISUC.

### **3.4. Satisfação dos Profissionais de Saúde**

A satisfação profissional tem vindo a ser vista como condição importante para o desenvolvimento da atividade das organizações, integrando vários estudos com orientações muito diferentes, em relação ao que influencia a satisfação profissional e como é influenciada. É um tema difícil de definir, pois está relacionado com a maneira de ser do indivíduo, expetativas pessoais e da forma como se sente no local de trabalho, que varia de pessoa para pessoa. De forma simplificada, é vista como um estado emocional positivo ou de prazer, que resulta da avaliação do seu trabalho e da sua rotina (Silva, 2012; E. C. L. Oliveira, 2015).

De acordo com Caetano (2007), citado por Oliveira (2015), a satisfação profissional é um termo que abrange a satisfação com os colegas de trabalho, as condições de trabalho, a remuneração, a natureza do trabalho e da organização, a supervisão, o reconhecimento, o crescimento pessoal, a segurança e os benefícios. Entende-se que a satisfação ou a insatisfação profissional não depende apenas do trabalho, mas também, das expetativas que o indivíduo tem dele próprio.

---

<sup>26</sup> Informação disponível em: [https://www.uc.pt/org/ceisuc/sat\\_util\\_ARSC](https://www.uc.pt/org/ceisuc/sat_util_ARSC)

De acordo com Locke (1976), citado por Tavares (2008), a satisfação profissional é “um estado afetivo positivo resultante da apreciação do emprego ou das experiências ligadas ao emprego”. Segundo Kaluzny, em 1982, igualmente referido por Tavares (2008), a satisfação profissional é o “grau em que o pessoal da organização tem atitudes positivas face aos vários aspetos das atividades da organização”. Graça (1999), mencionada por Tavares (2008), refere que a satisfação profissional resulta da avaliação periódica que cada trabalhador faz, de forma instantânea e empírica, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais.

Segundo o estudo realizado por Castro et al. (2011), entende-se por satisfação profissional:

*Um sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo do trabalhador, resultante da percepção/avaliação da sua experiência de trabalho, conforme as suas metas e valores pessoais perante a vida, podendo ser modificado ou influenciado por forças internas ou externas ao trabalho.*

O ambiente fora do trabalho influencia muito os sentidos do indivíduo no trabalho e, de igual forma, considerando que o cargo profissional é uma parte importante da vida da pessoa, a satisfação profissional influencia, igualmente, o sentimento da satisfação global com a vida. Tavares (2008) conclui que a satisfação profissional tem uma componente mais pessoal e outra mais social. Além disso, é um conceito bastante complexo, refletindo um critério subjetivo, pois alguém pode sentir-se satisfeito em determinada situação, enquanto outro se pode sentir insatisfeito, nessa mesma situação. Desta forma, o conceito de satisfação profissional é um constructo que visa dar resposta a um estado emocional positivo, sendo essa satisfação exposta, pela maioria dos especialistas, como um sentimento e forma de estar positivos, perante a profissão.

De acordo com Silva (2012) e a maioria dos autores que investigaram a satisfação profissional, algumas condições no trabalho são indispensáveis para se verificar o bem-estar social e psicológico: a ausência de pressões no trabalho; a segurança no emprego e segurança no local de trabalho; o apoio por parte dos colegas, bem como acesso a oportunidades de formação e desenvolvimento profissional; o trabalho com significado; um elevado nível de influência; e um equilíbrio entre o esforço e a recompensa.

É importante referir que as instituições de saúde são sistemas organizacionais complexos, cujo funcionamento pode implicar cenários diferentes, situações de stress e

condições adversas para os profissionais. No setor da prestação de cuidados de saúde, o stress causado pela insatisfação laboral pode ter um impacto negativo na qualidade do cuidado ao paciente (Agapito e Cardoso de Sousa, 2010; Castro et al., 2011; Dominique-Ferreira, 2015).

Um estudo de 2013 realizado pela Campden Health, citado por Dominique-Ferreira (2015), tendo por base uma amostra de 1.040 profissionais dos cuidados de saúde primários, evidenciou os seguintes aspetos negativos:

- 65% dos profissionais estavam insatisfeitos relativamente ao número que constitui as equipas;
- 48% estavam insatisfeitos com o apoio recebido por parte das direções estatais;
- 46% pensam que a quantidade de formação e desenvolvimento de competências técnico-profissionais facultada pelas entidades responsáveis é insuficiente;
- 61% sente que não recebe reconhecimento suficiente pelo trabalho que realiza;
- 59% sente que não recebe um salário de acordo com o esperado.

Os aspetos positivos obtidos no estudo mencionado anteriormente, foram:

- 65% acaba por exercer a atividade profissional com gosto;
- 83% afirma que o tempo decorrido no trabalho passa de forma rápida, o que significa que, embora estejam insatisfeitos com alguns aspetos da prática laboral, desempenham a sua função com gosto;
- 86% sente que as tarefas que lhes são atribuídas têm um nível aceitável.

A avaliação da satisfação dos profissionais é impreterível para qualquer organização de saúde, sendo uma componente fundamental para avaliar a qualidade das instituições, o desempenho dos seus profissionais e, consecutivamente, a satisfação dos utentes.

#### **3.4.1. Satisfação dos Profissionais nos CSP**

Estudos realizados em Portugal referem que foram várias as expressões indicadoras de uma maior satisfação dos profissionais a trabalhar em USF (Santos et al., 2007). Numa sondagem às USF, Ferreira e Antunes (2009) verificaram médias bastante elevadas de satisfação dos profissionais relativamente às escalas do Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional IASP (do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra - CEISUC). Concluiu-se que era de 72,2% o nível de

satisfação com a qualidade da USF como local de trabalho, de 77,6% com a qualidade da prestação dos cuidados e de 81,1% com a melhoria contínua da qualidade. E ainda um estudo realizado com enfermeiros dos CSP no distrito de Braga, comprovou que o facto dos profissionais exercerem funções em tipos de unidades diferentes (USF/CS) influencia notoriamente a satisfação profissional e a satisfação global (V. L. A. Ferreira, 2011).

Passadouro e Ferreira (2016) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o nível de satisfação profissional nas USF da Região Centro. Nesse estudo o nível de satisfação profissional é inferior em 5,4% ao encontrado noutro estudo efetuado em 2009, e mencionado anteriormente, onde foi utilizada a mesma metodologia. Verificou-se que nível de satisfação profissional é superior nas USF modelo B, em todas as escalas, subescalas e facetas dos IASP, com exceção da satisfação com o coordenador e com o local de trabalho e equipamento, em que não se verificaram diferenças entre ambos os modelos.

Outro estudo mais recente elaborado por Ferreira, Raposo, Tavares e Correia (2020) visa contribuir para a discussão sobre a migração da mão-de-obra no sector da saúde. Os resultados mostraram que os profissionais de saúde que comunicaram a intenção de emigrar são na sua maioria homens, jovens, não casados e mais instruídos, que consideram os seus rendimentos insuficientes para as suas necessidades, e exibem níveis mais elevados de burnout no trabalho e insatisfação profissional.



## **PARTE II – EXPERIÊNCIA NUMA USF LOCALIZADA NO SUL DA EUROPA**

Nesta parte, irá ser feita, num primeiro momento, a apresentação da entidade de acolhimento e a descrição das tarefas propostas e desenvolvidas no estágio curricular. De seguida, será feita, a apresentação do estudo realizado no âmbito do estágio na USF, com o objetivo de prestar um contributo positivo para a entidade de acolhimento.

### **4. Apresentação da Entidade de Acolhimento**

A Unidade de Saúde Familiar (USF) onde realizei o meu estágio curricular está localizada em Portugal e iniciou a sua atividade em 2009. Em 2013 passou a USF modelo B e obteve o Certificado de Acreditação Internacional em 2019.

Está enquadrada numa zona com grande facilidade de acesso a recursos na área da saúde, nomeadamente o Centro Hospitalar e Universitário da zona, um Hospital Pediátrico, duas Maternidades e o Instituto Português de Oncologia, assim como inúmeros consultórios privados, o que obriga a uma competição séria e a um esforço acrescido na fidelização de utentes.

Esta USF é constituída por equipas que prestam atividades multifacetadas, tendo um papel relevante na prevenção da doença, promoção da saúde e continuidade de cuidados. Cada equipa, como mencionado anteriormente, é constituída por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico.

Não existe uma hierarquia pré-estabelecida, mas ante três grupos de profissionais, cada um tem o direito a votar todas as questões relacionadas com a USF no seio do seu CG. Existe ainda o Coordenador, eleito periodicamente, e um CT que se assume como um órgão com responsabilidades técnico-científicas. O CT dá apoio nas diferentes áreas aos grupos de trabalho (criados com a finalidade de dinamizar determinadas áreas).

A USF exhibe como principal missão a prestação de cuidados assistenciais efetivos privilegiando a acessibilidade, aceitabilidade, qualidade, gestão por objetivos, promoção e desenvolvimento de atividades de investigação e formação, satisfação dos utentes e dos profissionais. A autonomia técnico-profissional e funcional baseada em pressupostos sérios e reais de gestão, o trabalho em equipa, a responsabilização partilhada de resultados, a intervenção comunitária e as novas tecnologias, conduz toda a equipa nesta missão.

A visão da USF assenta em 4 pontos:

- 1) Ser uma equipa unida, coesa e atenta, sempre disponível para responder a cada utente superando as suas expectativas,
- 2) Identificar, satisfazer, ultrapassar necessidades e expectativas em saúde e prestar um atendimento de qualidade, fidelizando o utente,
- 3) Fluir no sentido do utente, numa ótica de antecipação de necessidades, da solução do problema e outras ofertas, com o intuito de lhe agradar,
- 4) Ser uma unidade de saúde que permita oferecer vários serviços e de qualidade.

Esta unidade pretende reinventar o quotidiano, aceitando desafios, lidando com dificuldades e avaliando continuamente as adversidades, planeando e implementando estratégias em conformidade com as oportunidades de melhoria e não conformidades.

Dada a importância de bons valores numa organização e na conquista da sua missão, a USF difunde e partilha os seguintes valores: empenho, compromisso, lealdade, segurança, acessibilidade, audácia, determinação, união e excelência.

## **5. Descrição do Estágio**

Este capítulo incide na vertente prática do estágio curricular. Para orientação do estágio curricular, tive a oportunidade de contar com o conhecimento teórico da Professora Doutora Teresa Carla Trigo Oliveira, como orientadora pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, e ainda com a experiência prática do meu supervisor da entidade de acolhimento, executando funções de médico e coordenador técnico.

A USF atualmente encontra-se em instalações provisórias por motivo de remodelação do estabelecimento antigo. Por esse motivo, o estágio foi maioritariamente realizado em teletrabalho. Este teve início no dia 15 de fevereiro de 2022, com término no dia 22 de junho de 2022, totalizando as horas previstas e obrigatórias para estágio curricular.

### **5.1. Objetivos do Estágio**

Tendo por base o plano de estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, os objetivos gerais estabelecidos no mesmo foram os seguintes:

- Monitorização do desempenho multiprofissional e da USF através da análise do BI-USF e dos índices de desempenho setorial e global (IDS/IDG),
- Estudo dos indicadores de desempenho / barómetro dos indicadores de desempenho / Mim@UF, com análise do IDG e IDS por sector profissional e a sua evolução temporal,
- Análise da Grelha Dior com a programação de auditorias e avaliação de (n) conformidades (plano de melhoria contínua, sugestões de melhoria e discussão em CG),
- Colaboração com a Unidade de Gestão Clínica e CT no Plano de Ação da Unidade Funcional para 2022 (PAUF) e respetivo relatório de atividades RAUF,
- Colaboração com auditorias internas 2022,
- Contratualização 2022,
- Acompanhamento do processo de Certificação em Saúde – DQS. DGS modelo ACSA. Preparação para Recertificação.

## **5.2. Tarefas Propostas**

Sendo o estágio o passo final para completar o meu mestrado, a sintonia entre os conhecimentos académicos adquiridos e a experiência em os aplicar no dia-a-dia num contexto profissional tornou-se essencial para o alcançar desta etapa. No âmbito do plano de estágio, é importante detalhar as tarefas planeadas para o decurso do estágio, não esquecendo, porém, da vertente de pesquisa inerente ao presente relatório:

- Diagnóstico de situação – índice de desempenho global (IDG) com consulta do bilhete de identidade (BI) dos indicadores ao nível CSP (versão atualizada),
- Apresentação de índices de desempenho setoriais por equipa nuclear e a sua evolução temporal,
- Propostas de melhoria de desempenho nos indicadores com score inferior a 2,
- Avaliação do cumprimento da grelha DIOR-USF, com apresentação de não conformidades, sugestões de melhoria e ações corretivas,
- Colaboração com a coordenação e CT da unidade na visão estratégica na área de gestão para 2022 com respetiva elaboração de PAUF e RAUF,
- Colaboração na elaboração de um plano de melhoria,
- Cronograma de auditorias do sistema da qualidade e DIOR-USF,
- Introdução e colaboração na contratualização CSP 2022,

- Integração ao modelo ACSA no processo de certificação das unidades de saúde – DGS – recertificação.

Enquanto estagiária, estive integrada em quase todas as tarefas que foram propostas para este estágio, mas também em algumas que não estavam previstas no plano de estágio, tais como:

- Realização de um inquérito, no *google forms*, para avaliar a satisfação dos profissionais da equipa da USF,
- Elaboração de folhas de ausências, em formato Excel, para todos os profissionais da USF (médicos, enfermeiros e secretários clínicos),
- Criação de um novo site, mais dinâmico e intuitivo, na plataforma Wix.

### 5.3. Cronograma do Estágio

Mês	Barómetro Indicadores BI-USF IDG-IDS	Auditorias	Criação de um novo site	Folhas de Ausências	Grelha DIOR	Evolução dos custos	Levantamento das Necessidades Formativas	Inquérito de Satisfação Profissional
Fevereiro								
Março								
Abril								
Maio								
Junho								

## **5.4. Descrição das Tarefas Desenvolvidas**

A primeira semana de estágio integrou uma fase de adaptação à unidade, com a visita às instalações e a aquisição de conhecimentos dos serviços fornecidos. Conheci o funcionamento da USF e a forma como está estruturada e organizada. Para isto foram-me facultados alguns documentos para ler, tal como o guia do utente, o manual da qualidade, o manual de acolhimento aos profissionais, o relatório de atividades de 2022 e o regulamento interno. De seguida vou descrever, detalhadamente, cada uma das tarefas desenvolvidas no decorrer do estágio.

### **5.4.1. Indicadores / Barómetro / BI-USF / IDG-IDS**

Na primeira semana de estágio foi-me facultada uma breve formação, pelo meu supervisor local, relativamente ao controlo do desempenho multiprofissional e da USF através da análise do BI-USF e do MIM@UF. Aprendi a interpretar os indicadores de desempenho da USF, de forma a iniciar a análise da evolução dos mesmos (IDG e IDS). Para isso foi elaborado um barómetro (em Excel), que permite analisar a sua evolução temporal. Esta tarefa foi realizada duas vezes, a primeira em fevereiro, referente aos indicadores de dezembro de 2021, e a segunda em maio, alusiva aos indicadores de março de 2022.

Os indicadores de desempenho são retirados trimestralmente e é feita uma avaliação anual. Os resultados dos indicadores eram valorizados com 2 pontos quando dentro do intervalo esperado, com 0 pontos quando fora do intervalo de variação aceitável e com 1 ponto para resultados intermédios, dentro do intervalo de variação aceitável. Em 2022 estes resultados sofreram algumas alterações. Mantem-se a atribuição de 2 pontos, quando dentro do intervalo esperado e 0 pontos quando fora do intervalo de variação aceitável. No entanto, para os resultados que estão dentro do intervalo de variação aceitável, a valorização é progressiva, entre 0 e 2 pontos. Esta alteração foi implemetada essencialmente para que as equipas deixem de se preocupar com os resultados dos indicadores quando estão próximos do limiar para passar de 2 para 1 ponto ou de 1 para 0 pontos. Agora, se um indicador descer ligeiramente a consequência não é uma quebra de 50%, mas sim uma quebra ligeira, por exemplo de 2 para 1,95 pontos. Esta nova valorização dos indicadores acaba por ser mais justa e fidedigna.

Para concluir esta tarefa, foi solicitada a análise da evolução dos indicadores de desempenho para o ano de 2019, 2020 e 2021 (IDG e IDS). Perante isto, verificou-se uma

descida, em quase todos os indicadores do IDG, da USF, para 2020, resultado proveniente da pandemia covid-19. Contudo, em 2021 ocorreu uma recuperação.

#### **5.4.2. Auditorias**

Realizei algumas auditorias internas da USF, entre essas a auditoria observacional ao atendimento administrativo (CPAQ), a auditoria questionário CPAQ de avaliação do atendimento, a auditoria observacional do prazo de resposta administrativa aos e-mails dos Utentes da USF e a auditoria da informação afixada na USF.

A auditoria observacional ao atendimento administrativo pretende avaliar o atendimento administrativo em função dos compromissos CPAQ (compromisso para um atendimento de qualidade), é suposto verificar se os utentes são atendidos por ordem de chegada, se se cumpre sempre a regra de prioridade, se o utente é tratado com respeito, entre outros parâmetros considerados importantes para que se consiga um atendimento de qualidade. Outro ponto da auditoria observacional ao atendimento administrativo consiste, através de uma visita “surpresa” no atendimento da secretária, verificar se existe privacidade e proteção de dados e se os profissionais sabem agir em situação de emergência (ver ANEXO I).

A auditoria questionário CPAQ tem como objetivo avaliar o atendimento administrativo em função dos compromissos CPAQ: rapidez e cortesia; privacidade e proteção de dados pessoais; respeito pelas convicções individuais e direitos dos utentes; simplificação de processos; respeito pelo atendimento prioritário; e conforto da sala de espera. Nesta auditoria foi realizado um questionário, com 9 perguntas, a 42 utentes aleatórios (ver ANEXO II). Os resultados do questionário CPAQ foram no global positivos. Depois da análise e apresentação dos resultados do questionário foi proposta uma melhoria desse mesmo, de forma a facilitar a resposta ao utente e o tratamento de dados (ver ANEXO III). Essa melhoria consistiu em introduzir um campo para a identificação do sexo e idade do utente, alteração da escala de resposta para uma escala numérica de quatro pontos (1, 2, 3, 4), o que permite obter resultados mais fidedignos, e também a modificação de algumas questões.

A auditoria aos emails pretende avaliar o atendimento administrativo aos e-mails dos utentes da USF, em função do compromisso de resposta da USF ser inferior ou igual a 48 horas úteis (ver ANEXO IV). Esta auditoria foi realizada para a primeira semana de

fevereiro e para a primeira semana de abril. Verificou-se uma melhoria do tempo de resposta da USF relativamente aos anos anteriores. Os emails escolhidos aleatoriamente, para auditar, apresentavam um tempo de resposta inferior a 48 horas.

A auditoria da informação afixada tem como objetivo avaliar a conformidade da informação afixada aos utentes na USF no que diz respeito aos seguintes elementos: presença dos elementos avaliáveis; local de afixação; data da informação e data da revisão (ver ANEXO V). Depois de terminar esta auditoria foram detetadas algumas não conformidades: alguns documentos estavam desatualizados e outros documentos não estavam afixados. Isto foi apresentado à coordenação e corrigido pela mesma.

#### **5.4.3. Criação de um novo Site**

A USF já possuía um site, contudo este não era dinâmico e já se encontrada obsoleto. Todos os profissionais demonstraram bastante interesse em ter um site novo, mais apelativo, simples e dinâmico. É óbvio que um site inovador e dinâmico alcança com mais facilidade o público alvo do que um site obsoleto e pouco intuitivo.

O novo site foi construído na plataforma wix. O novo site superou todas as expectativas e a equipa ficou bastante grata por este grande passo, visto que era algo que desejavam há bastante tempo. Nesse mesmo site foi colocada toda a informação solicitada, desde a inclusão de documentos informativos, notícias e informações mais concretas como a morada, contactos, acessibilidade através de transportes públicos, a equipa, missão, visão e valores, entre outras informações pertinentes para o utente.

#### **5.4.4. Elaboração de folhas de ausências**

Foram elaboradas folhas de ausências, em Excel, para registar todos os tipos de faltas da equipa da USF (ver ANEXO VI). Desde férias, a licenças maternidade, paternidade ou de casamento, conferências, formações, doença, etc.

#### **5.4.5. Grelha DIOR**

A grelha DIOR dos CSP permite, internamente, a autoavaliação de cada unidade funcional e ACES - órgãos de gestão, auxiliar ao cumprimento da missão dos Conselhos Clínicos e de Saúde e das ERA, nomeadamente a nível do acompanhamento e apoio às unidades funcionais, assim como, constituir-se como ferramenta no âmbito do processo de contratualização relativamente à área da qualidade organizacional. Externamente, em



processos de auditoria para transição e manutenção de modelo organizacional (e.g. USF modelo B) e forma de seriação das unidades funcionais em todos os processos de tomada de decisão que careçam desta (e.g. candidaturas, transição de modelo, adesão a programa de certificação/acreditação, etc.).

Os processos de avaliação são: Processos de Gestão, Assistenciais e de Suporte. Cada um destes processos é dividido em dimensões e estas em critérios. O objetivo desta auditoria foi verificar, minuciosamente, se se cumpriam os critérios de cada uma das dimensões (ver ANEXO VII).

#### **5.4.6. Evolução dos custos da USF**

Nesta tarefa foi feita uma análise evolutiva, dos consumos anuais da USF, por produto e por grupos de produtos (vacinas, medicamentos, material administrativo, material clínico, produtos de limpeza e higiene, etc.). Para isto, foram-me fornecidas as quantidades e o valor despendido por produto, de 2018 a 2021. Construí *dashboards* em Excel, por grupo de produtos, para analisar, facilmente, a evolução dos custos e das quantidades, por ano (ver ANEXO VIII). Verificou-se o decréscimo e por vezes falta de certos produtos, de um ano para o outro, podendo isto significar a ausência de disponibilidade. Verificou-se que os maiores gastos da USF são em vacinas.

#### **5.4.7. Levantamento das Necessidades Formativas**

Aqui foram levantadas as necessidades formativas através de uma folha que foi disponibilizada e preenchida por cada profissional, indicando as necessidades formativas a nível pessoal e para a USF em geral. Depois de todos os profissionais preencherem e entregarem essa folha foi elaborado um ficheiro em formato Excel de forma a perceber quais as necessidades formativas por grupo profissional (médicos, enfermeiros e secretários clínicos) e quais as que são mencionadas com mais frequência. Por fim, enviei esse mesmo ficheiro ao meu supervisor local e ele ficou encarregue de desenvolver o cronograma anual da formação sugerida pelos profissionais.

#### **5.4.8. Questionário de satisfação profissional**

A pedido da coordenação e CT da entidade de acolhimento, apliquei um questionário de satisfação aos profissionais. Este questionário teve por base um outro anteriormente aplicado e desenvolvido por alguns profissionais da USF. Para este fim foi

utilizada a ferramenta de trabalho *Google forms* e o questionário foi enviado por *email* a todos os profissionais.

O questionário aplicado continha inicialmente um campo de resposta não obrigatório para o inquirido identificar a faixa etária e o grupo profissional.

O questionário aplicado foi dividido em duas partes (ver ANEXO IX). A primeira parte incluía questões relativamente: às condições de trabalho (12 questões); à liderança (4 questões); atividade profissional e formação contínua (5 questões); e a satisfação pessoal (5 questões). A segunda parte do questionário envolvia 10 questões relacionadas com a fase pós pandémica Covid 19. O questionário ficou disponível, na plataforma, durante 1 mês, para posteriormente o encerrar e proceder à análise das respostas e elaborar o respetivo relatório. O objetivo consistiu em perceber em que situações é que os profissionais apresentavam menor satisfação e assim desenvolver propostas de melhoria.

#### **5.4.8.1. Metodologia e Instrumentos de Medida**

Recorreu-se à metodologia quantitativa, através da análise de factos concretos e à metodologia qualitativa, mediante a descrição de opiniões e pontos de vista. Para tal, o método de recolha de dados adotado foi o questionário. O questionário foi composto por questões de resposta fechada e de resposta aberta.

Para responder às questões de resposta fechada foi solicitado que os inquiridos indicassem de 1 a 4 o seu nível de concordância com as afirmações e perguntas apresentadas, sendo que o conteúdo da escala foi maioritariamente: “1 = Mau” a “4 = Muito Bom”. Em algumas situações, com o objetivo de facilitar a interpretação, o conteúdo da escala sofreu algumas alterações: “1 = Discordo Completamente” a “4 = Concordo Completamente”; “1 = Nada Satisfeito” a “4 = Muito Satisfeito”; “1 = Pouco Exausto” a “4 = Muito Exausto”.

Por sua vez, nas questões de resposta aberta, os inquiridos tiveram a possibilidade de responder às questões formuladas de forma livre e espontânea.

#### **5.4.8.2. Amostra**

Este questionário foi enviado para os 23 profissionais da USF, sendo que apenas 18 dos inquiridos responderam ao mesmo. As respostas foram anónimas e o tratamento de dados confidencial.

Esta amostra é constituída por 44,4% profissionais com mais de 50 anos, 38,9% com idade entre os 35 e 50, 5,6% com menos de 35 anos e 11,1% dos profissionais não identificaram a faixa etária a que pertencem (Tabela 1). Todos os respondentes possuem uma categoria profissional, 27,9% são médicos, 33,3% são enfermeiros, 27,9% são secretários clínicos e novamente 11,1% dos profissionais não identificaram o grupo profissional (Tabela 2). A faixa etária e o grupo profissional foram utilizadas como variáveis de controlo.

**Tabela 1 - Percentagem da Amostra por Faixa Etária**

	<b>TOTAL</b>	<b>PERCENTAGEM</b>
>35 anos	1	1/18 = 5,6%
35 – 50 anos	7	7/18 = 38,9%
>50 anos	8	8/18 = 44,4%
Não identificou faixa etária	2	2/18 = 11,1%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fonte:** Elaboração própria com base na adesão ao questionário por parte dos profissionais da USF

**Tabela 2 - Percentagem da Amostra por Grupo Profissional**

	<b>TOTAL</b>	<b>PERCENTAGEM</b>
Médico/a de Família	5	5/18 = 27,8%
Enfermeiro/a de Família	6	6/18 = 33,3%
Secretário/a Clínico	5	5/18 = 27,8%
Não identificou o grupo profissional	2	2/18 = 11,1%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fonte:** Elaboração própria com base na adesão ao questionário por parte dos profissionais da USF

### **5.4.8.3. Apresentação e Discussão dos Resultados**

O questionário de satisfação profissional foi uma tarefa muito importante e na qual vai incidir, sobretudo, o presente relatório. Portanto vou proceder à análise dos resultados do questionário aplicado aos profissionais da USF de forma minuciosa. Primeiro vou proceder à análise quantitativa às respostas fechadas do questionário e,

posteriormente, a análise qualitativa às perguntas abertas (de resposta livre) do questionário.

#### 5.4.8.3.1. Análise Quantitativa

Através da análise das questões fechadas é possível retirar evidências que provam a satisfação ou descontentamento dos respondentes.

**Tabela 3 - Análise das Questões Correspondentes à Secção das Condições de Trabalho**

	<b>1 – Mau</b>	<b>2 – Aceitável</b>	<b>3 – Bom</b>	<b>4 – Muito Bom</b>
Questão 1.1.1	0 (0%)	0 (0%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)
Questão 1.1.2	3 (16,7%)	5 (27,8%)	10 (55,6%)	0 (0%)
Questão 1.1.3	0 (0%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)	0 (0%)
Questão 1.1.4	0 (0%)	1 (5,6%)	4 (22,2%)	13 (72,2%)
Questão 1.1.5	0 (0%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	15 (83,3%)
Questão 1.1.6	2 (11,1%)	2 (11,1%)	10 (55,6%)	4 (22,2%)
Questão 1.1.7	2 (11,1%)	4 (22,2%)	11 (61,1%)	1 (5,6%)
Questão 1.1.8	3 (16,7%)	5 (27,8%)	5 (27,8%)	5 (27,8%)
Questão 1.1.9	0 (0%)	1 (5,6%)	8 (44,4%)	9 (50%)
Questão 1.1.10	0 (0%)	1 (5,6%)	4 (22,2%)	13 (72,2%)
Questão 1.1.12	1 (5,6%)	3 (16,7%)	13 (72,2%)	1 (5,6%)
	<b>1 – Discordo Completamente</b>	<b>2 – Discordo</b>	<b>3 – Concordo</b>	<b>4 – Concordo Completamente</b>
Questão 1.1.11	0 (0%)	2 (11,1%)	9 (50%)	7 (38,9%)

**Fonte:** Elaboração própria com base nas respostas ao questionário aplicado na USF

Relativamente à questão nº1.1.1 sobre o ambiente e relações humanas, é possível retirar, através do questionário, que os profissionais estão bastante satisfeitos. Este ponto constitui elevada importância, pois num local de trabalho é essencial ter um bom relacionamento interpessoal com os colegas e um ambiente de trabalho saudável, o que proporciona um aumento da motivação dos profissionais e consequentemente da

*performance* da USF. Nesta questão o trabalho em equipa é muito importante, os profissionais têm que se sentir confortáveis na equipa que integram para que a USF possa atingir a sua missão de forma eficaz.

Quanto à questão nº 1.1.2 sobre as condições físicas do local de trabalho, a opinião dos 18 profissionais difere bastante. Alguns encontram-se satisfeitos (10 profissionais) e uma grande parte insatisfeitos (8 profissionais). A razão dessa insatisfação advém do facto da USF se encontrar em instalações provisórias (em contentores) e os profissionais não possuem o espaço que necessitam e desejam. Posto isto, foi proposto: pedir mais contentores para alargar as instalações; entrar em contacto com a comissão de utentes; e aproveitar as visitas de entidades externas (ex.: ordens, autarquia, etc.).

Por sua vez, a afirmação nº 1.1.3 relativa aos recursos tecnológicos e financeiros, segundo dados retirados do questionário, 8 profissionais consideram “aceitável”, enquanto 10 consideram “bom”. Para melhorar esta questão foi proposto: dar continuidade às melhorias que têm vindo a ser implementadas pela USF; insistir na contratualização; e rever o manual de articulação com o ACES, de forma a negociar o plafond com o ACES e os incentivos institucionais. Um ponto bastante relevante nesta questão é que a USF necessita de um fundo para eventuais despesas que possam ocorrer, um exemplo disso é o site que foi desenvolvido e que é necessário ser pago, mensalmente, para ser publicado com qualidade.

Quanto à questão nº 1.1.4, a partir da análise do questionário é possível constatar que um dos profissionais se encontra pouco satisfeito com as reuniões multidisciplinares regulares para discussão de questões clínicas e/ou organizativas. Por sua vez, os restantes profissionais estão todos bastante satisfeitos. Portanto pode-se concluir, que a satisfação média de todos os que responderam é bastante boa.

Na questão nº 1.1.5 as respostas foram no geral positivas e os profissionais encontram-se satisfeitos, indicando assim que têm o conhecimento atempado de reuniões de serviço e da respetiva ordem de trabalhos. Apenas 1 pessoa se mostrou menos satisfeita nesta questão.

As respostas à questão 1.1.6 foram bastante divergentes, verifica-se que 4 profissionais consideram que não há uma adequada proteção contra os riscos profissionais. Enquanto, 14 profissionais se encontram satisfeitos e apresentam uma

avaliação positiva a esta questão. Sendo que os profissionais, no geral, se encontram em média satisfeitos.

A questão nº 1.1.7 apresentou uma elevada taxa de insatisfação por parte dos profissionais. Sendo que o stress é algo que atrapalha o trabalho e a produtividade. Para que isto seja combatido foi proposta: a participação em eventos sociais com os colegas; a realização de uma reunião por mês dedicada à gestão de agenda; incidência em formações; e dar continuidade ao programa *anti-burnout* já implementado.

A questão 1.1.8 foi outra que apresentou elevada percentagem de insatisfação por parte dos profissionais. Para melhorar esta questão foi proposta: a realização de um almoço/jantar ou outra atividade em grupo uma vez por mês; fazer uma festa de natal; festejar o aniversário da USF; aumentar a interação entre os colegas a partir de um grupo no WhatsApp; e como já foi mencionado, dar continuidade ao programa *anti-burnout*.

Quanto à questão nº 1.1.9 as respostas foram todas bastantes positivas, pois 17 profissionais estão satisfeitos com o espírito de equipa que une todos os profissionais na USF. Contudo, um profissional classificou com “2 = aceitável”.

A questão nº 1.1.10 que diz respeito à cooperação e colaboração com que o profissional pode contar por parte dos colegas de profissão, segue o mesmo padrão da pergunta anterior. Dois 18 profissionais que responderam, 17 estão satisfeitos relativamente a esta questão e 1 classificou a pergunta com “2 = aceitável”.

Na questão nº 1.1.11 pergunta-se se a opinião de cada profissional é tida em conta nas soluções apresentadas na USF. Dos 18 profissionais, 7 indicam que concordam completamente, 9 apenas concordam e 2 discordam.

A questão nº 1.1.12, última questão da secção correspondente às condições de trabalho, diz respeito à remuneração. As respostas foram bastante dispares, 1 profissional considera a sua remuneração muito boa, 13 consideram a sua remuneração boa, 3 consideram a remuneração aceitável e 1 considera a remuneração má.

No fim de cada secção fez-se uma análise geral da avaliação média por grupo profissional e por faixa etária. Nesta secção verificou-se que em média os secretários clínicos e os médicos (com uma pontuação de 3,17) se encontram mais satisfeitos do que os enfermeiros (com uma pontuação de 2,94). No que toca à faixa etária, pode-se afirmar

que os profissionais com menos de 35 anos (com uma pontuação de 3,42) se encontram em média mais satisfeitos do que os profissionais com mais de 50 anos (com uma pontuação de 3,22) e estes por sua vez estão em média mais satisfeitos do que os profissionais com idade compreendida entre 35 e 50 anos (com uma pontuação de 2,88).

**Tabela 4 - Análise das Questões Correspondentes à Secção da Liderança**

	<b>1 – Mau</b>	<b>2 – Aceitável</b>	<b>3 – Bom</b>	<b>4 – Muito Bom</b>
Questão 1.2.1	0 (0%)	0 (0%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)
Questão 1.2.2	0 (0%)	0 (0%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)
Questão 1.2.3	0 (0%)	0 (0%)	4 (22,2%)	14 (77,8%)
Questão 1.2.4	3 (16,7%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)	1 (5,6%)

**Fonte:** Elaboração própria com base nas respostas ao questionário aplicado na USF

Relativamente às questões nº 1.2.1, 1.2.2 e 1.2.3 todas relacionadas com o coordenador da USF, é possível retirar, através do questionário, que os profissionais se encontram bastante satisfeitos. Na questão 1.2.4, relacionada com o apoio por parte do ACES, a insatisfação dos profissionais é muito elevada. Portanto, podemos concluir que a equipa está satisfeita com a sua coordenação, embora insatisfeita com o apoio por parte do ACES. De forma a tentar diminuir a insatisfação dos profissionais com o ACES, foi proposto que se continue a insistir nos pedidos, proceder à atualização do manual de articulação, insistir na contratualização, e o convívio informal com o ACES e a participação em atividades conjuntas.

Nesta secção da liderança verificou-se que os secretários clínicos (com uma pontuação de 3,45) se encontram em média mais satisfeitos do que os médicos (com uma pontuação de 2,25) e que estes por sua vez se encontram em média mais satisfeitos do que os enfermeiros (com uma pontuação de 3,21). No que toca à faixa etária, pode-se afirmar que os profissionais com menos de 35 anos (com uma pontuação de 3,50) se encontram em média mais satisfeitos do que os profissionais com mais de 50 anos (com uma pontuação de 3,38) e estes por sua vez estão em média mais satisfeitos do que os profissionais com idade compreendida entre 35 e 50 anos (com uma pontuação de 3,18).

**Tabela 5 - Análise das Questões Correspondentes à Secção da Atividade Profissional e Formação Contínua**

	<b>1 – Mau</b>	<b>2 – Aceitável</b>	<b>3 – Bom</b>	<b>4 – Muito Bom</b>
Questão 1.3.1	1 (5,6%)	0 (0%)	9 (50%)	8 (44,4%)
Questão 1.3.2	1 (5,6%)	2 (11,1%)	9 (50%)	6 (33,3%)
Questão 1.3.3	0 (0%)	0 (0%)	7 (38,9%)	11 (61,1%)
Questão 1.3.4	0 (0%)	0 (0%)	6 (33,3%)	12 (66,7%)
Questão 1.3.5	0 (0%)	3 (16,7%)	11 (61,1%)	4 (22,2%)

**Fonte:** Elaboração própria com base nas respostas ao questionário aplicado na USF

Relativamente à questão nº 1.3.1 sobre a perceção de que o papel e as competências profissionais são devidamente compreendidos, é possível recolher, através do questionário, que os profissionais se encontram bastante satisfeitos. Contudo, um profissional classificou esta questão com “1 = Mau”. De forma a melhorar foram apresentadas como propostas: o incentivo à investigação; e a apresentação de propostas de temas em reuniões médicas e de enfermagem.

Quanto à questão nº 1.3.2 sobre a perceção de que a atividade é devidamente acompanhada, maioritariamente os profissionais estão satisfeitos. Contudo, 1 profissional classificou com “1 = Mau” e 2 profissionais com “2 = Aceitável”.

A questão nº 1.3.3 relativa à existência de linhas de orientação ou protocolos e a questão nº 1.3.4 alusiva à possibilidade efetiva e concreta de participar em programas e projetos, apresentam uma elevada satisfação por parte dos profissionais.

Na questão nº 1.3.5 pergunta-se sobre a oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal. Verifica-se que 83% dos profissionais estão satisfeitos com esta questão e 16,7% consideram aceitável. Foram expostas como propostas de melhoria: aproveitar as oportunidades de formação externa e interna que surgem; e a implementação de um plano de formação ajustado ao ano de recuperação com a planificação definida.

Nesta secção verificou-se que os médicos (com uma pontuação de 3,64) se encontram em média mais satisfeitos do que os secretários clínicos (com uma pontuação de 3,52) e estes por sua vez encontram-se em média mais satisfeitos do que os enfermeiros (com uma pontuação de 3,10). No que toca à faixa etária, pode-se afirmar que os



profissionais com menos de 35 anos (com uma pontuação de 4) se encontram em média mais satisfeitos do que os profissionais com mais de 50 anos (com uma pontuação de 3,43) e estes por sua vez estão em média mais satisfeitos do que os profissionais com idade compreendida entre 35 e 50 anos (com uma pontuação de 3,29).

**Tabela 6 - Análise das Questões Correspondentes à Secção da Satisfação Pessoal**

	<b>1 – Mau</b>	<b>2 – Aceitável</b>	<b>3 – Bom</b>	<b>4 – Muito Bom</b>
Questão 1.4.1	0 (0%)	1 (5,6%)	4 (22,2%)	13 (72,2%)
Questão 1.4.2	2 (11,1%)	3 (16,7%)	5 (27,8)	8 (44,4%)
Questão 1.4.3	0 (0%)	2 (11,1%)	6 (33,3%)	10 (55,6%)
Questão 1.4.4	0 (0%)	1 (5,6%)	3 (16,7%)	14 (77,8%)
	<b>1 – Discordo Completamente</b>	<b>2 – Discordo</b>	<b>3 – Concordo</b>	<b>4 – Concordo Completamente</b>
Questão 1.4.5	0 (0%)	1 (5,6%)	3 (16,7%)	14 (77,8%)

**Fonte:** Elaboração própria com base nas respostas ao questionário aplicado na USF

Relativamente à questão nº 1.4.1 (“A convicção de que vale realmente a pena eu esforçar-me e dar o meu melhor nesta USF”), é possível retirar, através do questionário, que os profissionais se encontram bastante satisfeitos.

A questão nº 1.4.2 (“O entusiasmo com que vivo as mudanças que estão a (ou vão) ser introduzidas nas USFs”) apresenta menor satisfação por parte dos profissionais e como proposta de melhoria foi sugerido: o “*reconstructing*” (regras e consenso) para a participação/comportamento nas reuniões.

A questão nº 1.4.3 (“A percepção da garantia de qualidade dos cuidados e serviços que são prestados aos utentes desta USF, por mim e pelos demais profissionais”) e a questão nº 1.4.4 (“O orgulho que sinto relativamente à imagem da USF na comunidade onde está inserida”) apresentam, ambas, elevada satisfação por parte dos profissionais.

No que toca à questão nº 1.4.5 (“Escolheria de novo trabalhar nesta USF”) esta foi respondida de forma bastante positiva por parte dos profissionais, maioritariamente com 3 e 4. Contudo, um profissional mencionou nesta questão que “discorda”. Posto isto, a satisfação, no geral, é bastante boa, contudo o facto de um profissional mencionar que

não escolheria trabalhar de novo na USF é algo que merece muita atenção por parte de todos, principalmente por parte da coordenação.

Nesta secção verificou-se que os secretários clínicos (com uma pontuação de 3,84) se encontram em média mais satisfeitos do que os médicos (com uma pontuação de 3,68) e estes por sua vez encontram-se em média mais satisfeitos do que os enfermeiros (com uma pontuação de 3,27). No que toca à faixa etária, pode-se afirmar que os profissionais com menos de 35 anos (com uma pontuação de 4) se encontram em média mais satisfeitos do que os profissionais com mais de 50 anos (com uma pontuação de 3,75) e estes por sua vez estão em média mais satisfeitos do que os profissionais com idade compreendida entre 35 e 50 anos (com uma pontuação de 3,31).

**Tabela 7 - Análise das Questões Correspondentes à Secção da Fase Pós Pandémica Covid-19**

	<b>1 – Mau</b>	<b>2 – Aceitável</b>	<b>3 – Bom</b>	<b>4 – Muito Bom</b>
Questão 2.1	8 (44,4%)	6 (33,3%)	4 (22,2%)	0 (0%)
Questão 2.2	0 (0%)	3 (16,7%)	12 (66,7%)	3 (16,7%)
Questão 2.3	1 (5,6%)	2 (11,1%)	10 (55,6%)	5 (27,8%)
Questão 2.4	2 (11,1%)	5 (27,8%)	9 (50%)	2 (11,1%)
Questão 2.5	0 (0%)	0 (0%)	7 (38,9%)	11 (61,1%)
Questão 2.6	0 (0%)	0 (0%)	3 (16,7%)	15 (83,3%)
Questão 2.8	0 (0%)	1 (5,6%)	7 (38,9%)	10 (55,6%)
	<b>1 – Nada Satisfeito</b>	<b>2 – Insatisfeito</b>	<b>3 – Satisfeito</b>	<b>4 – Muito Satisfeito</b>
Questão 2.7	0 (0%)	3 (16,7%)	9 (50%)	6 (33,3%)
	<b>1 – Pouco Exausto</b>	<b>2 – Moderadamente Exausto</b>	<b>3 – Exausto</b>	<b>4 – Muito Exausto</b>
Questão 2.9	1 (5,6%)	0 (0%)	13 (72,2%)	4 (22,2%)

**Fonte:** Elaboração própria com base nas respostas ao questionário aplicado na USF

Em 9 questões, 1 foi avaliada majoritariamente com 1 ou 2, enquanto 6 foram avaliadas majoritariamente com 3 ou 4. Destaca-se ainda que a maioria dos profissionais está satisfeita com o trabalho prestado durante a pandemia. Relativamente à questão da exaustão, a grande maioria dos profissionais consideram-se exaustos.

Uma das questões que apresenta maior insatisfação é a nº 2.1 (78% dos profissionais insatisfeitos), a maioria dos profissionais consideram que o espaço físico não é suficiente. De forma a melhorar foi proposto: pedir mais contentores para aumentar as instalações; e reativar o teletrabalho no atendimento telefónico e emails. A outra questão que apresenta grande insatisfação é a 2.9, em que a esmagadora maioria dos profissionais (94%) assinalam que se sentem exaustos/muito exaustos. Para melhorar esta questão é proposta: a participação em eventos sociais com os colegas; realizar uma reunião por mês dedicada à gestão de agenda; formação e internato médico; e dar continuidade ao programa *anti-burnout*.

Nesta secção verificou-se que os secretários clínicos (com uma pontuação de 3,16) se encontram em média mais satisfeitos do que os enfermeiros (com uma pontuação de 3,07) e estes por sua vez encontram-se em média mais satisfeitos do que os médicos (com uma pontuação de 2,98). No que toca à faixa etária, pode-se afirmar que os profissionais com mais de 50 anos (com uma pontuação de 3,25) se encontram em média mais satisfeitos do que os profissionais com menos de 35 anos (com uma pontuação de 3,11) e estes por sua vez estão em média mais satisfeitos do que os profissionais com idade compreendida entre 35 e 50 anos (com uma pontuação de 2,86).

#### **5.4.8.3.2. Análise Qualitativa**

Em cada uma das secções mencionadas anteriormente foi colocada uma caixa de texto para os profissionais registarem as suas opiniões e sugestões de melhoria para a USF. Essas caixas de texto não eram de resposta obrigatória. Neste ponto procede-se à análise das respostas dos profissionais.

**Tabela 8 - Análise das Questões Abertas Correspondentes a cada uma das Secções do Questionário**

<b>Condições de Trabalho</b>	
Questão 1.1.13	“Necessária criação de mais espaços para individualização de cuidados, em consulta ou tratamento. Exercício profissional com brio

	e qualificação exige investimento individual formativo. O volume de trabalho não justifica nem deve ser fator de desmotivação! “
--	--

### **Liderança**

Questão 1.2.5	“Sem apoio quando os profissionais são vítimas de violência contra profissionais “
---------------	--

### **Atividade Profissional e Formação Contínua**

Questão 1.3.6	“A existência de vários documentos não é sinónimo de cumprimento pela generalidade dos programas/projetos. Precisamos todos de nos envolvermos na leitura/acompanhamento desses documentos - reinventar o quotidiano implica envolvimento de ideias/conhecimento de todos.”
---------------	---

### **Satisfação Pessoal**

Questão 1.4.6	“Crio regularmente fatores de motivação para trabalhar e tenho espírito de sacrifício, apesar desta convicção, por vezes, se desvanecer.”
---------------	---

### **Fase Pós-Pandémica**

Questão 2.4	Sem respostas.
-------------	----------------

**Fonte:** Elaboração própria com base nas respostas ao questionário aplicado na USF

Na questão 1.1.13 o profissional que deixou este comentário faz referência à falta de espaço. É percebido por todos os profissionais que há falta de espaço é um problema e um fator bastante negativo atualmente na USF. Não há gabinetes suficientes para todos os profissionais, a sala de espera é pequena e a sala de reuniões é a mesma sala que é utilizada para o trabalho administrativo em BackOffice. Para esta questão já foram mencionadas anteriormente algumas propostas para a sua melhoria, como: pedir mais contentores para alargar as instalações; entrar em contacto com a comissão de utentes; e aproveitar as visitas de entidades externas (ex.: ordens, autarquia, etc.). Este profissional também faz referência ao investimento pessoal que os profissionais têm que fazer para um exercício profissional com brio.

O comentário à questão n.º 1.2.5 deixou algumas dúvidas e incertezas sobre o que o profissional estava a realmente querer dizer, mas ficou incumbido à coordenação

analisar este assunto . Na questão 1.3.6 e 1.4.6 foram deixadas opiniões pessoais de acordo com os assuntos abordados nas questões de resposta fechada de cada uma dessas secções. A questão 2.4 não apresentou qualquer opinião ou comentário.

### **5.5. Identificação de Problemas**

O presente Relatório de Estágio resulta da minha integração numa USF, em Portugal, durante, aproximadamente, cinco meses. Durante este período tive oportunidade de desenvolver uma série de competências técnicas e humanas, bem como, de presenciar novas realidades, até antes nunca vivenciadas. Chegou-se à conclusão que o questionário de satisfação profissional aplicado no contexto do estágio curricular poderia ser melhorado, com a introdução de novas medidas para avaliar a satisfação profissional na USF. Portanto, com base em alguma pesquisa e vários documentos fornecidos pela minha orientadora elaborei uma lista de medidas que considero necessárias para avaliar a satisfação de um profissional de saúde, sendo este o meu grande contributo para a USF. Os importantes conceitos de coordenação relacional e contrato psicológico também foram inseridos na lista de medidas.

## **6. Estudo no Âmbito do Estágio numa USF**

### **6.1. Introdução**

A revisão de literatura, realizada na primeira parte deste relatório, procurou apresentar uma análise teórica que permitisse apoiar e realçar as principais questões associadas à satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes, referindo a importância dos conceitos de coordenação relacional e contrato psicológico.

O grande foco deste estudo consiste na vertente humana e comportamental, num contexto de serviços, ou seja, o trabalho enquanto espaço relacional. É importante perceber de que forma a força humana se une para cumprir os objetivos estabelecidos. Interessa saber em que consiste construir uma equipa para além da tarefa, como é que no mesmo espaço é possível trabalhar e criar relações para que o trabalho em equipa seja eficaz. É aqui que entra o conceito de *team building*.

As equipas nas USF propõem-se a cumprir uma missão, mas simultaneamente é essencial que se identifiquem com a mesma, para, assim, os profissionais estarem satisfeitos. Um ponto deves importante é que satisfação do utente tem que estar cada vez mais emparelhada com a satisfação do profissional de saúde. Segundo Santos et al.

(2007), a persistente melhoria dos cuidados de saúde deve ter em conta, a satisfação dos seus utentes e a dos seus profissionais. A análise integrada da satisfação do utente, na perspetiva do profissional de saúde, assim como da satisfação do profissional de saúde com o seu trabalho enquanto tal, permite um entendimento mais aprofundado e abrangente dos processos de melhoria dos cuidados de saúde (Rodrigues, 2015).

## **6.2. Finalidade e Objetivos**

Ao longo do meu estágio, tal como descrito anteriormente, disponibilizei um inquérito de satisfação para os profissionais da USF, que expus anteriormente, com base num questionário antes desenvolvido, por alguns profissionais da USF. Contudo, depois da revisão e análise dos dados do questionário verificou-se que este poderia ser melhorado com a introdução de novas medidas. Posto isto, pretende-se desenvolver uma lista de medidas necessárias para avaliar a satisfação dos profissionais de saúde.

Relativamente aos objetivos específicos, pretende-se:

- Compreender quais as medidas e itens que um questionário direcionado a profissionais de serviços de saúde deve ter;
- Elaborar uma lista de medidas necessárias para medir a satisfação de um profissional de saúde numa USF;
- Incluir medidas que não se encontram presentes no questionário de satisfação aplicado no âmbito do estágio curricular.

## **6.3. Lista de Medidas Necessárias para Avaliar a Satisfação Profissional numa USF**

Na persecução dos objetivos deste trabalho elaborou-se uma lista de medidas que um questionário de satisfação profissional, na área da saúde, deve ter (ver ANEXO X). Portanto, e como referido anteriormente, o grande objetivo consiste em elaborar uma lista de medidas consideradas essenciais para avaliar a satisfação dos profissionais de saúde numa USF, e assim, mais tarde, permitir à USF introduzir as medidas que não se encontram presentes no questionário aplicado anualmente (o mesmo que se aplicou ao longo do estágio curricular), mas que deveriam estar.

### **6.3.1. Medidas da Satisfação com os Recursos do Emprego**

Para medir a satisfação com os recursos do emprego devem ser utilizadas, essencialmente, duas medidas: a autonomia no trabalho e a clareza das funções.

A autonomia no trabalho consiste na avaliação da medida em que os trabalhadores sentem que têm autonomia para desempenhar as suas funções. Pode ser medida com três itens de Morgeson et al. (2005) adaptados de Hackman e Oldham (1980): “Tenho muita autonomia na forma como trabalho”; “Posso decidir como faço o meu trabalho”; “Tenho independência e liberdade na forma como faço o meu trabalho”. Sendo os itens, mencionados, avaliados numa escala de 5 pontos *likert* variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

A clareza das funções consiste na avaliação da medida em que os trabalhadores sentem que as suas funções são claras. Pode ser medida com dois itens de Rizzo et al. (1970): “Sei quais são as minhas responsabilidades”; “Sei exatamente o que é esperado de mim”. Sendo estes itens avaliados numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

### **6.3.2. Medidas da Satisfação com as Exigências do Emprego**

Para medir a satisfação com as exigências do emprego devem ser utilizadas duas medidas: a sobrecarga no desempenho das funções e a carga emocional.

A sobrecarga no desempenho das funções é avaliação da medida em que os trabalhadores sentem demasiada pressão no exercício das suas funções. Pode ser medida com três itens de Bolino e Turnley (2005), sendo esses: “A quantidade de trabalho que tenho que fazer é muito grande”; “Nunca tenho tempo suficiente para fazer tudo no trabalho”; “Muitas vezes pareço ter muito trabalho para uma pessoa”. Sendo os itens avaliados numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

A carga emocional consiste na avaliação da medida em que os trabalhadores possuem grandes exigências no emprego. Pode-se medir com quatro itens de Van der Hulst et al. (2006), adaptados do Questionário Neerlandês sobre as experiências e avaliação do trabalho: “O seu trabalho exige muito de si emocionalmente?”; “É confrontado com coisas que o(a) afetam pessoalmente no trabalho?”; “Tem contato com

peças difíceis (por exemplo, pacientes) no trabalho?"; "O seu trabalho coloca-o(a) em situações emocionalmente difíceis?". Sendo os itens avaliados numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (nunca) a 5 (sempre).

### 6.3.3. Medidas da Satisfação com os Recursos Pessoais

Para medir a satisfação com os recursos pessoais (secção sobre o trabalhador) devem ser utilizadas, fundamentalmente, três medidas: a autoeficácia generalizada; a afetividade de características positivas; e a extraverson.

A autoeficácia generalizada pode ser medida com base em 10 itens de Schwarzer e Jerusalem (1995). A Escala Geral de autoeficácia está correlacionada com emoção, otimismo, trabalho e satisfação. Foram encontrados coeficientes negativos para a depressão, stress, *burnout* e ansiedade. Os dez itens que constituem a Escala Geral de Autoeficácia Geral Percecionada são:

- 1) Se me esforçar bastante, consigo sempre resolver problemas difíceis.
- 2) Quando alguém se opõe a mim, consigo encontrar forma de conseguir o que quero.
- 3) Para mim é fácil manter e atingir os meus objetivos.
- 4) Estou confiante que consigo lidar eficazmente com situações inesperadas.
- 5) Graças ao meu desembaraço, sei como lidar com situações imprevistas.
- 6) Eu consigo resolver a maioria dos problemas se me esforçar.
- 7) Eu consigo-me manter calmo(a) quando enfrento dificuldades porque tenho capacidade de as enfrentar.
- 8) Quando me deparo com um problema, geralmente consigo encontrar várias soluções".
- 9) Se estou com problemas, geralmente consigo pensar em uma solução.
- 10) Geralmente consigo lidar com todas as situações com que me deparo.

Sendo os itens avaliados numa escala de quatro pontos, cujo formato das respostas é: "1 = De nenhum modo verdade"; "2 = Dificilmente verdade"; "3 = Moderadamente verdade"; "4 = Exatamente verdade".

A afetividade de características positivas pode ser medida com base em 5 itens da escala PANAS desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) para avaliar o Afeto



Positivo e o Afeto Negativo, sendo definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos. Neste caso o que nos interessa é o Afeto Positivo e se este for elevado reflete prazer e bem-estar subjetivo, incluindo emoções como entusiasmo, inspiração e determinação. A escala PANAS é constituída por vários itens, contudo neste caso serão relevantes os seguintes: alerta; inspirado; determinado; atento; e ativo. Sendo estes avaliados numa escala de cinco pontos” (1 = Muito pouco ou nada; 5 = Extremamente), com resposta à pergunta: “em que medida sente cada uma das seguintes emoções neste momento”.

Relativamente à extraversão esta pode ser medida com base em quatro itens da versão mini-IPIP portuguesa de J. P. Oliveira (2019). O mini-IPIP contém 20 itens e as respostas são classificadas numa escala de 5 pontos do tipo *Likert*, que varia entre 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Cada item é uma frase que descreve um comportamento e os inquiridos são solicitados a responder utilizando a escala referida anteriormente. Os itens correspondentes à extraversão no mini-IPIP são: “Sou a vida de uma festa”; “Não falo muito”; “Falo com muitas pessoas diferentes em festas”; “Prefiro manter-me em segundo plano”.

#### **6.3.4. Medidas da Satisfação com os Resultados do Trabalho**

Para medir a satisfação com os resultados do trabalho devem ser utilizadas, essencialmente, as seguintes medidas: a satisfação no trabalho; o stress; o bem-estar psicológico; o significado do trabalho; o burnout; e o conflito entre trabalho e família.

A satisfação no trabalho permite uma avaliação subjetiva do quanto o profissional gosta do seu trabalho. Pode ser medida com base em três itens de Kim et al. (1996): “Tenho grande prazer no trabalho que faço”; “Na maior parte dos dias sinto-me entusiasmado(a) com o meu trabalho”; “Globalmente, estou satisfeito(a) com o meu trabalho”. As respostas são pontuadas numa escala do tipo *Likert* de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

A medida de stress permite avaliar subjetivamente a pressão que o profissional sente ao desempenhar as suas funções. O stress relacionado com o trabalho pode ser medido com base em onze itens de Cavanaugh et al. (2000), sendo utilizada uma escala de *likert* que varia de 1 (não produz stress) a 5 (produz uma grande quantidade de stress). Os itens para avaliar o stress dos profissionais são os seguintes:

- 1) O número de doentes e tarefas que tenho para fazer.
- 2) A quantidade de tempo que passo no trabalho.
- 3) O volume de trabalho e o tempo que tenho para o fazer.
- 4) A pressão que sinto no trabalho
- 5) A responsabilidade que tenho no trabalho.
- 6) O nível de responsabilidade associado à minha posição.
- 7) A medida em que a política, e não o desempenho, afeta as decisões do meu local de trabalho.
- 8) Não entender claramente o que é esperado de mim no trabalho.
- 9) A quantidade de burocracia que preciso de ultrapassar para fazer o meu trabalho.
- 10) A falta de segurança no emprego.
- 11) A medida em que a minha carreira parece não progredir.

O bem-estar psicológico pode ser medido com base em sete itens de Warr (1990), sendo eles: tenso(a); preocupado(a); calmo(a); relaxado(a); deprimido(a); triste; otimista. Para responder a cada item deve-se fazer a seguinte pergunta: “Indique com que frequência se sentiu ( ) nas últimas 4 semanas, no seu local trabalho.”. As respostas possíveis são: nunca, ocasionalmente, em alguma parte do tempo, na maior parte do tempo, a maior parte das vezes, todo o tempo; sendo estas pontuadas numa escala de 1 a 6 respetivamente.

O significado do trabalho é o valor de um objetivo ou propósito de trabalho, formulado em relação aos próprios ideais da pessoa. O significado do trabalho pode ser medido através de seis itens adaptados de May et al. (2004): “O trabalho que faço é muito importante para mim”; “As minhas atividades de trabalho têm um significado pessoal para mim”; “O trabalho que faço vale a pena”; “As minhas atividades de trabalho são significativas para mim”; “O trabalho que faço é significativo para mim”; “Sinto que o trabalho que faço é valioso”. Sendo os itens avaliados numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo fortemente) e 5 (concordo fortemente).

O *burnout* consiste na avaliação da medida em que os profissionais se sentem esgotados profissionalmente. Para isto é indicada a utilização dos itens correspondentes à exaustão emocional do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) formulado por Maslach e Jackson (1981): “Sinto-me emocionalmente esgotado(a) por causa do meu trabalho”; “Sinto-me desgastado(a) quando acabo o dia de trabalho”; “Sinto cansado(a) quando me

levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho”; “Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente cansativo para mim”; “Sinto-me esgotado do meu trabalho”; “Sinto-me frustrado(a) no trabalho”; “Sinto muito stress por trabalhar diretamente com pessoas”; “Sinto que estou no meu limite”. Seguindo o exemplo da Escala Hassles cada item é classificado em duas dimensões: frequência e intensidade. A escala de frequência é rotulada em cada ponto e varia de 1 ("algumas vezes por ano ou menos") a 6 ("todos os dias"). É dado um valor zero se o respondente indicar (selecione uma caixa separada) que nunca experienciou o sentimento ou atitude descritos. A escala de intensidade varia de 1 ("quase imperceptível") a 7 ("muito forte"). Não é completada (e, portanto, recebe um valor zero) se o respondente verificar "nunca" na escala de frequência (Maslach e Jackson, 1981).

O conflito entre trabalho e família reflete em que medida as responsabilidades do trabalho e da família são incompatíveis. Ou seja, as exigências de um papel fazem com que o desempenho do outro papel seja mais difícil. Os itens recomendados são os da escala de conflito trabalho-família (WFC) desenvolvida por Netemeyer et al. (1996): “As exigências do meu trabalho interferem na minha vida familiar”; “A quantidade de tempo que o meu trabalho me ocupa dificulta o cumprimento das minhas responsabilidades familiares”; “As coisas que quero fazer em casa não são feitas por causa das exigências do meu trabalho”; “O meu trabalho provoca tensões que dificultam o cumprimento dos meus deveres familiares”; “Devido as pressões profissionais, tenho que alterar as minhas atividades familiares”. Podendo os itens ser avaliados numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

### **6.3.5. Medidas da Satisfação com os Profissionais/Colegas da USF**

Para medir a satisfação com os profissionais da USF devem ser utilizadas, essencialmente, as seguintes medidas: coesão da equipa; clima de humor; uso de humor de auto-relato; humor agressivo; comportamento da cidadania organizacional.

A coesão da equipa consiste na avaliação da medida em que os profissionais consideram que existe coesão na sua equipa de trabalho. Para medir a coesão da equipa podem ser utilizados 3 itens de Wendt et al. (2009): “Há um ambiente amigável entre as pessoas”; “As pessoas tratam-se com respeito”; “As pessoas cooperam umas com as

outras”. Estes itens podem ser avaliados numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

Para medir o clima de humor na equipa podem ser utilizados os seguintes itens: “As pessoas na USF usam humor em diversas situações”; “As pessoas na USF usam humor umas com as outras”; “As pessoas no meu serviço expressam humor no trabalho”. Estes itens podem ser avaliados numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

Para medir o humor de auto-relato podem ser utilizados os seguintes itens: “Eu uso humor em diversas situações ao interagir com colegas no meu serviço”; “Eu brinco e uso humor com colegas no meu serviço”; “Eu expesso humor com colegas no meu serviço”. O uso de humor de auto-relato é considerado relevante para o *burnout*. Estes itens podem ser avaliados numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

O humor agressivo também é uma medida bastante importante e pode ser medida com o seguinte item: “Colegas da USF usam o humor como forma de me criticar e humilhar”. Este item pode ser avaliado numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

O comportamento da cidadania organizacional pode ser medido através dos seguintes itens: “Os profissionais da USF executam voluntariamente tarefas que promovem a imagem da mesma, embora isso não faça parte das suas obrigações”; “Os profissionais da USF mantêm-se a par dos desenvolvimentos da mesma”; “Os profissionais da USF fazem sugestões para melhorar o desempenho da mesma”; “Os profissionais da USF demonstram lealdade para com a mesma”; “Os profissionais da USF demonstram preocupação com a imagem da mesma”. Este item pode ser avaliado numa escala de 5 pontos *likert*, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

### **6.3.6. Medidas da Satisfação dos profissionais de saúde com a USF**

Para medir a satisfação com a USF devem ser utilizadas as seguintes medidas: a gestão de recursos humanos; o ambiente físico do local de trabalho; o compromisso organizacional; a intenção de deixar a USF.

A satisfação com a gestão de recursos humanos pode ser medida através alguns itens adaptados à USF com base no estudo de Sikora et al. (2015):

- 1) A USF oferece-me oportunidades de formação e desenvolvimento.
- 2) A USF ajuda-me a gerir a minha carreira.
- 3) A USF tenta tornar o meu trabalho o mais interessante possível.
- 4) A USF dá-me oportunidades para ser bem-sucedido no trabalho.
- 5) A USF oferece-me oportunidades de trabalho flexível (por exemplo, trabalho a tempo parcial; horários flexíveis).
- 6) A USF promove a igualdade de oportunidades entre todos os trabalhadores.
- 7) A USF dá-me oportunidades para expressar as minhas opiniões.
- 8) A USF oferece-me segurança no emprego.
- 9) A USF promove o equilíbrio entre a vida profissional e familiar.
- 10) A USF oferece remuneração justa.
- 11) Recebo apoio e feedback para melhorar o meu desempenho.

Os itens anteriores terão uma escala de resposta de 5 pontos, em que 1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Por Vezes, 4 = Muitas Vezes e 5 = Sempre.

No que diz respeito à satisfação com as condições físicas do local de trabalho esta pode ser medida através dos seguintes itens:

- 1) A USF oferece-me um ambiente de trabalho seguro.
- 2) A USF oferece-me privacidade no trabalho.
- 3) A USF oferece-me um ambiente livre de intimidação ou assédio por parte de outros trabalhadores.
- 4) A USF oferece-me um local de trabalho onde posso fazer o meu trabalho de forma eficaz.
- 5) A USF oferece-me acesso a computadores e outras tecnologias necessárias para fazer o meu trabalho.
- 6) A USF oferece-me espaço para relaxar no trabalho.
- 7) A USF oferece-me um ambiente onde não há violência no trabalho por parte dos doentes ou do público.

- 8) No geral, estou satisfeito com as condições físicas de trabalho na minha USF.

Para esta medida será aplicada uma escala *Likert* de cinco pontos, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

O compromisso organizacional consiste na avaliação da medida em que os profissionais gostam da sua organização. Para avaliar esta medida poderão ser utilizados os seguintes itens: “Não me sinto "parte da família" na minha USF”; “Esta USF tem um grande significado pessoal para mim”; “Sinto-me emocionalmente ligado à minha USF”. Para esta medida será também aplicada uma escala *Likert* de cinco pontos, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

A intenção de deixar a USF consiste na avaliação da medida em que os profissionais gostariam de sair da USF. Para avaliar esta importante medida, e com base no artigo de Price (1997), poderão ser empregues os seguintes itens: “Gostaria de ficar na USF o mais tempo possível”; “Se pudesse despedia-me hoje”. Para esta medida será também aplicada uma escala *Likert* de cinco pontos, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

### **6.3.7. Medidas da Satisfação dos profissionais de saúde com o Coordenador**

Para medir a satisfação dos profissionais para com o coordenador deve-se avaliar a relação entre o coordenador e o profissional (LMX) de acordo com a medida recomendada por Graen e Uhl-Bien (1995). Os itens são:

- 1) Normalmente sabe o quão satisfeito(a) o(a) seu(sua) coordenador(a) está consigo?
- 2) Em que medida é que o(a) seu(sua) coordenador(a) compreende os seus problemas e necessidades?
- 3) Em que medida é que o(a) seu(sua) coordenador(a) reconhece o seu potencial?
- 4) Como classificaria a sua relação de trabalho com o(a) seu(sua) coordenador(a)?

Para esta medida será aplicada uma escala diferente para cada um dos itens. Para o primeiro item será aplicada uma escala de cinco pontos, variando entre “raramente” (1)

e “muitas vezes” (5). Para o segundo item a escala aplicada é também de cinco pontos, variando entre “nem um pouco” (1) e “bastante” (5). O terceiro item apresenta uma escala de cinco pontos, que varia entre “de modo algum” (1) e “totalmente” (5). O quarto e último tem uma escala também de cinco pontos, variando entre “extremamente inefetivo” (1) e “extremamente efetivo” (5).

### **6.3.8. Medidas da Coordenação Relacional**

A coordenação relacional, tal como referido anteriormente, é um conceito muito importante. A coordenação entre os prestadores de cuidados de saúde em equipas é considerada fundamental para a prestação de cuidados contínuos e eficientes. Para integrar a medida da CR neste relatório de estágio considerou-se o artigo publicado por Gittell et al. (2008), em que de acordo com os autores a escala da CR apresenta 7 questões respeitantes às interações que ocorrem entre profissionais de saúde que partilham responsabilidades de trabalho.

No presente relatório a CR foi medida por um grupo de 7 itens adaptados do questionário utilizado no estudo mencionado anteriormente. As questões são apresentadas de forma a entender as interações e relações que o profissional mantém com os outros profissionais da USF (médicos, enfermeiros e secretários clínicos).

- 1) Com que frequência comunica com os profissionais da USF?
- 2) Os profissionais da USF comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar?
- 3) Os Profissionais da USF comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho?
- 4) Os profissionais da USF conhecem o seu trabalho?
- 5) Os profissionais da USF respeitam o seu trabalho?
- 6) Os profissionais da USF partilham objetivos organizacionais consigo?
- 7) Quando ocorrem problemas no trabalho, os profissionais da USF trabalham consigo para resolver o problema?

Foi utilizada uma escala ordinal do tipo *Likert* com cinco alternativas de resposta de 1 (de modo algum) a 5 (completamente).

### **6.3.9. Medidas do Contrato Psicológico**

Para avaliar o contrato psicológico tem-se por base o *Psychological Contract Inventory* de Rousseau (2008) que pretende medir os quatro tipos de contrato psicológico,

contendo afirmações que se referem ao cumprimento de obrigações por parte do empregador, afirmações que se referem às obrigações e aos compromissos do empregado para com o empregador, e igualmente afirmações referentes à relação do empregador com o empregado.

No presente relatório de estágio serão utilizados apenas alguns itens do *Psychological Contract Inventory*:

- 1) Duma maneira geral, até que ponto acha que a sua USF tem sido justa para consigo?
- 2) Duma maneira geral, até que ponto acha que tem sido justo para com a sua USF?
- 3) Duma maneira geral, até que ponto acha que a sua USF tem cumprido com as suas promessas?
- 4) Duma maneira geral, até que ponto acha que tem cumprido com as suas promessas?
- 5) De uma maneira geral, acha que está satisfeito(a)?

Foi utilizada uma escala ordinal do tipo *Likert* com cinco alternativas de resposta de 1 (de modo algum) a 5 (completamente).

## **7. Notas Finais**

Com a realização deste estágio, desenvolvi diversas competências e aprofundei conhecimento na área da gestão em saúde. Estive inserida maioritariamente nas áreas de recursos humanos, qualidade e sistemas de informação, mas também na área do marketing. Estudei com alguma profundidade temas relevantes neste contexto, com particular foco na satisfação dos profissionais de saúde. Também refleti sobre a gestão do contrato psicológico que não se aplica apenas às organizações públicas, mas também se pode aplicar às empresas privadas, e a coordenação relacional entre os profissionais de saúde em redes intra-organizacionais que é fundamental para que ocorra a prestação de cuidados contínuos e eficientes. Faço, portanto, um balanço extramente positivo do meu estágio curricular.

A satisfação no trabalho influencia o estado emocional da pessoa, manifestando-se sob a forma de alegria, decorrente da satisfação ou na forma de descontentamento, decorrente da insatisfação. Trata-se de um tema bastante importante e que tem vindo a



ser cada vez mais enaltecido. Em Portugal, é valorizada a importância do estudo da satisfação dos profissionais de saúde, sendo um dos quatro critérios principais para avaliar o SNS. É frequente ouvirmos os profissionais de saúde, em geral, referirem que se encontram insatisfeitos, com o tipo de cuidados que prestam, com a sua remuneração, com os recursos materiais e humanos de que dispõem e com as relações que criam com os utentes ou com os restantes membros da equipa.

A visão baseada em recursos das organizações propõe que para sobreviver e obter vantagens competitivas as organizações precisam de possuir recursos valiosos, escassos e inimitáveis (Barney, 1991). As pessoas e a cultura organizacional são muitas vezes os mais prováveis de serem estes recursos. As organizações enfrentam pressões competitivas e de custos e uma crise de produtividade o que leva ao risco de intensificação do trabalho o que por sua vez implica um risco para o bem-estar dos profissionais. Relativamente ao “*Job Demands-Resources model*”, Bakker e Demerouti (2007) argumentam que o bem-estar sob a forma de baixo *burnout* e alto envolvimento é uma função entre os recursos do emprego e as exigências do emprego. A falta de recursos leva ao esgotamento e à incapacidade de realizar o trabalho e a sua presença facilita o bem-estar e o desempenho. O que se está a sofrer na economia atual é que há falta de equilíbrio entre os recursos e o que está a ser exigido, isto leva ao esgotamento e insatisfação dos profissionais.

Quando existe um estado positivo do contrato psicológico, compromisso organizacional, satisfação no trabalho, satisfação com o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e motivação, então, pode-se considerar um local de trabalho como sendo de alta qualidade.

Estudos de Gittel mostraram que fortes relações entre os prestadores de serviços de saúde têm um efeito direto no aumento da satisfação dos utentes e na sua lealdade aos serviços, devido ao recebimento de um tratamento mais coordenado. A coordenação relacional aumenta a satisfação no trabalho para os prestadores de cuidados, exige a partilha de objetivos e conhecimentos, tal como o respeito mútuo entre os profissionais. Portanto, a coordenação relacional é muito importante para a obtenção de elevados níveis de qualidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde e é uma fonte importante de satisfação no trabalho.

No ponto anterior foi construída uma escala de medidas e itens, com base em vários estudos e adaptados desses mesmos, para ser utilizada na medição da satisfação profissional numa USF. O grande objetivo não foi aplicar essa escala de medidas na USF onde o meu estágio curricular foi realizado, mas sim desenvolver esta escala, com o fim de fornecer um contributo positivo para a USF. A escala contruída possui várias medidas que não estavam presentes no questionário aplicado ao longo do estágio curricular.

É essencial perceber de onde provem o descontentamento dos profissionais e para isso é necessário ir à exaustão, utilizando várias dimensões que estão relacionadas com a satisfação/insatisfação no trabalho. Posto isto, só assim se consegue perceber a origem da insatisfação e implementar medidas de melhoria, tanto quanto for possível, para conseguir aumentar a satisfação dos profissionais e melhorar a todos os níveis na prestação de cuidados. É fundamental perceber que não estamos a lidar com objetos, mas sim com seres racionais que têm sentimentos.

## Referências Bibliográficas

- Agapito, S. M., & Cardoso de Sousa, F. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 132–139.  
[https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70004-3](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70004-3)
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.  
<https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>
- Bolino, M. C., & Turnley, W. H. (2005). The Personal Costs of Citizenship Behavior: The Relationship Between Individual Initiative and Role Overload, Job Stress, and Work-Family Conflict. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 740–748.  
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.740>
- Bolton, R., Logan, C., & Gittel, J. H. (2021). Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 57(3), 290–322.  
<https://doi.org/10.1177/0021886321991597>
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), 236–249.
- Castro, J., Lago, H., Conceição Fornelos, M. da, Novo, P., Saleiro, R. M., & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: O caso do Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 157–172. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70020-7](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70020-7)
- Cavanaugh, M. A., Boswell, W. R., Roehling, M. V., & Boudreau, J. W. (2000). An Empirical Examination of Self-Reported Work Stress Among U.S. Managers. *Journal of Applied Psychology*, 85(1), 10.
- Cleary, P. D., & Mcneil, B. J. (1988). Patient Satisfaction as An Indicator of Quality for Care. *Inquiry (INQ)*, 25, 25–36.

- Costa, G. B. (2011). *Avaliação da satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de Egas Moniz* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa.
- Dominique-Ferreira, S. (2015). Medição da satisfação dos profissionais de saúde: Uma aplicação no Agrupamento de Centros de Saúde Feira-Arouca. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 188–198. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.07.001>
- Ferreira, P. L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários—Enquadramento Conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16, 53–62.
- Ferreira, P. L., & Antunes, P. (2009a). MONITORIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS USF. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)*, 38.
- Ferreira, P. L., & Antunes, P. (2009b). MONITORIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES DAS USF. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)*, 38.
- Ferreira, P. L., Luz, A., Valente, S., Raposo, V., Godinho, P., & Felício, E. D. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: O caso de Lisboa e Vale do Tejo. *REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA*, 10.
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 285–296.
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2015). Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP - Relatório Final. *CEISUC*, 99.
- Ferreira, P. L., Raposo, V., Tavares, A. I., & Correia, T. (2020). Drivers for emigration among healthcare professionals: Testing an analytical model in a primary healthcare setting. *Health Policy*, 124(7), 751–757. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.009>
- Ferreira, V. L. A. (2011). *A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO DISTRITO DE BRAGA* [Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde]. FEP.

- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ*, *302*(6785), 1129–1132.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.302.6785.1129>
- Gittell, J. H. (2011). Relational Coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis. *Relational Coordination Research Collaborative*, *92*.
- Gittell, J. H. (2002a). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, *48*(11), 1408–1426.
- Gittell, J. H. (2002b). Relationships between Service Providers and Their Impact on Customers. *Journal of Service Research*, *4*(4), 299–311.  
<https://doi.org/10.1177/1094670502004004007>
- Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organization Science*, *21*(2), 490–506.  
<https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0446>
- Gittell, J. H., Weinberg, D. B., Bennett, A. L., & Miller, J. A. (2008). Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Human Resource Management*, *47*(4), 729–755. <https://doi.org/10.1002/hrm.20242>
- Gittell, J. H., Weinberg, D., Pfefferle, S., & Bishop, C. (2008). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: A study of nursing homes. *Human Resource Management Journal*, *18*(2), 154–170. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2007.00063.x>
- Gittell, J., Welch, L. C., Daudelin, D., Suchman, A. L., Santos, H., Beswick, J., Moore, S., Selker, H. P., Perloff, J., & Rushforth, A. (2017). Intervening to enhance collaboration in translational research: A relational coordination approach. *Journal of Clinical and Translational Science*, *1*(4), 218–225. <https://doi.org/10.1017/cts.2017.10>
- Gonçalves, L. (2013). *Contratualização e Nova Gestão Pública no Setor da Saúde Uma experiência em dois centros de responsabilidade hospitalares* (p. 107) [Relatório de Estágio]. Universidade de Coimbra.

- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 219–247. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(95\)90036-5](https://doi.org/10.1016/1048-9843(95)90036-5)
- Guest, D. E. (1998). Is the psychological contract worth taking seriously? *Journal of Organizational Behavior*, 19(1), 649–664. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(1998\)19:1+<649::AID-JOB970>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(1998)19:1+<649::AID-JOB970>3.0.CO;2-T)
- Guest, D. E., & Conway, N. (2002). Communicating the psychological contract: An employer perspective. *HUMAN RESOURCE MANAGEMENT JOURNAL*, 12(2), 17.
- Jani, M. R. (2014). Psychological Contract and Organization: A Review Article. *International Multidisciplinary Research Journal*, 1(5), 5.
- Kim, S.-W., Price, J. L., Mueller, C. W., & Watson, T. W. (1996). The Determinants of Career Intent Among Physicians at a U.S. Air Force Hospital. *Human Relations*, 49(7), 947–976. <https://doi.org/10.1177/001872679604900704>
- Lima, J. de C., & Rivera, F. J. U. (2009). Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: Uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(31), 329–342. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400008>
- Lima, J. de C., & Rivera, F. J. U. (2010). Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: Estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 323–336. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200011>
- Magalhães, N. (2013). *UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: O SEU PAPEL NA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS*. 48.
- Malone, T. W., & Crowston, K. (1994). The interdisciplinary study of coordination. *ACM Computing Surveys*, 26(1), 87–119. <https://doi.org/10.1145/174666.174668>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

- May, D. R., Gilson, R. L., & Harter, L. M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 11–37.  
<https://doi.org/10.1348/096317904322915892>
- Melo, D. (2011). *A Performance nos Serviços de Saúde Influência da Fiabilidade, Aprendizagem Organizacional e Coordenação Relacional* [Dissertação de Mestrado]. Universidade da Beira Interior.
- Menegon, L. F., & Casado, T. (2012). Contratos psicológicos: Uma revisão da literatura. *Revista de Administração*, 47(4), 571–580. <https://doi.org/10.5700/rausp1059>
- Morgeson, F. P., Delaney-Klinger, K., & Hemingway, M. A. (2005). The Importance of Job Autonomy, Cognitive Ability, and Job-Related Skill for Predicting Role Breadth and Job Performance. *Journal of Applied Psychology*, 90(2), 399–406.  
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.2.399>
- Morrison, E. W., & Robinson, S. L. (1997). When Employees Feel Betrayed: A Model of How Psychological Contract Violation Develops. *Academy of Management Review*, 22(1), 226–256.
- Nave, M. F. N. (2011). *A Importância do Contrato Psicológico para o Elevado Desempenho: Estudo de Caso num Hospital Universitário Português*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400–410. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.4.400>
- Oliveira, E. C. L. (2015). *Satisfação profissional, qualidade de serviço e segurança do utente: Um estudo de caso em instituições de Economia Social* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra.
- Oliveira, J. P. (2019). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Mini-IPIP five-Factor Model Personality Scale. *Current Psychology*, 38(2), 432–439.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-017-9625-5>

- Passadouro, R., & Ferreira, P. L. (2016). Satisfação Profissional nas Unidades de Saúde Familiar da Região Centro. *Acta Médica Portuguesa*, 29(11), 716.  
<https://doi.org/10.20344/amp.7380>
- Pereira, M. da G., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do Utente e Atitudes Face aos Médicos e Medicina: Um Estudo Piloto. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2(2), 69–80.
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: Unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2841–2852. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600022>
- Price, J. L. (1997). Handbook of organizational measurement. *International Journal of Manpower*, 18(4/5/6), 305–558.
- Purdy, E., Alexander, C., Shaw, R., & Brazil, V. (2020). The team briefing: Setting up relational coordination for your resuscitation. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 7(1), 1–4. <https://doi.org/10.15441/ceem.19.021>
- Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. [Dissertação para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem.]. Universidade do Porto.
- Rico, P. J. G. (2011). *Gestão do Contrato Psicológico num contexto de Mudança: Estudo caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra* [Relatório de Estágio Curricular]. Universidade de Coimbra.
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150.  
<https://doi.org/10.2307/2391486>
- Robinson, S. L. (1996). Trust and Breach of the Psychological Contract. *Administrative Science Quarterly*, 41(4), 574–599. <https://doi.org/10.2307/2393868>



- Robinson, S. L., & Rousseau, D. M. (1994). Violating the psychological contract: Not the exception but the norm. *Journal of Organizational Behavior*, 15(3), 245–259.  
<https://doi.org/10.1002/job.4030150306>
- Rocha, P. de M., & Sá, A. B. de. (2011). Reforma da Saúde Familiar em Portugal: Avaliação da implantação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2853–2863.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600023>
- Rodrigues, D. M. da C. C. (2015). *A Satisfação dos Profissionais no Setor da Saúde* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Alarve.
- Rousseau, D. M. (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2(2), 121–139.  
<https://doi.org/10.1007/BF01384942>
- Rousseau, D. M. (2008). *Psychological Contract Inventory*. 4.
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007a). A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, 256.
- Santos, O., Biscaia, A. R., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007b). Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da Satisfação com o Funcionamento Actual & Prioridades de Reforma. *Universidade Nova de Lisboa*.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale (GSE). *Measures in health psychology: A user's portfolio*, 35–37.
- Sikora, D. M., Ferris, G. R., & Van Iddekinge, C. H. (2015). Line manager implementation perceptions as a mediator of relations between high-performance work practices and employee outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 100(6), 1908–1918.  
<https://doi.org/10.1037/apl0000024>
- Silva, M. do R. M. (2012). *Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação: Satisfação Profissional* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu.
- Tavares, Ó. M. da C. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Aplicação do Instrumento de*

*Avaliação de Satisfação Profissional* [Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde]. Universidade de Coimbra.

- Van der Hulst, M., Van Veldhoven, M., & Beckers, D. (2006). Overtime and Need for Recovery in Relation to Job Demands and Job Control. *Journal of Occupational Health, 48*(1), 11–19. <https://doi.org/10.1539/joh.48.11>
- Vieira, M. A. M. (2013). *Contrato Psicológico e Comportamentos de Cidadania Organizacional: Análise da relação num contexto de mudanças no setor da saúde* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology, 63*(3), 193–210. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00521.x>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063–1070.
- Wendt, H., Euwema, M. C., & van Emmerik, I. J. H. (2009). Leadership and team cohesiveness across cultures. *The Leadership Quarterly, 20*(3), 358–370. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2009.03.005>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Auditoria observacional ao atendimento administrativo – CPAQ

## 1 - Atendimento ao Utente

Utente	Atendido por ordem?	ID	Tempo de espera		Interrupções e modo	Forma de atendimento:	Utente tratado com Respeito ?	Cumpra regra da prioridade	Protege dados
			Entrada	Atendimento					
Número fila	S/N	Identificação							
1									
2									
...									

## 2 – Locais de Atendimento

Constatação		Evidência	S/N	Nota
<b>Privacidade e proteção de dado</b>	Privacidade	Sentar-se em lugares alternados (ex: atendimento 1-3)		
	Proteção de Dados (sigilo)	Arquivos encerrados		
		Ausência de documentação clínica acessível na secretaria (não encerrada)		
		NP recebidos e entregues (colocados em envelope ou agrafados)		

		Obrigatoriedade de apresentar documento para levantar NP de outrem		
<b>Saber agir em situação de emergência</b>	Socorrer alguém na sala de espera em caso de emergência	Folha telefónica com n°s (Polícia, Proteção Civil, Bombeiros, INEM)		
		Instruções com o fluxograma de atuação em caso de emergência (junto ao atendimento)		

## **ANEXO II**

Questionário CPAQ de avaliação do atendimento

	Sim (%)	Não (%)	Não sabe (%)
I. Considera que os elementos do secretariado clínico o atendem com <b>educação, simpatia e respeito?</b>			
II. Entende que os elementos do secretariado clínico o atendem de <b>forma simples e sem complicações?</b>			
III. É-lhe facultada a possibilidade de <b>renovação de receituário</b> através da caixa de renovação de receituário, por email ou pelo telefone?			
IV. Se pretender reclamar, sabe que existe um <b>livro de reclamações</b> nesta USF?			
V. Se quiser sugerir alguma melhoria no atendimento ou noutra situação, sabe que existe uma <b>caixa de sugestões?</b>			
VI. Entende que é dada <b>prioridade a pessoas com deficiência, grávidas e a adultos com crianças de colo até aos 2 anos?</b>			
VII. Já alguma vez se sentiu <b>inseguro em relação aos seus dados pessoais</b> tendo em conta a forma como o secretariado clínico procede?			
VIII. Entende que estão a ser adotadas <b>melhorias no processo de atendimento e aplicação de melhores práticas de gestão?</b>			
IX. Considera que a <b>sala de espera apresenta um nível aceitável de conforto?</b>			



### **ANEXO III**

Proposta de Melhoria do Questionário CPAQ de avaliação do atendimento

<b>Sexo</b>				
<b>Idade</b>				
	1	2	3	4
I. Considera que os elementos do secretariado clínico o atendem com <b>educação, simpatia e respeito</b> ?				
II. Entende que os elementos do secretariado clínico o atendem de <b>forma simples e sem complicações</b> ?				
III. É-lhe facultada a possibilidade de <b>renovação de receituário</b> através da caixa de renovação de receituário, por email ou pelo telefone?				
IV. Se pretender reclamar, sabe que existe um <b>livro de reclamações</b> nesta USF?				
V. Se quiser sugerir alguma melhoria no atendimento ou noutra situação, sabe que existe uma <b>caixa de sugestões</b> ?				
VI. Entende que é dada <b>prioridade a pessoas com deficiência, grávidas e a adultos com crianças de colo até aos 2 anos</b> ?				
VII. Já alguma vez se sentiu <b>inseguro em relação aos seus dados pessoais</b> tendo em conta a forma como o secretariado clínico procede?				
VIII. Sente que a sua informação é tratada de <b>forma confidencial</b> ?				

IX. Entende que estão a ser adotadas <b>melhorias no processo de atendimento e aplicação de melhores práticas de gestão?</b>				
X. Considera que o <b>tempo de espera para ser atendido pelo secretariado clínico</b> é aceitável?				
XI. Considera que a <b>sala de espera apresenta um nível aceitável de conforto?</b>				

#### **ANEXO IV**

Excerto da Auditoria Observacional do Prazo de Resposta Administrativa aos E-mails  
dos Utentes da USF

Mês /2022	N.º de emails Mês	1 Semana 01-07	Origem do email	Tipo de Solicitação (Escolhido 1 dia de semana aleatório)	Resposta dada: Escolhidos aleatoriamente 3 emails por dia útil da semana
<b>Fevereiro</b>	<b>956</b>	1 (Terça) <b>46</b> 2(Quarta) <b>47</b> 3 (Quinta) <b>55</b> 4 (Sexta) <b>45</b> 5(Sábado) <b>14</b> 6 (Domingo) <b>19</b> 7(Segunda) <b>69</b>  <b>Total: 295</b>	ACES/ARS <b>1/295</b>  Utentes <b>288/295</b>  Outros <b>6/295</b>	<b>Dia 2 (quarta- feira)</b>  Pedido de Consulta <b>8/47</b>  Pedido de Receita <b>12/47</b>  Pedido de Exames <b>4/47</b>  Resultado de exames <b>5/47</b>  Vacinação <b>4/47</b>  Outros <b>14/47</b>	<b>1 (Terça)</b> 1 resposta em < 48h – reencaminhamento para o MF 1 resposta em < 48h – com resolução do pedido 1 resposta em < 48h – reencaminhamento para o MF  <b>2 (Quarta)</b> 1 resposta em < 24h – reencaminhamento para EF 1 resposta em < 24h – com resolução do pedido 1 resposta em < 48h – reencaminhamento para EF  <b>3 (Quinta)</b> 1 resposta em < 24h – reencaminhamento para MF 1 resposta em < 24h – com resolução do pedido 1 resposta em < 24h – com resolução do pedido  <b>4 (Sexta)</b> 1 resposta em < 24h – reencaminhamento para MF 1 resposta em < 48h – reencaminhamento para MF
	Média <b>34.14</b> mails diários Maior incidência à segunda, terça, diminuindo à sexta-feira e Sábado, voltando a subir ao Domingo				
	Número máximo de email diário <b>69</b> Número mínimo <b>7</b>				

## **ANEXO V**

Excerto da Auditoria à Informação Afixada na USF.

<b>Informação a Afixar DIOR 2022</b>	<b>Local</b>	<b>Data</b>	<b>Revisão</b>	<b>Observações</b>
<b>Horários Profissionais</b>	Sala de Espera	11/12/2020	03/2021	<b>Deve ser atualizado</b>
<b>Carta Direitos e Deveres (exterior)</b>	Placard Exterior	Lei 15/2014 (21 de março de 2014)		<b>DL diferente em 2020</b>
<b>Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde (exterior)</b>	Placard Exterior (TMRG)	Anual		A Carta dos Direitos de Acesso é publicada anualmente em anexo à portaria que fixa os tempos mínimos garantidos.
<b>Alternativas assistenciais (exterior)</b>	Placard Exterior	03/12/2019	03/12/2019	<b>Deve ser atualizado</b>
<b>Ausências profissionais (exterior)</b>	Placard Exterior	Março	Mensal	
<b>Serviços Mínimos (exterior)</b>	Placard Exterior/ Sala de Espera	02/02/2022 (sala de espera)	02/02/2024 (sala de espera)	<b>Deve ser atualizado no exterior</b>
<b>Publicitado contato Não presencial – Renovação Receituário (Email, Telefone)</b>	Sala de Espera (corredor lateral)	03/12/2019	03/12/2021	<b>Deve ser atualizado</b>
<b>Guias de acolhimento ao Utente</b>	Não presente			<u>Disponíveis no site, na plataforma BI-CSP e no secretariado clínico.</u>
<b>Contato e horário funcionamento Gabinete Cidadão</b>	Sala de Espera (corredor lateral)	16/11/2020	15/11/2022	
<b>Informação Destinada ao Público sobre o papel do Enfermeiro de família</b>	Não presente			<b>Deve ser afixado</b>
<b>Tempo médio de espera pela consulta após hora marcada</b>	Sala de Espera	11/01/2019	X	<b>Necessita de data de renovação</b>
<b>Horário de Funcionamento (exterior)</b>	Placard Exterior	03/12/2019	03/12/2019	<b>Deve ser atualizado</b>

<b>Divulgação resultados relativos ao acompanhamento utentes (comunicação)</b>	Não presente			<b>Informação não encontrada</b>
<b>N.º Máximo de Utentes por sala Espera</b>	Não se encontra presente			<u>Deixou de ser necessária a afixação</u>
<b>Aviso Cadeira de Rodas (Local para Utentes com necessidades especiais)</b>	Sala de Espera			
<b>Compromissos Atendimento de Qualidade Atendimento Administrativo</b>	Porta de Entrada/Sala de espera	Aprovação (11/01/2016) (Porta de Entrada)		<b>Documento da Porta de Entrada necessita de ser atualizado, o da sala de espera não</b>
<b>Planta de Emergência Instruções de Segurança</b>	Sala de Espera	2016		
<b>Compromissos USF Serviços disponibilizados, telefones, Médicos de Família</b>	Sala de Espera	02/02/2022	02/02/2024	
<b>Fluxogramas, Circuitos Utente</b>	Sala de Espera (lado esquerdo)	16/11/2020	15/11/2022	



## **ANEXO VI**

Excerto das Folhas de Ausências Elaboradas

Tipo de Ausência **F** Férias **CGS** Comissão Gratuita **D** Doença **EST** Estágio **O** Outros(LC, LPAT, L) **A** Aniversário

Julho		Datas da Ausência																														2022			
Nome do Funcionário	sex	sáb	dom	seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom	seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom	seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom	seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom	Total de Dias	Dias de Férias Utilizados	Dias de Férias por Utilizar	
																																	0	0	16
					F	F	D	D																									5	3	22
																																	0	0	19
																																	0	0	23
																																	10	10	9
																																	0	0	15
					F	F																											2	2	17
																																	15	15	8
																																	2	2	18
																																	10	10	7
																																	0	0	12
																																	0	0	21
																																	0	0	16
																																	0	0	12
					F																											1	1	18	
Julho Total					3	2	1	1																								45	43	233	

## **ANEXO VII**

Excertos da Grela DIOR

Ficheiro Base Inserir Esquema da Página Fórmulas Dados Rever Ver Ajuda Diga-me o que pretende fazer Partilhar

Colar Arial 8 Moldar Texto Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Eliminar Formatar Soma Automática Preenchimento Limpar Ordenar e Filtrar Localizar e Selecionar

Área de Transferência Tipo de Letra Alinhamento Número Estilos Células Edição

Códig o		Crítério	Tip o	Fundamento	Requisitos - Pontuação		Auto-Av.	Registro de evidências / Comentários resultantes de autoavaliação da UF / ACeS-Órgãos de Gestão	Auditor	Registro de ev
		1.1. Centralidade no cidadão			1	2				
Entidade auditada: Unidade de Saúde Familiar (USF)										
1. Processos de Gestão										
1.1. Centralidade no cidadão										
7	A	Carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde	A	A existência, publicação e difusão por parte de todos os profissionais da carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde [Lei n.º 15/2018, de 21 de março] é uma forma de garantir a estes a disponibilidade dos serviços de saúde, em todos os níveis e em todas as unidades, respeito pela sua individualidade, como também reconhecendo-os parte integrante dos mesmos onde podem exercer a sua cidadania participando, direta ou indiretamente, na gestão das organizações e das unidades.	Atuação e publicação da carta de direitos e deveres dos utentes em todas as unidades funcionais e na sede do ACeS, em local de livre acesso aos utentes, devidamente adaptada às características da população e cidadãos com necessidades especiais.	Evidência do cumprimento dos direitos do utente dos serviços de saúde e introdução de medidas de melhoria (atas de reuniões multiprofissionais).	2	A carta de direitos e deveres dos utentes encontra-se afiada e publicada. Evidência em ata.	1	
8	B	Acessibilidade do cidadão	A	Garanti os mecanismos necessários para promover a acessibilidade dos cidadãos aos serviços (circulação de utentes, horários adaptados, informação on-line, outras informações, lembretes de agendamentos) conforme Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio), o Sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS e Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS) - Despacho n.º 6170-A/2016, de 9 de maio - respeitando os princípios que colocam o cidadão no centro da organização.	Está contemplado no regulamento interno o compromisso de acessibilidade e em manual de procedimentos está definida a monitorização da Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde, trimestralmente, conforme normativo legal vigente. Existe evidência da atuação da carta bem como os resultados da sua monitorização.	Existe evidência de reflexão trimestral sobre os resultados da monitorização (ata de reunião do CG ou equipa multiprofissional) e de ações de melhoria implementadas. Garantia de agendamento de consulta programada em 5 dias úteis.	1	No RI está contemplado o compromisso de acessibilidade (conteúdo o RI está desatualizado). A carta de direitos e deveres de acesso aos cuidados de saúde está afiada na USF.	2	
9	C	Reclamações, sugestões e elogios	A	Divulgação da Carta dos Direitos e dos Deveres do utente dos Serviços de Saúde, Informação, sensibilização e disponibilização de todos os meios para apresentar reclamações, sugestões e elogios (Livro Amarelo, Livro de Reclamações - Entidade Reguladora da Saúde (ERS), caixa de sugestões, etc.) e correspondente procedimento para o tratamento deste processo que integre a metodologia da sua avaliação no sentido de identificar oportunidades de melhoria. Existência de espaço adequado para a redação da reclamação.	Verifica-se que existe caixa de sugestões com impressos disponíveis e colocada em local de livre acesso aos utentes, atastada da observação dos profissionais - está publicada a possibilidade dos utentes emitirem a sua opinião sobre a qualidade dos serviços e a forma de poderem apresentar reclamações, sugestões e elogios; existe um procedimento da UFIACeS-órgão de gestão aprovado, para o tratamento das reclamações, sugestões e elogios e existe, nas atas das reuniões multiprofissionais - a evidência da reflexão sobre reclamações, sugestões e medidas de correção adotadas pelo menos no mês seguinte à sua apresentação. Evidência de relatório anual do gabinete do cidadão.	Há evidência do cumprimento das ações de melhoria planeadas. Publicação de melhorias implementadas no âmbito organizativo e funcional, decorrentes de reclamações e sugestões apresentadas.	1	Existe caixa de sugestões. Existe procedimento para o tratamento de reclamações, sugestões e elogios. Evidência em ata de reunião de CG. Não foi encontrado relatório anual do gabinete do cidadão, contudo esta informação encontra-se em na ata de 2021 de reunião do CG. Evidência de melhorias implementadas.	2	
10	D	Garantia da atribuição de equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família)	B	O modelo organizacional do conjunto de profissionais de saúde que intervirá na área da saúde familiar, nomeadamente nas USF/ACeS, obriga à constituição de equipas de saúde familiar no sentido da atribuição a cada cidadão/família de profissionais de referência em conformidade com política do ACeS para este efeito.	Encontra-se documentado no Regulamento Interno, no Guia de Acolhimento do Utente (equipa de saúde familiar) e em procedimento.	Existe evidência no sistema de informação, escrito para o Secretário Clínico, enquanto este não estiver adaptado.	1	Esta informação não está presente de forma explícita, mas sim implícita. Não foi encontrado procedimento na lista de procedimentos	2	
1.2. Organização centrada no cidadão										
12	A	Instrumentos estratégicos (Carta de Compromisso, Carta de Qualidade, Guia de Acolhimento ao Utente e Manual de Articulação)	A	Todas as organizações desenvolvem a sua atividade com base em instrumentos estratégicos que determinam o seu estado de desenvolvimento, os seus recursos, os seus problemas, as necessidades dos cidadãos e profissionais, o seu potencial de crescimento e desenvolvimento, os seus objetivos de curto, médio e longo prazo, as estratégias para os atingir, as formas de os monitorizar, os constrangimentos possíveis e as propostas de soluções; as regras organizativas que contribuem para a equidade do esforço de cada elemento da organização/unidade; as regras de comunicação interna e externa e de transparência; as regras de participação dos cidadãos e a forma de prestação de contas.	Existe Carta de Qualidade, devidamente atualizada e revista no último ano; Carta de Compromisso/Contrato Programa anual; Manual de Articulação acordado com o ACeS/ARS, com a definição das condições e dos prazos da sua revisão anual; Guia de Acolhimento ao Utente atualizado, com revisão anual e sempre que necessária. Todos estes documentos deverão ser apresentados, revistos e aprovados pela equipa em sede de Conselho Geral, documentado em ata conforme política de gestão documental da UF e publicado no BI CSP.	Faiz revisão, com periodicidade pelo menos anual (com identificação dos responsáveis pela última revisão e atualização) sobre a área de influência da UF, cuja base de dados e de informação (e.g. página eletrónica da unidade, sítio no BI CSP respetivo e outra disponível) está facilmente acessível a qualquer cidadão e profissional; em todos os documentos, são claramente ultrapassados os mínimos requeridos (previstos em M) e há evidência de ter existido reflexão e envolvimento da equipa (não sendo apenas transcrição de modelos de outras unidades). Cada profissional da equipa esteve envolvido e responsável pela revisão e atualização e, quando questionado, sabe explicá-lo claramente.	2	Existe carta/manual da qualidade atualizada e revista em 2021. Existe carta de compromisso de 2021. Existe manual de articulação. Disponível o guia de acolhimento do utente de 2021. Evidência em ata do assunto em questão; Manual da qualidade; carta de compromisso e guia de acolhimento do utente encontram-se facilmente acessíveis a qualquer cidadão ou profissional.	2	
				Está identificada e caracterizada a área de influência da UFIACeS-órgãos de		Monitorização trimestral do desenvolvimento do PAPD (de acordo com o acompanhamento previsto na contratualização); existência de evidência do cumprimento da introdução de medidas de melhoria implementadas (atas de				

Ficheiro Base Inserir Esquema da Página Fórmulas Dados Rever Ver Ajuda Diga-me o que pretende fazer Partilhar

Colar Arial 8 Moldar Texto Unir e Centrar

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Eliminar Formatar

Soma Automática Preenchimento Limpar Ordenar e Filtrar Localizar e Selecionar

Área de Transferência Tipo de Letra Alinhamento Número Estilos Células Edição

Código		Critério	Tipo	Fundamento	Requisitos - Pontuação		Auto-Av.	Registo de evidências / Comentários resultantes de autoavaliação da UF / ACoS-Órgãos de Gestão	Auditor	Registo de evid.
2.1. Centralidade no cidadão					1	2				
2. Processos Assistenciais										
2.1. Centralidade no cidadão										
7	A	Intimidade e privacidade do cidadão	B	Garantir o direito à intimidade e privacidade do cidadão em todos os locais de atendimento, citando normas e procedimentos (regulamentação do circuito dos cidadãos, etc.), proporcionando formação e atividades de sensibilização para os profissionais e utilizando meios físicos adequados que permitam a adaptação das estruturas e espaços (em termos visuais e auditivos) durante o atendimento.	Verificar se existem normas e procedimentos (Manual de Procedimentos / Arquivo documental) para garantir a preservação da privacidade da pessoa durante o atendimento e a prestação de cuidados. Exemplo: procedimento aprovado garantindo a privacidade do cidadão em todos os locais de atendimento (telefónico, correio eletrónico, receção ou gabinetes de consulta médica ou de enfermagem).	Existem atividades de sensibilização/formação para os profissionais e utilizam meios físicos adequados que permitam a adaptação das estruturas e espaços (em termos visuais e auditivos) durante o atendimento.	2	Existe procedimento (ponto 1). A USF está em instalação provisória e o ponto 2 também se verifica.	2	
8	B	Tomada de decisão do cidadão sobre problemas de saúde	B	Disponibilizar informação adequada ao nível de compreensão dos cidadãos, adaptada ao seu nível de literacia em saúde, de forma a que possam participar ativamente nas tomadas de decisão sobre os seus problemas de saúde. Para o efeito a unidade deve dispor de mecanismos para a comunicação efetiva com cidadãos de língua estrangeira e portadores de deficiência física, sensorial ou cognitiva. Garantir a existência de procedimento sobre representante legal do cidadão (e.g. Regime jurídico do maior acompanhado - Lei n.º 49/2018 - Diário da República, 1.ª série - N.º 156 - 2018-08-14), quando aplicável.	Verificar se existe procedimento que descreva as ferramentas utilizadas para ultrapassar as barreiras de comunicação e aprovado em reunião de Conselho Geral; verificar se existe procedimento sobre o representante legal do cidadão em situações regulamentadas.	Disponibilizar ao cidadão vários instrumentos/ferramentas que possam auxiliar a compreensão e a participação ativa na tomada de decisão sobre os seus problemas de saúde, como por exemplo: imagens, listagens de sinais e sintomas, etc. Verificar em entrevista aos profissionais a sua aplicação.	0	Não existe procedimento	1	
9	C	Consentimento informado	A	Garantir a existência de consentimento informado livre e esclarecido, devidamente documentado nos termos legais em vigor (Norma da DGS n.º 015/2013, de 03/09/2013, atualizada a 04/11/2018 - Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito). Garantir pelo menos uma auditoria anual a este processo. Facultar ao cidadão toda a informação que permita a escolha entre duas ou mais opções para o seu problema de saúde e as respetivas vantagens e eventuais riscos inerentes à sua tomada de decisão. Garantir a existência de procedimento sobre representante legal do cidadão (e.g. Regime jurídico do maior acompanhado - Lei n.º 49/2018 - Diário da República, 1.ª série - N.º 156 - 2018-08-14), quando aplicável.	Existe uma relação dos processos da Carteira de Serviços que requerem consentimento informado escrito. Arquivo documental - Verificar se existe registo do consentimento informado nos atos em que são obrigatórios; verificar se existe uma avaliação anual do grau de cumprimento deste direito. Cumprimento a 100% do procedimento.	Não aplicável	2	Existência de procedimentos para aplicação de consentimento informado. Evidência em aditória.	2	
10	D	Testamento Vital (RENTEV) / Registo Nacional de Não Dadores (RENINDA)	A	Garantir o direito de acesso ao cidadão sobre toda a informação relativa ao Testamento Vital (RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital. Lei n.º 25/2012, de 16 de julho; Portaria n.º 36/2014, de 5 de maio, alterada pela Portaria n.º 14/2018, de 18 de maio; Circular Informativa da SPMS n.º 5/2014, de 24 de junho, Modelo de DAV, publicado na Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio) e o Registo Nacional de Não Dadores (RENINDA - registo nacional criado pela Lei n.º 12/93, de 22 de abril e regulado pelo Decreto-Lei n.º 244/84, de 26 de setembro) no qual os cidadãos manifestam junto do Ministério da Saúde, a sua total ou parcial indisponibilidade para a dâdiva post mortem de certos órgãos ou tecidos. Implementar procedimentos que permitam aos profissionais conhecer e saber como agir de acordo com as instruções prévias da pessoa sobre a sua saúde.	Existe um procedimento que permite aos profissionais da unidade conhecer as instruções prévias de cada cidadão (continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.), bem como quem é o seu representante quando a pessoa não possa decidir (entrevista aos profissionais).	Formação da equipa documentada sobre este processo (atas das reuniões e/ou relatório de formação).	1	Existência de procedimento sobre este assunto. Não foi encontrada evidência de formação da equipa sobre este processo. Foi encontrada em ata a reflexão sobre a auditoria a este assunto.	1	
11	E	Conflitos éticos no decurso do processo assistencial	A	Garantir os mecanismos necessários para formulação de questões e/ou pedido de aconselhamento à Comissão de Ética em conformidade com o seu Regulamento Interno e respetivos procedimentos.	A unidade dispõe de um procedimento para consulta e formulação de questões a colocar à Comissão de Ética.	Discussão interna da equipa sobre questões éticas relacionadas com a prestação de cuidados (documentado em ata).	1	Existência de procedimento para o assunto em questão. Não encontrada evidência em ata.	2	
12	F	Direito de livre escolha dos profissionais de saúde de referência	A	Garantir ao cidadão a liberdade de escolha e acesso ao profissional de referência. Implementar procedimentos para permitir aos profissionais e ao cidadão identificarem, em cada momento do processo assistencial, quem são os profissionais de referência.	Existe um procedimento para a afetação do profissional de saúde de referência para cada cidadão.	Verificar a aplicação do procedimento através da avaliação de alguns processos de utentes inscritos no último ano.	0	Não foi encontrado procedimento.	2	
13	G	Direito a segunda opinião	A	Garantir o direito do cidadão a uma segunda opinião, interna ou externa à unidade/ACoS-órgãos de gestão, de acordo com os seus direitos.	Existe um procedimento para a obtenção de segunda opinião, devidamente publicado na unidade/ACoS-órgãos de gestão (Carta dos Direitos e Deveres do Utente, em conformidade com o Guia de Avaliação de Qualidade).	Existem folhetos, cartazes ou outros suportes que reforcem o direito do cidadão relativamente à obtenção de uma segunda opinião na UF/ACoS-órgãos de gestão.	2	Existe procedimento. Informação presente no RI.	1	

Ficheiro Base Inserir Esquema da Página Fórmulas Dados Rever Ver Ajuda Diga-me o que pretende fazer Partilhar

Colar Arial 12 Moldar Texto Unir e Centrar Número Formatação Condicional Estilos de Célula Inserir Eliminar Formatar Soma Automática Preenchimento Limpar Ordenar e Filtrar Localizar e Selecionar

Área de Transferência Tipo de Letra Alinhamento Edição

J16

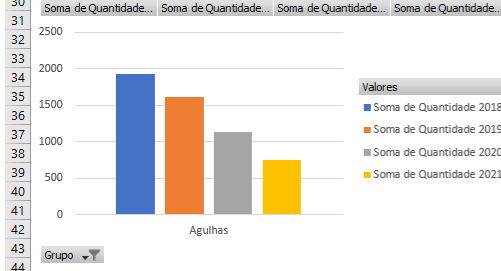
Entidade auditada		Unidade de Saúde Familiar (USF)									
3. Processos Suporte											
Código	Critério	Tipo	Fundamento	Requisitos		Pontuação	Auto-Av.	Registo de evidências / Comentários resultantes de autoavaliação da UF / ACEs-Órgãos de Gestão		Auditor	Registo de evid.
3.1. Gestão da Informação e Comunicação				1	2						
3.1.1. Entre Profissionais											
A	Partilha da informação e eficiência na comunicação	B	Procedimento que define a classificação e distribuição de toda a correspondência da UF/ACEs-órgãos de gestão por todos os profissionais.	Verificar se existe procedimento para organização e distribuição de toda a informação que chega à UF/ACEs-órgãos de gestão, seja por correio eletrónico ou não. Entrevistar dos profissionais - Questionar os profissionais se a distribuição da informação que chega à UF/ACEs-órgãos de gestão, por correio eletrónico ou em outro suporte, é do conhecimento de todos os profissionais.	Existência de iniciativas e métodos de melhoria contínua da comunicação interna através da utilização de Intranet, Dropbox ou outros com avaliação regular da sua eficácia e nível de utilização.		1	Existe procedimento (melhorias de comunicação interna difíceis de verificar)			
B	Prática de gestão da documentação e informação	A	Garantir que a UF/ACEs-órgãos de gestão tenha os seus documentos (formatizados ou não) datados, atualizados e facilmente acessíveis, sejam os que são dirigidos aos cidadãos (publicitados ou afilados adequadamente e de acordo com a orientação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)) ou aos profissionais.	Manual de procedimentos ou documento - Verificar se está definido o procedimento para arquivo de documentos. Observação - Verificar a sua existência, se é acessível a todos os profissionais e se são cumpridos os procedimentos de arquivo da documentação.	Existem sinais de haver cuidado com o design, legibilidade, simplicidade e clareza dos conteúdos, bem como de haver envolvimento dos utentes no delineamento e teste das mensagens que lhes são destinadas. Existe evidência de auditorias à implementação da Norma 01/2017 da DGS e ao procedimento.		1	Procedimento está definido e existe. Design corresponde ao pretendido, auditoria não encontrada.			
C	Elaboração e gestão documental	B	Garantir que a UF/ACEs-órgãos de gestão adote um procedimento para a qualidade dos seus documentos e panfletos, com a definição dos respetivos critérios, data de elaboração, forma de validação e data de revisão ou eliminação, em sede de manual de procedimentos.	Verificar existência do procedimento e aplicação nos diversos documentos elaborados pela UF/ACEs-órgãos de gestão.	Cumprimento a 100% em todos os documentos que estejam afilados e de divulgação institucional pela UF/ACEs-órgãos de gestão.		2	Procedimento existe e é aplicado. Verifica-se o ponto 2.			
3.1.2. Com o Cidadão											
A	Meios de Comunicação	B	Garantir que a UF/ACEs-órgãos de gestão disponha de telefone com acesso direto ao exterior e Internet em todos os postos de trabalho e endereço oficial de correio eletrónico para todos os seus profissionais.	Verificar se a UF/ACEs-órgãos de gestão dispõe de telefone e internet em todos os postos de trabalho e endereço oficial de correio eletrónico para todos os profissionais.	Cumprimento a 100% do critério relativamente à utilização do endereço oficial de correio eletrónico pelos profissionais.		2	Verifica-se.			
B	Atendimento pelo secretariado clínico	A	A UF/ACEs-órgãos de gestão garante o apoio e capacitação dos secretários clínicos para um acolhimento adequado, a orientação do utente na utilização da sua unidade de saúde e das unidades para as quais seja retido. Garante, ainda, que todos os secretários clínicos da UF assegurem a gestão do percurso do cidadão, nomeadamente da sua lista de famílias, quando aplicável.	Evidência de procedimentos específicos relativos ao acolhimento do cidadão (presencial, telefónico e via eletrónico). Verificar existência de procedimentos sobre as diferentes aplicações informáticas utilizadas pelo secretariado clínico (Reembolsos, BAS, SGT, ALERT), SIMA Flustreios, etc).	Formação (mínimo anual) adequada ao acolhimento do cidadão e atividades regulares para a melhoria da qualidade relacional e de comunicação para o atendimento de utentes pelo secretariado clínico. Evidência de reflexão sobre os resultados da avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais relativa a esta área e introdução de medidas de melhoria.		2	Evidência de procedimentos relativos ao acolhimento do cidadão. Evidência de procedimento reembolso. Evidência de formação relativamente ao assunto em questão.			
C	Atendimento não presencial	A	Garantir que a UF/ACEs-órgãos de gestão publicita a forma de contato não presencial de atendimento (via correio eletrónico, atendimento telefónico) durante todo o horário de funcionamento e existe um procedimento estabelecido para situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pela equipa de saúde familiar e outros profissionais de saúde, assim como, de todas UF/ACEs-órgãos de gestão.	Guia de Acolhimento ao Utente ou observação - Verificar se está publicitada a possibilidade de atendimento telefónico e correio eletrónico durante todo o horário de funcionamento da UF/ACEs-órgãos de gestão. Verificar se existe um procedimento aprovado de atuação do secretariado clínico em situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pelo médico, enfermeiro de família e outros profissionais de saúde.	O procedimento em causa e as práticas em uso demonstram atitudes de disponibilidade, afabilidade e flexibilidade para responder de modo adequado e ceder às necessidades específicas de cada cidadão e situação (entrevista).		2	Evidência no guia de acolhimento do utente. Existe procedimento para o assunto em questão.			
D	Informação afilada	A	Garantir que o horário de funcionamento da UF/ACEs-órgãos de gestão e as alternativas assistenciais estejam afiladas e que sejam visíveis do exterior quando a UF/ACEs-órgãos de gestão está encerrada. Garantir que a UF/ACEs-órgãos de gestão afilie os horários de todos os seus profissionais em local de livre acesso aos cidadãos, as ausências dos profissionais e os serviços mínimos que são assegurados em caso de ausência dos profissionais. Garantir que a UF/ACEs-órgãos de gestão afilie a Carta de Direitos e Deveres do Utente dos serviços de saúde, Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio) e a Certidão de Registo na ERS.	Informação afilada (Carta dos Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS, alternativas assistenciais, horários dos profissionais, ausências dos profissionais, serviços mínimos, etc) de forma visível e em local de livre acesso ao cidadão.	A UF/ACEs-órgãos de gestão desenvolve atividades que contribuem para a informação promotora da literacia em saúde.		2	Informação referida está afilada na USF, placard exterior e sala de espera. A USF disponibiliza panfletos informativos (CSI e flash magazine) para promover a literacia em saúde.			
E	Informação publicitada	B	Garantir que a UF/ACEs-órgãos de gestão publicite todos os serviços que presta, constantes da suas cateiras básica e adicional (se aplicável) e respetivos serviços mínimos.	Verifica-se o requisito descrito no fundamento do critério.	De suportes físicos da publicação e o seu design evidenciam profissionalismo e qualidade gráfica e o seu conteúdo evidencia uma atitude de resposta adequada às diversas necessidades dos utentes ao longo do ciclo de vida.		2	Verificam-se ambos os pontos.			

... Processos de Gestão Processos Assistenciais Processos de Suporte Resumo Resultado

Pronto 70%

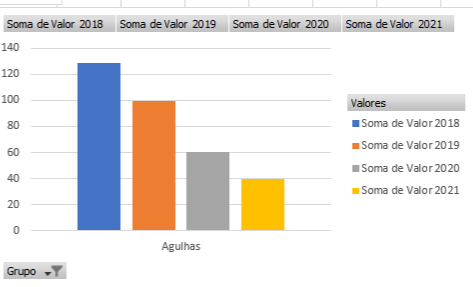
## **ANEXO VIII**

Excerto da tarefa Consumos USF (2018 – 2021)

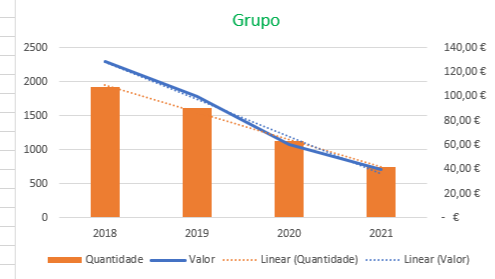


**Grupo**

- Adesivos hipoaalergénico
- Águas p/prep
- Agulhas**
- Algálias
- Alginatos
- Carboximetilceluloses
- Cateter
- Compressa não tecido
- Contentores



Ano	Quantidade	Valor	alt % Q	alt % V
2018	1926	128,75 €	"."	"."
2019	1612	99,76 €	-16%	-23%
2020	1131	60,36 €	-30%	-39%
2021	751	39,71 €	-34%	-34%





## **ANEXO IX**

Questionário de Satisfação Profissional aplicado no decorrer do estágio curricular,  
Através da Ferramenta *Google Forms*

O presente inquérito destina-se à avaliação da satisfação profissional da equipa da USF. Este divide-se em duas partes. A primeira abrange questões sobre as condições de trabalho, liderança, atividade profissional, formação contínua e a satisfação pessoal dos profissionais. A segunda está relacionada com o trabalho ao longo da fase pós-pandémica. Todas as perguntas com um asterisco são de resposta obrigatória, salvo as que não o têm.

No fim de cada subsecção do inquérito será disponibilizado um espaço de resposta opcional onde o inquirido poderá construir um comentário, relativamente a eventuais observações ou sugestões que tenha relativas ao tema. Realçamos a importância de que todos os profissionais da equipa da USF respondam a este inquérito, uma vez ser fulcral na compreensão da perceção que os profissionais têm do seu trabalho e das condições disponíveis para o poderem desempenhar da melhor forma possível.

➔ Identifique a faixa etária e o grupo profissional a que pertence (respostas não obrigatórias)

- Faixa Etária
  - < 35
  - 35 – 50
  - > 50
- Grupo Profissional a que pertence
  - Médico/a de família
  - Enfermeiro/a de família
  - Secretário/a clínico

→ **Parte I - Nesta parte serão efetuadas perguntas relativamente às condições de trabalho, liderança, atividade profissional, formação contínua e a satisfação pessoal dos profissionais.**

**1.1. Condições de Trabalho**

**1.1.1. Ambiente e Relações Humanas\***

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.2. As condições físicas do local de trabalho\***

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.3. Recursos tecnológicos e financeiros\***

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.4. A participação em reuniões multidisciplinares regulares, para discussão de questões clínicas e/ou organizativas\***

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.5. O conhecimento atempado de reuniões de serviço e da respetiva ordem de trabalhos\***

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.6. A adequada proteção contra os riscos profissionais\***

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.7.** A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.8.** As oportunidades de convívio informal entre profissionais\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.9.** O espírito de equipa que une todos os profissionais que trabalham comigo nesta USF, independentemente da sua profissão ou carreira\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.10.** A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.11.** A minha opinião é tida em conta nas soluções apresentadas para a USF\*

	1	2	3	4	
Discordo Completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Completamente

**1.1.12.** Remuneração\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.1.13.** Se tiver algum comentário a fazer sobre as questões realizadas anteriormente, relativas às condições de trabalho, utilize o seguinte espaço:

## 1.2. Liderança

### 1.2.1. Relação com o Coordenador\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

### 1.2.2. O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte do meu Coordenador\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

### 1.2.3. O apoio com que posso contar por parte do Coordenador, sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais de ajuda\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

### 1.2.4. O apoio por parte do ACES, sobretudo nos momentos difíceis\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

### 1.2.5. Se tiver algum comentário a fazer sobre as questões realizadas anteriormente, relativas à liderança, utilize o seguinte espaço:

## 1.3. Atividade Profissional e Formação Contínua

### 1.3.1. Perceção de que o meu papel e as minhas competências profissionais são devidamente compreendidos\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

### 1.3.2. A perceção de que a minha atividade é devidamente acompanhada\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.3.3.** A existência de linhas de orientação ou protocolos, quer a nível clínico/técnico, quer a nível de alguns aspetos da organização e funcionamento da USF\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.3.4.** A possibilidade efetiva e concreta de participar em programas e projetos\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.3.5.** A oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal, no âmbito da minha carreira\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.3.6.** Se tiver algum comentário a fazer sobre as questões realizadas anteriormente, relativas à atividade profissional e formação contínua, utilize o seguinte espaço:

#### **1.4. Satisfação Pessoal**

**1.4.1.** A convicção de que vale realmente a pena eu esforçar-me e dar o meu melhor nesta USF\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.4.2.** O entusiasmo com que vivo as mudanças que estão a (ou vão) ser introduzidas nas USF's\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.4.3.** A perceção da garantia de qualidade dos cuidados e serviços que são prestados aos utentes desta USF, por mim e pelos demais profissionais\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.4.4.** O orgulho que sinto relativamente à imagem da USF na comunidade onde está inserida\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**1.4.5.** Escolheria de novo trabalhar nesta USF\*

	1	2	3	4	
Discordo Completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Completamente

**1.4.6.** Se tiver algum comentário a fazer sobre as questões realizadas anteriormente, relativas à satisfação profissional, utilize o seguinte espaço:

**→ Parte II - Covid19 - Fase pós-pandémica**

**2.1.** Espaço físico suficiente\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**2.2.** Higienização e limpeza dos espaços\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**2.3.** Acesso a equipamento de proteção individual\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**2.4.** Remuneração do trabalho suplementar – horas extra\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**2.5.** Qualidade e clareza das orientações transmitidas pelo coordenador\*

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**2.6. Participação e envolvimento do Coordenador\***

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**2.7. Estou satisfeito com a qualidade de trabalho prestado durante a Pandemia Covid19\***

	1	2	3	4	
Nada Satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito

**2.8. Como considero a retoma da atividade na USF \***

	1	2	3	4	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

**2.9. Sinto-me exausto\***

	1	2	3	4	
Pouco Exausto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Exausto

**2.10.** Se tiver algum comentário a fazer sobre as questões realizadas anteriormente, relativas à Pandemia Covid-19, utilize o seguinte espaço:



## ANEXO V

### Lista de Medidas e Itens

## **Recursos do Emprego (*Job Resources*)**

### Autonomia

Tenho muita autonomia na forma como trabalho.

Posso decidir como faço o meu trabalho.

Tenho independência e liberdade na forma como faço o meu trabalho.

### Clareza das Funções

Sei quais são as minhas responsabilidades.

Sei exatamente o que é esperado de mim.

## **Exigências do Emprego (*Job Demands*)**

### Sobrecarga no Desempenho das Funções

A quantidade de trabalho que tenho que fazer é muito grande.

Nunca tenho tempo suficiente para fazer tudo no trabalho.

Muitas vezes pareço ter muito trabalho para uma pessoa.

### Carga Emocional

O seu trabalho exige muito de si emocionalmente?

É confrontado com coisas que o(a) afetam pessoalmente no trabalho?

Tem contato com pessoas difíceis (por exemplo, pacientes) no trabalho?

O seu trabalho coloca-o(a) em situações emocionalmente difíceis?

## **Recursos Pessoais**

### Autoeficácia Generalizada

Se me esforçar bastante, consigo sempre resolver problemas difíceis.

Quando alguém se opõe a mim, consigo encontrar forma de conseguir o que quero.

Para mim é fácil manter e atingir os meus objetivos.

Estou confiante que consigo lidar eficazmente com situações inesperadas.

Graças ao meu desembaraço, sei como lidar com situações imprevistas.

Eu consigo resolver a maioria dos problemas se me esforçar.

Eu consigo-me manter calmo(a) quando enfrento dificuldades porque tenho capacidade de as enfrentar.

Quando me deparo com um problema, geralmente consigo encontrar várias soluções”.

Se estou com problemas, geralmente consigo pensar em uma solução.

Geralmente consigo lidar com todas as situações com que me deparo.

#### Afetividade de Características Positivas

Alerta

Inspirado

Determinado

Atento

Ativo

#### Extraversão

Sou a vida de uma festa.

Não falo muito.

Falo com muitas pessoas diferentes em festas.

Prefiro manter-me em segundo plano.

### **Resultados do Trabalho**

#### Satisfação no Trabalho

Tenho grande prazer no trabalho que faço.

Na maior parte dos dias sinto-me entusiasmado(a) com o meu trabalho.

Globalmente, estou satisfeito(a) com o meu trabalho.

#### Stress

O número de doentes e tarefas que tenho para fazer.

A quantidade de tempo que passo no trabalho.

O volume de trabalho e o tempo que tenho para o fazer.

A pressão que sinto no trabalho.

A responsabilidade que tenho no trabalho.

O nível de responsabilidade associado à minha posição.

A medida em que a política, e não o desempenho, afeta as decisões do meu local de trabalho.

Não entender claramente o que é esperado de mim no trabalho.

A quantidade de burocracia que preciso de ultrapassar para fazer o meu trabalho.

A falta de segurança no emprego.

A medida em que a minha carreira parece não progredir.

### Bem-estar Psicológico

Tenso(a);

Preocupado(a)

Calmo(a)

Relaxado(a)

Deprimido(a)

Triste

Otimista

### Significado do Trabalho

O trabalho que faço é muito importante para mim.

As minhas atividades de trabalho têm um significado pessoal para mim.

O trabalho que faço vale a pena.

As minhas atividades de trabalho são significativas para mim.

O trabalho que faço é significativo para mim.

Sinto que o trabalho que faço é valioso.

### *Burnout*

Sinto-me emocionalmente esgotado(a) por causa do meu trabalho.

Sinto-me desgastado(a) quando acabo o dia de trabalho.

Sinto cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.

Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente cansativo para mim.

Sinto-me esgotado do meu trabalho.

Sinto-me frustrado(a) no trabalho.

Sinto muito stress por trabalhar diretamente com pessoas.

Sinto que estou no meu limite.

#### Conflito entre Trabalho e Família.

As exigências do meu trabalho interferem na minha vida familiar.

A quantidade de tempo que o meu trabalho me ocupa dificulta o cumprimento das minhas responsabilidades familiares.

As coisas que quero fazer em casa não são feitas por causa das exigências do meu trabalho.

O meu trabalho provoca tensões que dificultam o cumprimento dos meus deveres familiares.

Devido as pressões profissionais, tenho que alterar as minhas atividades familiares.

#### **Profissionais/Colegas da USF**

##### Coesão da Equipa

Há um ambiente amigável entre as pessoas.

As pessoas tratam-se com respeito.

As pessoas cooperam umas com as outras.

##### Clima de Humor

As pessoas na USF usam humor em diversas situações.

As pessoas na USF usam humor umas com as outras.

As pessoas no meu serviço expressam humor no trabalho.

##### Uso de Humor de Auto-relato

Eu uso humor em diversas situações ao interagir com colegas no meu serviço.

Eu brinco e uso humor com colegas no meu serviço.

Eu expresso humor com colegas no meu serviço.

##### Humor agressivo:

Colegas da USF usam o humor como forma de me criticar e humilhar.

### Comportamento da Cidadania Organizacional

Os profissionais da USF executam voluntariamente tarefas que promovem a imagem da mesma, embora isso não faça parte das suas obrigações.

Os profissionais da USF mantêm-se a par dos desenvolvimentos da mesma.

Os profissionais da USF fazem sugestões para melhorar o desempenho da mesma.

Os profissionais da USF demonstram lealdade para com a mesma.

Os profissionais da USF demonstram preocupação com a imagem da mesma.

## **A USF**

### Gestão de Recursos Humanos

A USF oferece-me oportunidades de formação e desenvolvimento.

A USF ajuda-me a gerir a minha carreira.

A USF tenta tornar o meu trabalho o mais interessante possível.

A USF dá-me oportunidades para ser bem-sucedido no trabalho.

A USF oferece-me oportunidades de trabalho flexível (por exemplo, trabalho a tempo parcial; horários flexíveis).

A USF promove a igualdade de oportunidades entre todos os trabalhadores.

A USF dá-me oportunidades para expressar as minhas opiniões.

A USF oferece-me segurança no emprego.

A USF promove o equilíbrio entre a vida profissional e familiar.

A USF oferece remuneração justa.

Recebo apoio e feedback para melhorar o meu desempenho.

### Ambiente Físico do Local de Trabalho

A USF oferece-me um ambiente de trabalho seguro.

A USF oferece-me privacidade no trabalho.

A USF oferece-me um ambiente livre de intimidação ou assédio por parte de outros trabalhadores.

A USF oferece-me um local de trabalho onde posso fazer o meu trabalho de forma eficaz.

A USF oferece-me acesso a computadores e outras tecnologias necessárias para fazer o meu trabalho.

A USF oferece-me espaço para relaxar no trabalho.

A USF oferece-me um ambiente onde não há violência no trabalho por parte dos doentes ou do público.

No geral, estou satisfeito com as condições físicas de trabalho na minha USF.

#### Compromisso Organizacional

Não me sinto "parte da família" na minha USF.

Esta USF tem um grande significado pessoal para mim.

Sinto-me emocionalmente ligado à minha USF.

#### Intenção de Deixar a USF

Gostaria de ficar na USF o mais tempo possível.

Se pudesse despedia-me hoje.

### **Coordenador**

#### Relação com o Coordenador

Normalmente sabe o quão satisfeito(a) o(a) seu(sua) coordenador(a) está consigo?

Em que medida é que o(a) seu(sua) coordenador(a) compreende os seus problemas e necessidades?

Em que medida é que o(a) seu(sua) coordenador(a) reconhece o seu potencial?

Como classificaria a sua relação de trabalho com o(a) seu(sua) coordenador(a)?

## **Coordenação Relacional**

Com que frequência comunica com os profissionais da USF?

Os profissionais da USF comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar?

Os Profissionais da USF comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho?

Os profissionais da USF conhecem o seu trabalho?

Os profissionais da USF respeitam o seu trabalho?

Os profissionais da USF partilham objetivos organizacionais consigo?

Quando ocorrem problemas no trabalho, os profissionais da USF trabalham consigo para resolver o problema?

## **Contrato Psicológico**

Duma maneira geral, até que ponto acha que a sua USF tem sido justa para consigo?

Duma maneira geral, até que ponto acha que tem sido justo para com a sua USF?

Duma maneira geral, até que ponto acha que a sua USF tem cumprido com as suas promessas?

Duma maneira geral, até que ponto acha que tem cumprido com as suas promessas?

De uma maneira geral, acha que está satisfeito(a)?