

Rui Manuel Passadouro da Fonseca

Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro

Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho

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

Coimbra, setembro de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Rui Manuel Passadouro da Fonseca

Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro

Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho

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

Orientador: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, setembro de 2014

DEDICATÓRIA

À minha esposa Maria Felícia e à minha filha Raquel, pelo tempo que não lhes dediquei, pelo apoio incondicional e pelas valiosas sugestões.

Aos meus pais, Maria e Manuel, pelo carinho inesgotável.

À minha irmã Lina, aos meus cunhados, Luis, Lurdes e Fernando, aos meus sobrinhos e aos meus sogros.

Ao meu companheiro de viagens, Nuno Rama, pela amizade, pelo incessante estímulo e pela partilha de experiência e ideias nestes dois anos de caminhada.

Aos meus colegas de serviço, sobretudo aos que tornaram mais fácil as ausências.

AGRADECIMENTOS

Torna-se difícil agradecer, de forma individual, a todos aqueles que comigo conjugaram sinergias para que este trabalho de investigação se concretizasse. Gostaria, no entanto, de enumerar aqueles que de mais perto me acompanharam.

Ao meu orientar, Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, por me ter cativado para este projeto, pelo apoio no desenvolvimento da investigação, pela disponibilidade em todos os pedidos de esclarecimento, bem como pela motivação que conseguiu incutir-me.

À ARS Centro, através da Dra. Augusta Mota, por ter acreditado no projeto e pela colaboração no processo de aplicação dos questionários.

Aos coordenadores das Unidade de Saúde Familiar (USF) da ARSC pela motivação dos profissionais para o preenchimento dos questionários e operacionalização na respetiva unidade.

A todos os profissionais das USF da ARSC que responderam ao questionário.

À Mestre Patricia Antunes, pela colaboração célere na caracterização das USF.

À Ana Nicolau pela conceção da imagem artística da capa.

A verdadeira motivação vem da realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento

(Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1993)

RESUMO

A satisfação profissional tem sido alvo de um crescente interesse por parte dos investigadores, motivados pelas consequências que pode proporcionar na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores e nas organizações, com reflexos nos seus níveis de produtividade. No setor da saúde, a diminuição da produtividade e da qualidade dos serviços poderá influenciar o nível de saúde das populações, facto que levou a Comissão Europeia a propor, em 2001, que a “satisfação profissional” fosse encarada como uma variável da qualidade do trabalho.

Em consonância com esta perspetiva, o presente estudo teve como objetivo geral determinar a satisfação profissional nas Unidades de Saúde Familiar (USF), da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). A partir deste, pretendeu-se, também, compreender a relação entre (i) a satisfação profissional e os fatores sociodemográfico, (ii) os fatores organizacionais, (iii) o modelo de desenvolvimentos das USF e (iv) a satisfação global. Relaciona-se, ainda, a satisfação global com (v) a categoria profissional e (vi) com o modelo de desenvolvimentos das USF. Finalmente, relaciona-se a (vii) satisfação profissional com a satisfação com o relacionamento entre equipas, o coordenador e o vencimento.

Trata-se de um estudo observacional e transversal, seguindo um modelo de análise descritivo - correlacional. Para a recolha de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional (IASP), desenvolvido pelo CEISUC, com preenchimento *online*. Para o tratamento dos dados utilizou-se a aplicação informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 21. A amostra ficou constituída por 514 profissionais de saúde, a exercerem funções nas USF da ARSC, que traduz uma taxa de resposta de 66%, distribuídos pelos três grupos profissionais, do seguinte modo: médicos (39,8%); enfermeiros (34,2%); secretárias clínicas (26,0%), sendo 82% do sexo feminino. Trabalhavam 64,8% em USF do modelo A e 35,2% em USF de modelo B.

O nível médio de satisfação profissional encontrado foi de 71,5%. A satisfação com a qualidade da USF, como local de trabalho, foi de 67,4%, com a qualidade na prestação de cuidados de 78,3% e com a melhoria contínua da qualidade de 80,7%. As dimensões, política de recursos humanos e recursos tecnológicos e financeiros, foram sensíveis ao género do respondente, sendo que os profissionais do sexo masculino se manifestaram significativamente mais satisfeitos do que os do sexo feminino. Relativamente à idade, os profissionais mais velhos (≥ 55 anos) estão mais satisfeitos que os mais novos (≤ 44 anos), em relação à qualidade da USF como local de trabalho, em especial no que respeita à política de recursos humanos e aos recursos tecnológicos e financeiros. Em relação à

profissão, os médicos e secretários clínicos estão mais satisfeitos que os enfermeiros, nas dimensões relacionadas com o vencimento e equipamento disponível, refletindo-se na avaliação que fazem dos recursos tecnológicos e financeiros e na qualidade da USF como local de trabalho. A satisfação profissional é sensível ao modelo de desenvolvimentos das USF, com os profissionais do modelo B significativamente mais satisfeitos que os do modelo A, sendo a maior diferença da satisfação verificada no vencimento. Em termos de satisfação global, 99,0% afirmaram que recomendariam os serviços da sua USF a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados e 98,8% recorreriam, eles próprios, à sua USF se necessitassem de cuidados, não havendo diferença significativa entre os profissionais das USF modelo A e B. Quando questionados, se pudessem voltar atrás, se escolheriam de novo a sua USF para trabalhar, responderam afirmativamente 90,0% dos profissionais das USF modelo A e 98,3% do modelo B. O modelo que melhor representa a satisfação profissional é o que relaciona a satisfação profissional com a satisfação com o coordenador, com o trabalho em equipa e com o vencimento.

Os resultados apresentados, relativos às USF da ARSC, revelam um bom nível de satisfação profissional, com os médicos e secretários clínicos mais satisfeitos que os enfermeiros, e os profissionais das USF modelo B mais satisfeitos que os do modelo A. Os recursos tecnológicos e financeiros são a subdimensão com o menor nível de satisfação devido, sobretudo, ao baixo nível de satisfação com o vencimento.

Tendo em consideração as sugestões dos profissionais, recomenda-se um maior investimento dos órgãos de gestão dos ACeS na melhoria dos equipamentos e instalações e, especialmente, no estreitamento das relações com o pessoal a desempenhar funções nas USF. Recomenda-se, ainda, a monitorização periódica do nível de satisfação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação Profissional; Serviço Nacional de Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Unidades de Saúde Familiares.

ABSTRACT

Investigators have had a growing interest on job satisfaction, driven by the consequences it might have not only in the quality of life and health of workers but also in the organizations, and reflected on their productivity levels. In the health sector, the decrease of productivity and quality of services can influence the health level of populations; this has led the European Commission, in 2001, to suggest “job satisfaction” as a variable of the quality of work.

Consistent with this perspective, the objective of this study was to determine the job satisfaction of the Family Health Units (USF) in the Center Region Health Administration (ARSC). It was also intended to comprehend the relation between (i) job satisfaction and the socio-demographic factors, (ii) organizational factors, (iii) the development model of USF and (iv) general satisfaction. It also relates general satisfaction with (v) professional category and (vi) with the development model of USF. At last, (vii) job satisfaction is related with the satisfaction of the relationship between the teams, the coordinator and the income.

This is an observational and cross-sectional study, which follows the model of descriptive and correlative analysis. To collect the data, a Job Satisfaction Evaluation Instrument (IASP) developed by the CEISUC was used, by online filling. For data processing purposes the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 21 was used. The sample of 514 health professionals, with acting jobs at USF of ARSC, matches a response rate of 66%, distributed for the three professional groups in the following way: doctors (39.8%), nurses (34.2%), and secretaries (26.0%), where 82% are women. 64.8% worked in the USF – Model A and 35.2% worked in the USF – Model B.

The average level of job satisfaction found was 71.5%. The satisfaction of the USF as a quality workplace was 64.2%, as a quality health care provider was 78.3% and with a continuous quality improvement of 80.7%. The dimensions, the human resources policy and the technological and financial resources have been gender-sensitive regarding the respondents, revealing that the male workers are significantly more satisfied than the female ones. The older workers (≥ 55 years) are more satisfied than the younger ones (≤ 44 years), regarding the quality of the USF as a workplace, especially when it comes to the human resources policy and the technological and financial resources. Regarding the job, doctors and secretaries are more pleased than nurses, in the areas related to the income and the available equipment. This reflects their assessment of the technological and financial resources and of the quality of the USF as a workplace. Job satisfaction is sensible to the USF develop model, having the professionals of the Model B significantly more satisfied than the Model A workers, showing that the larger difference of satisfaction is the

income. In terms of general satisfaction, 99.0% stated that they would recommend their USF services to family or friends and 98.8% would use the USF services themselves; without significant difference between Model A and B workers. 90.0% of the Model A and 98.3% of the Model B professionals responded positively when asked if they would choose their USF as a workplace. The model that better represents job satisfaction is the one that relates job satisfaction with satisfaction with the coordinator, with team work and income.

The results presented, regarding USF and ARSC, reveal a good level of job satisfaction, evincing doctors and secretaries more satisfied than nurses and USF-Model B workers more pleased than the USF-Model A ones. The technological and financial resources are the sub dimension with the lower level of satisfaction, which is due to the low level of satisfaction related to the income.

Taking into account the professionals suggestions, we recommend the “ACeS” management boards to invest more in the equipment and in the facilities, especially to develop closer relations with the workers of the USF. We also recommend a regular monitoring of the job satisfaction.

KEY-WORDS: Job Satisfaction; National Health Service; Primary Care; Family Health Units.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamentos de Centro de Saúde

APPSO - Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde Ocupacional

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

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

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DP - Desvio padrão

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

IASP - Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional

RRE - Regime Remuneratório Experimental

SNS - Serviço Nacional Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidades Funcionais

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide das necessidades da Maslow.....	19
Figura 2 - Fatores envolvidos na satisfação e insatisfação no trabalho	20
Figura 3 - Modelos de Maslow e de Herzberg sobre as teorias da motivação	21
Figura 4 – Modelo das características da função	22
Figura 5 - Teoria da equidade	27
Figura 6 - Modelo conceptual de análise do estudo.....	37
Figura 7 - Critério de operacionalização da escala <i>Likert</i>	45
Figura 8 - Taxa de resposta ao IASP por ACeS da ARS Centro.....	49
Figura 9 - Qualidade do local de trabalho.....	54
Figura 10 - Qualidade na prestação de cuidados	58
Figura 11 - Melhoria contínua da qualidade	59
Figura 12 - Distribuição dos profissionais por setor profissional	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Procedimentos para a aplicação do instrumento IASP	41
Quadro 2 - Descrição das Escalas, Subescalas, Facetas e questões do IASP	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Satisfação no trabalho: orientações conceptuais.....	16
Tabela 2 - Instrumentos de avaliação de satisfação no trabalho	30
Tabela 3 - <i>Alpha de Cronbach</i> das escalas, subescalas e facetas do IASP	46
Tabela 4 - Taxa de resposta ao IASP.....	47
Tabela 5 - Taxa de resposta por USF dos ACeS Baixo Mondego e Baixo Vouga	50
Tabela 6 - Taxa de resposta por USF dos ACeS Dão Lafões, Pinhal Interior Norte, Pinhal Litoral e ULS da Guarda.....	50
Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica da amostra	51

Tabela 8 - Caracterização por fatores organizacionais	52
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço.....	53
Tabela 10 - Média da satisfação por escala, subescala e faceta	54
Tabela 11 - Qualidade do local de trabalho: escala, subescala, faceta e itens	55
Tabela 12 - Qualidade do local de trabalho: subescala, faceta e itens (cont.)	56
Tabela 13 - Qualidade do local de trabalho: subescala, faceta e itens (cont.)	57
Tabela 14 - Itens da escala “Qualidade na prestação de cuidados”	58
Tabela 15 - Itens da escala “Melhoria contínua da qualidade”	59
Tabela 16 - Satisfação Global	60
Tabela 17 - Número de referências por escala/faceta	61
Tabela 18 - Referências segundo escalas e facetas por descritor.....	62
Tabela 19 - H ₁ : Satisfação profissional segundo o sexo	68
Tabela 20 - H ₁ : Satisfação profissional segundo o grupo etário.....	69
Tabela 21 - H ₁ : Satisfação profissional segundo o estado civil	70
Tabela 22 - H ₁ : Satisfação profissional segundo o nível de escolaridade	71
Tabela 23 - H ₁ : Satisfação profissional segundo os fatores sociodemográficos	71
Tabela 24 - H ₂ : Satisfação profissional segundo o tipo horário de trabalho	72
Tabela 25 - H ₂ : Satisfação profissional segundo o horário semanal	73
Tabela 26 - H ₂ : Satisfação profissional segundo o vínculo profissional	74
Tabela 27 - H ₂ : Satisfação profissional e funções de chefia	75
Tabela 28 - H ₂ : Satisfação profissional e setor profissional	76
Tabela 29 - H ₂ : Satisfação profissional e fatores organizacionais.....	77
Tabela 30 - H ₃ : Satisfação profissional e modelo de desenvolvimento	78
Tabela 31 - H ₄ : Satisfação profissional e formação adequada.....	79
Tabela 32 - H ₄ : Satisfação profissional e recomendar USF	80
Tabela 33 - H ₄ : Satisfação profissional e recorrer à USF	81
Tabela 34 - H ₄ : Satisfação profissional e voltar atrás e escolher de novo a USF.....	82

Tabela 35 - H ₄ : Satisfação profissional e satisfação global.....	83
Tabela 36 - H ₅ : Satisfação Global segundo o setor profissional	84
Tabela 37 - H ₆ : Satisfação Global segundo o modelo de USF.....	85

SUMÁRIO

1. Introdução	1
1.1 Organização do estudo	2
1.2 Pertinência do estudo - Motivações pessoais.....	4
2. Enquadramento teórico	11
2.1. Cuidados de Saúde Primários (CSP)	11
2.2. Satisfação profissional	15
2.2.1. Conceito de satisfação no trabalho.....	15
2.2.2. Modelos explicativos da satisfação no trabalho	18
2.2.3. Medição de satisfação.....	29
3. Estudo Empírico	33
3.1. Metodologia	33
3.2 Resultados	49
3.2.1. Caracterização da amostra.....	49
3.2.2. Satisfação profissional.....	53
3.2.3. Satisfação global	60
3.2.4. Análise qualitativa	61
3.2.5. Determinantes da satisfação profissional	67
4. Discussão dos resultados.....	89
5. Conclusões e recomendações	97
6. Referências Bibliográficas	101
Anexos	109
Anexo I: IASP - Instrumento de Avaliação da Satisfação profissional	110
Anexo II: OG - órgãos de gestão.....	119
Anexo III: RH - recursos humanos	121
Anexo IV: EE - espírito de equipa.....	123
Anexo V: CO - coordenador	124
Anexo VI: V - vencimento.....	125
Anexo VII: LTE - local de trabalho e equipamento	126
Anexo VIII: ESTAC - estacionamento.....	133
Anexo IX: QPC - qualidade na prestação de cuidados.....	134
Anexo X: MCQ - melhoria contínua da qualidade.....	136
Anexo XI: CONT - contratualização	138

1. INTRODUÇÃO

A problemática da satisfação profissional está associada a uma quantidade infindável de estudos, demonstrando o interesse dos investigadores nesta área. Esse interesse resulta da importância da situação de satisfação para o trabalhador, pelas implicações que tem na sua saúde e na qualidade de vida, e pelas repercussões nas organizações, ao nível da produtividade.

O mercado laboral e empresarial, cada vez mais globalizado e sofrendo pressões de regiões mais competitivas tem provocado, entre nós, um ambiente de incerteza, relacionada com a capacidade de conseguir trabalho remunerado, com o excesso de mão-de-obra e com o futuro em geral. Na sequência desses factos, a relação das organizações com as equipas de trabalho pode sofrer alterações, deteriorando-se, o que, a acontecer, não traz benefícios a nenhum dos intervenientes.

O trabalho torna-se cada vez menos compensador e os trabalhadores menos reconhecidos, quer pelos colegas, quer pelas chefias, com o conseqüente fraco sentimento de justiça social e laboral, segundo um estudo realizado pela Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde Ocupacional (APPSO, 2013). O mesmo estudo revelou que, na saúde, os trabalhadores evidenciam falta de energia, correm risco grave de exaustão e não se sentem recompensados.

Segundo Locke (1976), a satisfação profissional pode ser definida como *“um estado emocional agradável ou positivo resultante da avaliação que o indivíduo faz do seu trabalho ou da experiência de trabalho”* (p.1300). O modo como o trabalhador percebe, valoriza e julga os aspetos do trabalho determinam a sua satisfação profissional.

A degradação da relação laboral tem repercussões graves na vida dos trabalhadores e no funcionamento das organizações. Passados mais de 100 anos da publicação, por *Frederick Taylor*, da obra *The Principles of Scientific Management*, e do avultado número de estudos sobre as relações laborais, chegámos à situação da submissão total dos trabalhadores às regras do mercado, com processos de regulação cada vez mais precários. Será que as teorias humanistas estão fora de moda? Terá *Taylor* “ressuscitado” no século XXI, onde o Homem trabalha apenas por razões económicas, recebe recompensa salarial relacionada com a sua produção, devendo sentir-se motivado, apenas, pelo grau de satisfação que obtém no trabalho?

Diz-nos Mullins (2004) que a satisfação com o trabalho traduz uma atitude e um estado interno associado ao sentimento de realização pessoal.

A administração efetiva das pessoas deve ter em consideração a qualidade das relações nas equipas de trabalho, devendo ser dado atenção ao lado emocional e aos

aspetos relacionados com a satisfação. Nas organizações de saúde é um tema incontornável, apesar de difícil e complexo na sua definição e na sua medição, sendo considerado estruturante e estando associado à qualidade dos serviços e ao desempenho (Santos et al., 2007a). A avaliação da satisfação no trabalho está prevista na Lei de Bases da Saúde desde 1990, passando a ser um dos critérios de avaliação do SNS, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização (Lei n.º 48/90, 24/8/1990).

Por outro lado, o aumento dos padrões de exigência dos consumidores/utentes dos serviços de saúde e a garantia de acesso à saúde obrigam a um nível de gestão dos serviços de saúde em que os sistemas de informação (SI) passaram a ser estruturantes (Lapão, 2010). Essa evolução centra-se, principalmente, no doente, tornando-o mais conhecedor da doença e com capacidade de gestão da sua saúde. Os SI, as novas tecnologias da saúde, o trabalho em equipa e os padrões de exigência dos utilizadores obrigam a uma evolução constante no sistema de trabalho e a uma adaptação continuada dos profissionais a novas formas de trabalhar, situação complexa, sobretudo para os mais antigos.

A satisfação interfere significativamente na capacidade de adaptação ao trabalho, no que se refere à integração, à autonomia, à motivação, ao envolvimento e à utilização das capacidades físicas e mentais. Os níveis decrescentes de satisfação profissional e a falta de atenção, por parte dos gestores da área da saúde, por essa vertente do trabalho, podem vir a comprometer, num futuro próximo, o desempenho das organizações e, conseqüentemente, o nível de saúde da população, a menos que as teorias da satisfação e da motivação não se apliquem aos portugueses e ao setor da saúde, o que consideramos muito improvável.

O tema proposto, “*Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro: Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho*” surge na tentativa de compreender, através do estabelecimento de um conjunto de relações, até que ponto os fatores intrínsecos/extrínsecos constituem uma variável influente na satisfação profissional dos profissionais de saúde, médicos/as, enfermeiros/as e secretárias/os clínicas/os, da ARS Centro. Para a realização do estudo, recorreremos a uma metodologia de cariz misto, quantitativo e qualitativo e, para a recolha de dados, utilizámos o Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional (IASP), para o qual procurámos garantir as qualidades psicométricas.

1.1 Organização do estudo

O trabalho desenvolve-se em duas vertentes que se complementam: uma centrada no enquadramento teórico-conceitual da problemática da satisfação no trabalho, onde fazemos a

revisão dos modelos explicativos; outra, centrada na investigação empírica, desenrolada na perspetiva das hipóteses formuladas.

Estruturamos o trabalho em três partes, a introdução, o enquadramento teórico e o estudo empírico, que procurámos articular de forma integrada.

Na *Introdução* apresentamos: a) introdução; b) organização do estudo; c) pertinência do estudo e antecedentes.

A parte, *Enquadramento teórico*, refere-se à breve descrição da evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e à criação das Unidades de Saúde Familiares (USF) e remete para o enquadramento teórico que pretendemos utilizar como suporte do estudo empírico, à luz do contributo dado pelos diversos autores. Nesse sentido, descrevemos o conceito de satisfação no trabalho, as suas dimensões e os modelos sobre satisfação. Abordamos ainda algumas teorias da motivação e do trabalho em equipa. Finalmente, faz-se referência aos instrumentos de avaliação da satisfação no trabalho mais frequentemente utilizados e apresenta-se de forma genérica o IASP, que irá suportar a investigação empírica.

A parte *Estudo empírico* é dedicada, ao estudo da Satisfação Profissional, dos profissionais de saúde das USF da ARSC. Para o efeito, introduzimos a problemática do estudo, os objetivos e questões investigativas, as variáveis e respetiva operacionalização, caracterizamos a amostra e apresentamos os estudos de garantia das qualidades psicométricas do instrumento usado. Testamos as relações entre as variáveis propostas e apresentamos os resultados obtidos. Por fim, discutimos os resultados obtidos, apresentamos as conclusões mais relevantes do estudo e as suas implicações para a prática profissional. Referimos algumas sugestões para estudos posteriores e algumas limitações sentidas no decurso desta investigação.

1.2 Pertinência do estudo - Motivações pessoais

A satisfação no trabalho em geral é alvo de pesquisa, pelos investigadores, devido às suas implicações na produtividade, no absentismo e na rotatividade dos trabalhadores e por ser fator preditor do bem-estar geral (Diaz-Serrano & Cabral Vieira, 2005). A satisfação no trabalho está associada à saúde mental, à autoestima, à depressão e à perceção sobre o estado da saúde física (Cooper & Faragher, 2013; Faragher, Cass, & Cooper, 2005; Scheurer, McKean, Miller, & Wetterneck, 2009). Estudos recentes atribuem à insegurança no trabalho o aumento do risco de doença coronária (Cooper & Faragher, 2013; Virtanen et al., 2013).

A satisfação no trabalho deve ser encarada como uma variável da qualidade do trabalho (Vieira, Couto, & Tiago, 2004), facto proposto pela Comissão Europeia em 2001 (Cabrita & Perista, 2006).

Vivendo uma época de contenção orçamental, com a redução sucessiva das remunerações, é lícito refletir sobre o seu eventual impacto na satisfação. Alguns estudos consultados apontam nesse sentido. Os salários mais baixos estão associados a menor nível de satisfação, facto mais pronunciado nos países do sul da Europa, situação que poderá estar associada a diferenças profundas na qualidade dos postos trabalho e é consistente com a teoria da existência de bons e maus empregos (Diaz-Serrano & Cabral Vieira, 2005). No entanto, existem exceções para essa situação, apresentando os trabalhadores com salários mais baixos um nível de satisfação superior àqueles com salários mais elevados (Diaz-Serrano & Cabral Vieira, 2005; Goetz et al., 2011), sugerindo que a compensação é obtida de forma não pecuniária. Em Portugal, em 2004, a remuneração influenciava a satisfação, mas também era valorizado o estado de saúde, a segurança no emprego e o trabalho em funções públicas (Vieira et al., 2004).

Na Europa, o nível de satisfação com o trabalho é elevado, com exceção da Roménia que apresentava um índice de 52,5% “muito satisfeito” e “satisfeito”, a contrastar com a Dinamarca com 95,27%, a Finlândia com 93% e a Alemanha com 91,3%. Portugal situava-se nos 77,7% (Cabrita & Perista, 2006).

No setor da saúde, são inúmeros os estudos publicados nas bases de dados disponíveis.

Uma revisão sistemática de Scheurer et al. (2009), envolvendo 97 artigos sobre satisfação profissional dos médicos americanos, concluiu que a satisfação se mantinha elevada e estável, apenas com algum decréscimo nos médicos generalistas. Como esperado, a satisfação estava associada a fatores intrínsecos e extrínsecos. Nos fatores extrínsecos encontrou-se: uma associação forte com as exigências do trabalho, a

supervisão, apoio dos pares e a remuneração; uma associação fraca com as características do trabalho e com a relação antiga com os doentes; sem associação com o trabalho em *part-time* e com as características dos doentes. Nos fatores intrínsecos, não se encontraram associações fortes, apenas associação fraca com os anos de serviço/idade e com a especialidade. Não se encontrou associação com o sexo.

Os médicos americanos, com menos de 40 anos, estavam satisfeitos quanto à situação atual (apenas 7% insatisfeitos) mas pessimistas quanto ao futuro (Roehr, 2012). A redução da remuneração foi coincidente com a diminuição da satisfação e levou cerca de 54% a afirmar que, presentemente, a medicina não seria a sua primeira escolha como profissão (Tanne, 2012).

A perceção da qualidade dos cuidados, da autonomia profissional e a satisfação profissional dos médicos, foi estudada de modo a comparar a situação entre médicos do Canadá, Noruega e Estados Unidos. Nos três países, a perceção da qualidade dos cuidados, a autonomia e o tempo despendido com os doentes, influenciam a satisfação profissional. Neste estudo, as mulheres mostraram menores índices de satisfação que os homens (Tyssen, Palmer, Solberg, Voltmer, & Frank, 2013).

A perceção da qualidade do trabalho desenvolvido tem uma relação clara com a satisfação profissional, segundo Kvist, Mäntynen, e Vehviläinen-Julkunen (2013), numa investigação efetuada num hospital da Finlândia, que envolveu 1424 funcionários. No mesmo estudo, os profissionais que avaliaram a qualidade do trabalho desenvolvido como excelente, também consideraram a sua satisfação profissional mais elevada.

Não existia diferença significativa, em termos de satisfação profissional, entre os médicos de várias especialidades, num inquérito feito na Austrália. Cerca de 86% consideravam-se “satisfeito” ou “moderadamente satisfeito”. Os fatores associados a alto nível de satisfação foram ter uma boa rede de apoio no trabalho, os doentes não terem expectativas irreais e terem possibilidade de tirar folgas. Ser novo, ou estar próximo da reforma, ter perceção de boa saúde e alto rendimento familiar também foram associados a alto nível de satisfação (Joyce, Schurer, Scott, Humphreys, & Kalb, 2011).

Um inquérito nacional, em Inglaterra, revelou que a alta carga de trabalho e as reformas no SNS estavam relacionadas com insatisfação. As características pessoais e da prática profissional explicaram uma pequena parte da satisfação profissional mas, esta foi considerada um fator importante para a decisão de aposentação dos Clínicos Gerais ingleses (Sibbald, Bojke, & Gravelle, 2003)

A satisfação profissional dos médicos de Clínica Geral noruegueses foi considerada elevada, 52,6 pontos em 70 (Nylenna, Gulbrandsen, Forde, & Aasland, 2005). Esse nível

de satisfação estava associado à possibilidade de utilizar as suas competências, ao trabalho em equipa e à liberdade de escolher o seu método de trabalho. Em 2010, o nível de satisfação manteve-se elevado num estudo efetuado a todos os médicos noruegueses, 53 pontos em 70 (Nylenna & Aasland, 2010). A satisfação no trabalho aumentou com a idade, com a perceção de estar atualizado e de poder ter um *part-time*. As longas horas de trabalho foram associadas, negativamente, com a satisfação no trabalho. A satisfação com a vida em geral também era alta e em linha com a população norueguesa.

Noutro estudo, apenas com médicos de clinica geral holandeses, a satisfação no trabalho estava relacionada com a diversidade de trabalho, as relações e o contacto com os colegas, e estar envolvido no ensino de estudantes de medicina. A diminuição do rendimento, muitas horas de trabalho, sobrecarga de trabalho, trabalho administrativo, e a falta de reconhecimento estavam associados a diminuição da satisfação no trabalho (Van Ham, Verhoeven, Groenier, Groothoff, & De Haan, 2006).

Em Espanha, um estudo realizado com médicas e enfermeiras, com as mulheres a representarem 2/3 da amostra, encontrou-se uma média de satisfação global de 6,7/10 e as mulheres mais satisfeitas que os homens, com 6,9 e 6,4, respetivamente. Os profissionais dos centros urbanos apresentavam um risco mais elevado de insatisfação que os rurais. Estavam associados à satisfação, a formação profissional (o mais valorizado) seguido das questões económicas e as relacionadas com a pressão do trabalho. Não foram encontradas diferenças entre as duas profissões, no entanto, outros estudos identificam diferenças de nível de satisfação entre grupos profissionais, sendo os médicos mais satisfeitos que os enfermeiros e estes mais que o pessoal da manutenção (Kvist et al., 2013). Concluiu-se que a satisfação no trabalho pode ser considerada uma das dimensões da gestão da qualidade nos CSP, com impacto sobre a qualidade dos serviços (Perez-Ciordia, Guillen-Grima, Brugos, & Aguinaga, 2013).

Os estudos sobre satisfação profissional são mais incidentes nos médicos e enfermeiros e escassos no pessoal auxiliar. Um estudo na Alemanha (Goetz et al., 2013) que envolveu 1158 ajudantes técnicas, em clinica geral, com o objetivo de avaliar a satisfação profissional e verificar a sua associação com as características da equipa e a cultura na prática geral das organizações, verificou que estavam mais satisfeitas com os colegas de trabalho (6,3 numa escala que vai de 1 a 7) e menos satisfeitas com a remuneração (4,62/7). O maior índice de satisfação estava associado à cultura organizacional, nomeadamente, ao bom ambiente de trabalho (4,19/5), oportunidades de sugerir (4,09/5) e às responsabilidades atribuídas na equipa (4,26/5).

No setor da saúde, em Portugal, o tema “Satisfação Profissional” tem sido abordado com frequência, sobretudo nas dissertações de mestrado e teses de doutoramento, mas são poucos os artigos publicados nas revistas científicas portuguesas.

Através de uma pesquisa no Índice das Revistas Médicas Portuguesas, que reuniu desde 1992 cerca de 32.000 artigos de 162 revistas nacionais, foi possível encontrar apenas cinco estudos sobre satisfação profissional, no âmbito do setor da saúde.

Um dos primeiros estudos, abordando a satisfação profissional, dos médicos da carreira de clínica geral portugueses foi elaborado por Vieira, Viegas, e Furtado (1995), onde se verificou que 72,7% se consideraram “insatisfeito” e “muito insatisfeito”. Quando questionados quanto à intenção de mudança, 17% afirmaram que mudariam de distrito, 37% de Centro de Saúde (CS) e 44% de carreira. Segundo os autores, a insatisfação estava relacionada com a remuneração, o comportamento dos utentes, o trabalho burocrático, a falta de participação na decisão da gestão, a intervenção das organizações representativas da classe e, por fim, com o equipamento. A satisfação estava relacionada com o estatuto profissional, a possibilidade de formação e a relação entre médicos.

A avaliação da satisfação profissional dos Clínicos Gerais da ARS Norte, feita por Hespanhol, Pereira, e Pinto (2000) concluiu que 47% se consideraram insatisfeitos. A insatisfação foi relacionada com a remuneração (82%), as tecnologias utilizadas (82%), o pouco reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho (60%), o modo de gestão (57%), a monotonia do seu trabalho (55%), as possibilidades que têm para ajudar os utentes e as horas de trabalho (53%). O mesmo autor desenvolveu, em 2008, um estudo de satisfação num CS com 32 profissionais, médicos e enfermeiros, tendo verificado que 100% dos médicos e 90% dos enfermeiros se declararam “completamente satisfeito”, “muito satisfeito” ou “satisfeito” com o trabalho na sua globalidade (Hespanhol, 2008).

Tendo por objetivo a construção e a subsequente aplicação de um instrumento para medir o grau de satisfação dos profissionais de enfermagem, Ferreira (1996) realizou um estudo num hospital pediátrico, com 109 profissionais. Sentiam pouca satisfação com o trabalho 68% dos profissionais de enfermagem inquiridos. Em relação à qualidade de alguns fatores relacionados com o trabalho, foram considerados de “mau” a remuneração, por 60% dos profissionais, as condições estruturais, por 67%, os incentivos (bolsas de estudo, subsídios de deslocação, regalias sociais, serviços de saúde do pessoal), por 83% e as perspetivas de progressão na carreira, por 63%.

Em quatro centros de saúde do ACeS Baixo Vouga, Santana e Cerdeira (2011) desenvolveram uma investigação, que envolveu 204 profissionais, 48% do total do ACeS. Verificaram que as dimensões “características das tarefas”, “autonomia” e “ambiente de

trabalho”, foram as que mais contribuíram para a satisfação no trabalho dos médicos. Os “colegas de trabalho”, as “relações dentro da organização”, o “desenvolvimento pessoal e profissional e a promoção” e “ambiente de trabalho”, foram as variáveis que explicaram a satisfação dos enfermeiros. Para os assistentes técnicos, foram o “ambiente de trabalho”, o “desenvolvimento pessoal e profissional e a promoção”, as “características das tarefas” e a “autonomia” que explicaram a satisfação. O fator “remuneração” não apresentou associação com a satisfação no trabalho, em nenhum dos setores profissionais estudados.

Num estudo realizado em 2008, sobre satisfação profissional nas USF criadas até novembro desse ano, avaliou-se a satisfação dos profissionais relativamente a diversos fatores relacionados com o trabalho, utilizando o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP). Concluiu-se que era de 72,2% o nível de satisfação com a qualidade da USF como local de trabalho (política de recursos humanos, moral e recursos tecnológicos e financeiros), de 77,6% com a qualidade da prestação dos cuidados (atendimento, coordenação dos cuidados, capacidade dos profissionais, sensibilidade, condições das instalações, informações e custos dos cuidados) e de 81,1% com a melhoria contínua da qualidade (melhoria da qualidade, bem à primeira vez, conhecimentos sobre qualidade, ambiente de trabalho, diminuir desperdício, partilha de ideias, orgulho da profissão e expectativas na qualidade) (Ferreira & Antunes, 2009). Não foi feita a avaliação da repercussão dos fatores estudados na satisfação profissional global.

Em suma, os níveis de satisfação dos profissionais de saúde, nos estudos consultados, variam entre os diferentes países, entre os setores profissionais e ao longo do tempo. Os Clínicos Gerais noruegueses encontram-se entre os mais satisfeitos com a profissão, numa clara vantagem sobre todos os outros, com uma média de satisfação de 53 pontos, em 70 possíveis, em linha com a população geral do país (Nylenna & Aasland, 2010).

Em Portugal, a satisfação profissional dos médicos é muito díspar, nos estudos disponíveis. Vieira et al. (1995) constataram que 72,7% de Clínicos Gerais se encontravam, “insatisfeito” e “muito insatisfeito” devido à remuneração, comportamento dos utentes, trabalho burocrático e à falta de participação na decisão da gestão e ao equipamento. Por outro lado, Hespanhol et al. (2000), sobre os Clínicos Gerais da ARS Norte, concluiu que 47% se consideraram insatisfeitos, sendo essa insatisfação relacionada, sobretudo, com a remuneração (82%) e as tecnologias utilizadas (82%). Ferreira (1996), num estudo com enfermeiras encontrou insatisfação em 68% dos profissionais inquiridos, estando essa insatisfação relacionada com a remuneração, condições estruturais, os incentivos e as perspetivas de progressão na carreira. Mais recentemente, Ferreira e Antunes (2009), num

estudo realizados em USF, encontraram um nível de satisfação elevada com a qualidade da USF como local de trabalho (72,2%), com a qualidade da prestação dos cuidados (77,6%) e com a melhoria contínua da qualidade (81,1%).

A garantia da qualidade em saúde é uma das missões assumidas pelo Ministério da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, que adota a “Qualidade clínica e organizacional”, como uma prioridade estratégica no seio da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (DQS, 2013). A satisfação profissional, por um lado, está associada à qualidade do trabalho executado e, por isso, deve ser considerada uma das suas variáveis (Cabrita & Perista, 2006; Vieira et al., 2004), por outro pode interferir com a saúde mental e física dos trabalhadores (Cooper & Faragher, 2013; Faragher et al., 2005; Scheurer et al., 2009) e tem implicações na produtividade das organizações. Conhecer a “Satisfação Profissional” dos profissionais das USF da ARS Centro e os seus fatores condicionantes, justifica a realização do estudo a que nos propomos e justifica o nosso interesse e investimento em procurar identificar e intervir sobre as variáveis que poderão influenciar a satisfação e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços e o desempenho da organização.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Cuidados de Saúde Primários (CSP)

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), em Portugal, enquanto sistema de prestação de cuidados à população, tiveram o seu início em 1971. Foram criados Centros de Saúde (CS), também conhecidos por CS de “primeira geração”, cuja principal função era, a vacinação, a vigilância da saúde da grávida e da criança, a saúde escolar e as atividades de autoridade sanitária, ou seja, eram unidades dedicadas à prevenção da doença e acompanhamento de grupos de risco. A medicina curativa desenvolvia-se nos postos médico-sociais das Caixas de Previdência (Branco & Ramos, 2001). Estes dois tipos de serviços agiam de forma complementar e permitiram que os indicadores de avaliação relacionados com a saúde materno-infantil e incidência das doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação tivessem uma evolução muito favorável.

Contudo, o conceito de CSP surgiu da Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata, onde foram definidos como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação” (*Declaration of Alma-Ata*, 1978).

Através da implementação de uma rede de CS, que cobria a totalidade do país, Portugal foi um dos primeiros países a adotar a abordagem integrada dos CSP (Sakellarides, 2001).

Os CSP são considerados o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde (ERS, 2009), não só quando esta está doente, mas também enquanto saudável, tendo como pressuposto a prevenção da doença (Campos, 2008).

A junção dos CS de “primeira geração” com os Serviços Médico-Sociais, também conhecidos por “Caixas”, aconteceu em 1983 (Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009). A nova estrutura herdou todo o património físico e humano das duas instituições e associou um novo elemento, os médicos da carreira de Clínica Geral (Branco & Ramos, 2001). Eram os CS de “segunda geração”. Esta integração aconteceu de forma administrativa, renomeando as estruturas existentes, na esperança que os profissionais transformassem esta nova estrutura nos “verdadeiros” CS. Favoreceu a identidade dos médicos de Clínica Geral, mas o excesso de normativismo, e a relação distante das sub-regiões e administrações regionais de saúde, levou à desmotivação dos profissionais e à

consequente diminuição da capacidade de resposta em satisfazer as necessidades de saúde da comunidade (Miguel & Sá, 2010).

Na segunda metade da década de 90, foram surgindo iniciativas experimentais e “projetos-piloto” que abriram o caminho para uma nova reorganização dos serviços, não com base em normativos, mas na experiência de projetos de sucesso. O projeto “Alfa”, que surgiu em 1996, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, foi a primeira experiência que pretendia proporcionar alguma autonomia no seio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo como contrapartida a melhoria no acesso e na qualidade (Ministério da Saúde, 2004). Este projeto lançou as bases para a discussão do desempenho poder refletir-se no sistema retributivo, de forma a distinguir o mérito. Deu origem ao Regime Remuneratório Experimental (RRE), dos Médicos de Clínica Geral, assente no princípio de que a remuneração estaria dependente da quantidade e qualidade do desempenho (Decreto-Lei n.º 117/98, 5/5/1998). No mesmo período surgiram os sistemas de informação, ainda de forma rudimentar, que permitiam a efetivação da remuneração pelo desempenho (Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009).

Criação das unidades de saúde familiares (USF)

Com a publicação do Decreto-Lei (DL) 157/99 (10/5/1999), que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, foi consagrada uma matriz organizativa dos CS com base em unidades de saúde familiar (USF), os CS de “terceira geração”. Apesar da publicação desse diploma legal, todo o processo de reforma que se vinha a desenvolver, desde o início da década de 90, parou no final de 1999. Esta filosofia de organização dos CSP foi interrompida formalmente com a publicação do DL n.º 60/2003 (1/4/2003) e substituída, no mesmo diploma, por outra que girava em torno da propriedade dos CS, que passavam a ser públicos, privados ou cooperativos. Este tipo de organização também não chegou a ser implementado.

Em 2005, através do DL n.º 88/2005, (3/6/2005), reiniciou-se a reforma do CSP, com a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003 (1/4/2003) e a reprivatização do Decreto-Lei n.º 157/99 (10/5/1999). Foi criado, também, um grupo de trabalho técnico com o objetivo de identificar medidas operacionais tendentes à criação de um novo diploma legal.

O grupo Missão para os Cuidados de Saúde Primários foi o responsável pela elaboração e implementação das medidas que tinham como principal objetivo centrar o SNS nos CSP, através da reorganização dos CS e da implementação das USF.

A criação das USF iniciou-se em 2006 com a cobertura legal do Despacho Normativo 9/2006 (16/2/2006) e, depois, através do Decreto-Lei nº 298/2007 (12/8/2007), que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime

de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

Este modelo de unidades de saúde, USF, baseia-se em pequenas equipas, constituídas por médicos, enfermeiros e secretárias clínicas, em que os profissionais se organizam, de forma voluntária, sendo-lhes exigido o cumprimento de um plano de ação. Contratualizaram, até 2009, com o Departamento de Contratualização da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), um conjunto de 20 indicadores para a Carteira Base de Serviços e um indicador por cada atividade desenvolvida no âmbito de Carteira Adicional de Serviços (Afonso, 2010).

Em 2008 procedeu-se a uma profunda reestruturação dos CSP (Decreto-Lei n.º 28/2008, 22/2/2008). Os CS foram extintos como unidades prestadoras de cuidados de saúde. A junção de vários CS deu lugar aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) constituídos por unidades de prestação de cuidados e serviços: a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP); a Unidade de Saúde Pública (USP); a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Mantiveram-se as USF.

A criação dos ACeS permitiu que a contratualização, que era feita entre as ARS e as USF, se desenvolvesse entre as USF e os ACeS, desde 2010.

Os ACeS passaram a contratualizar diretamente com as USF, sendo esses princípios de contratualização aplicados às outras Unidades Funcionais (UF), que ainda se continuam a implementar. As USF apresentam a sua candidatura de funcionamento no modelo A. Podem transitar para modelo B quando satisfizerem os requisitos necessários, que se baseiam na concretização dos indicadores contratualizados.

A importância da expansão das USF a todo o território foi reconhecido no memorando de entendimento celebrado entre o Governo Português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, devendo as metas a contratualizar garantir o equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido dos ganhos em saúde, e premiar a excelência dessas unidades (Governo de Portugal, 2011). Nesse sentido, a Portaria nº 377-A/2013 (30/12/2013) veio regular os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

Modelos de desenvolvimento das USF

As USF distinguem-se dos CS, essencialmente, pela contratualização de um compromisso de prestação de serviços à população abrangida, pela autonomia

organizativa, funcional e técnica. O grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico, permitem organizar as USF em três modelos de desenvolvimento (Despacho n.º 24101/2007, 22/10/2007):

- Modelo A: este modelo corresponde a uma fase de aprendizagem do trabalho em equipa e da prática da contratualização interna. Representa uma fase de transição para uma forma de organização mais estruturada. As regras de remunerações são as definidas para a respetiva carreira profissional, em igualdade de circunstâncias com os outros profissionais da Administração Pública.
- Modelo B: atinge-se a partir do Modelo A por equipas mais experientes em termos de organização, onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva, com capacidade de contratualização com patamares de desempenho mais exigentes. O regime retributivo reflete a complexidade da organização e a remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.
- Modelo C: modelo experimental a criar no caso de eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS. Abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o CS, mas sem dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa.

USF da ARS Centro

Os cuidados de saúde do SNS geridos pela ARSC estão agrupados na rede hospitalar e na rede de cuidados de saúde primários. Dos 84 CS, incluídos na rede de cuidados de saúde primários da Região de Saúde do Centro, 20 estão integrados nas Unidades Locais de Saúde (ULS) de Castelo Branco e da Guarda e 64 nos ACeS (ARSC, 2013).

Com a entrada em vigor da Portaria n.º 394-A/2012 (29/11/2012), a ARSC passou a abranger seis ACeS: Baixo Mondego; Baixo Vouga; Cova da Beira; Dão-Lafões; Pinhal Interior Norte; Pinhal Litoral. Compreende, ainda, a ULS da Guarda, criada em 1 de outubro de 2008, e a ULS de Castelo Branco, criada em 1 de janeiro de 2010 (ARSC, 2013).

Os ACeS, criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 (22/2/2008), como modelo organizativo e de gestão da rede de cuidados de saúde, são providos de autonomia administrativa. São constituídos pelas seguintes unidades funcionais: Unidades de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP).

Em 31 de janeiro de 2014, no âmbito da ARSC, encontravam-se em atividade 47 USF, estando 32 a funcionar em modelo A e 15 em modelo B. Estavam ao serviço nestas unidades 855 profissionais, sendo 303 médicos, 305 profissionais de enfermagem e 247 secretários clínicos.

2.2. Satisfação profissional

Assistimos, atualmente, a grandes modificações no mundo do trabalho, tanto no que se refere à sua organização, como à sua natureza, com o desaparecimento de algumas profissões, o surgir de outras, as formas inovadoras de organização do trabalho e o papel cada vez mais importante das novas tecnologias. Enquanto alguns não conseguem trabalho, outros têm que trabalhar durante mais tempo.

O trabalho ocupa um lugar importante na sociedade já que é nele que passamos grande parte da vida. A satisfação e a motivação com que o encaramos têm repercussão direta na vida de cada cidadão e pode tornar agradável, ou não, uma rotina diária que se repete durante a idade ativa.

A avaliação da satisfação profissional, no setor da saúde, está prevista na Lei de Bases da Saúde desde 1990, passando a ser um dos critérios de avaliação do SNS a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização (Lei n.º 48/90, 24/8/1990).

Os estudos mais recentes demonstram que as características individuais dos trabalhadores e o ambiente físico das organizações têm uma contribuição fraca para a satisfação. Por outro lado, a satisfação parece ser muito sensível ao comprometimento da empresa com os trabalhadores, ou seja, a forma como esta se preocupa com o seu bem-estar e de que forma está disponível para retribuir o investimento por eles aplicado (Siqueira, Tamayo, & Bastos, 2008).

Iremos desenvolver, neste capítulo, o enquadramento teórico da satisfação no trabalho, abordando as definições, as teorias, os modelos e algumas escalas para a sua medição.

2.2.1. Conceito de satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho consiste numa resposta afetiva e emocional individual, resultante da situação perante o trabalho (Locke, 1986). Contudo, as definições sobre satisfação no trabalho são múltiplas, dependendo da perspetiva em que são definidas. É um fenómeno complexo, subjetivo, com variação individual decorrente do individuo *per si*, quer com as situações vividas ou com o decorrer do tempo. Está dependente das forças

interna e externas ao ambiente do trabalho e pode afetar o trabalhador na sua saúde física, mental, comportamento profissional e social, com repercussão na vida pessoal, familiar e na organização onde está inserido (Martinez & Paraguay, 2003).

A satisfação profissional é uma das variáveis do comportamento organizacional que pode ser abordada pela perspectiva do trabalhador, que considera que a satisfação no trabalho é função do respeito, da saúde psicológica e do bem-estar, ou da perspectiva da organização, em que a satisfação pode levar a ganhos de produtividade, apesar dos estudos mostrarem que a associação entre as duas variáveis não é muito forte (Alcobia, 2001). Ainda de acordo com o mesmo autor, os trabalhadores que melhor desempenham a sua atividade apresentam maiores níveis de satisfação e a insatisfação pode levar ao absentismo e prejudica a vida das organizações.

A satisfação profissional, condição fundamental no trabalho, é entendida como um importante indicador de qualidade de vida (Dormann & Zapf, 2001). Pode ser encarada, segundo Alcobia (2001), por um lado como um estado emocional e por outro, como uma atitude em relação ao trabalho (Tabela 1).

Tabela 1 - Satisfação no trabalho: orientações conceptuais

Autores	Ano	Satisfação no trabalho: orientações conceptuais	
Smith, Kendall e Hullin	1969	Sentimentos ou respostas afetivas relativamente a aspetos específicos de situação laboral	Satisfação como estado emocional, sentimentos ou respostas afetivas em relação ao trabalho
Crites	1969	Estado afetivo, no sentido do gostar ou não, em termos gerais, de uma determinada situação relacionada com o seu trabalho	
Locke	1976	Estado emocional positivo que resulta da perceção subjetiva das experiências no trabalho por parte do empregado	
Price e Mueller	1986	Orientação afetiva positiva para o emprego	
Muchinsky	1993	Resposta emocional ou afetiva em relação ao trabalho	
Newstron e Davis	1993	Conjunto de sentimentos e emoções favoráveis ou desfavoráveis resultantes da forma como os empregados consideram o seu trabalho	
Beer	1964		Satisfação como atitude generalizada em relação ao trabalho
Salancik e Pfeffer	1977		
Harpaz	1983	Atitude generalizada em relação ao trabalho, atendendo a três componentes: cognitiva, afetiva e comportamental	
Griffin e Bateman	1986		
Arnold, Robertson e Cooper	1991		

Fonte: Alcobia, P. (2001), p. 290. (adaptado)

A satisfação profissional, como um estado emocional, um sentimento ou uma resposta afetiva em relação ao trabalho, resulta da avaliação que o individuo faz do seu trabalho tendo em consideração a forma como este preenche o seu ideal de valores para o emprego (Martinez & Paraguay, 2003). A resposta afetiva incorpora fenómenos pouco específicos que podem incluir as preferências, os estados de ânimo e as emoções (Alcobia, 2001).

Enquanto atitude generalizada, em relação ao trabalho, considera a satisfação no âmbito das atitudes perante o trabalho, ou seja a disposição para agir segundo a informação e a emoção. Engloba duas componentes: cognitiva relacionada com o entendimento que o individuo faz do seu trabalho em termos de opinião; afetiva relacionada com a forma como o trabalhador se sente em relação ao trabalho (Martinez & Paraguay, 2003). Segundo esta teoria a satisfação depende daquilo que o individuo sente e da opinião que tem em relação ao trabalho.

Dimensões de satisfação no trabalho

Alcobia (2001) distingue duas dimensões da satisfação no trabalho, independentemente das orientações conceptuais. Uma, unidimensional, em que a satisfação é entendida como uma atitude em relação ao trabalho, a outra, multidimensional, considera a satisfação dependente de múltiplos fatores associados ao trabalho, sendo possível medir a satisfação em relação a cada um deles.

Existem vários autores que defendem o caracter multidimensional. Alcobia (2001) identifica as seguintes dimensões de satisfação: a chefia; a organização; os colegas de trabalho; as condições do trabalho; a progressão na carreira; as perspetivas de promoção; a recompensa salarial; os subordinados; a estabilidade do emprego; a quantidade de trabalho; o desempenho pessoal; intrínseca geral. No entanto, Locke (1986) identifica nove dimensões, entre as quais se incluem os colegas de trabalho, a supervisão, as possibilidades de promoção e as tarefas a serem realizadas.

Para Tamayo (2000), é uma variável multifatorial, constituída por dimensões como o salário, os colegas, a supervisão, as oportunidades para promoção, os benefícios, as condições de trabalho, o progresso na carreira, a estabilidade no trabalho, o desenvolvimento pessoal e a quantidade de trabalho.

Não está claro se a satisfação perante o trabalho é uni ou multidimensional, mas existe evidência da relação entre satisfação e algumas áreas de trabalho e o nível de satisfação depende de condições relacionadas com fatores individuais, sociais, culturais, organizacionais e ambientais. Estes fatores podem afetar a satisfação perante o trabalho, em determinadas circunstâncias, mas não necessariamente perante outras situações (Mullins, 2004).

Para Alcobia (2001), em termos de síntese, para definir satisfação no trabalho é necessário considerar dois aspetos, os processos psicológicos que constituem a experiência subjetiva da satisfação, como as atitudes, e as características associadas ao trabalho que dão origem às experiências subjetivas de satisfação.

2.2.2. Modelos explicativos da satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho tem sido estudada sobre diferentes perspectivas teóricas, no sentido da sua compreensão. Os primeiros estudos sobre satisfação profissional ocorreram na década de 30 do século XX, (Martinez & Paraguay, 2003), quando as teorias de Taylor, sobre a organização do trabalho, começaram a ser criticadas pelo modelo humanista (Gomes, 1992).

A obra de Frederick Taylor, *The Principles of Scientific Management*, de 1911, preconizava uma seleção científica do trabalhador, que executava as tarefas que melhor se adaptavam às suas características. Trabalhava o máximo e recebia uma recompensa salarial relacionada com a sua produção, devendo sentir-se realizado no papel de produtor e consumidor de bens e serviços, motivado pelo grau de satisfação que obtivesse no trabalho (Ferreira, Neves, & Caetano, 2001) e pela cooperação entre os operários e os gestores. Em certa medida, ligava a satisfação à compensação monetária recebida.

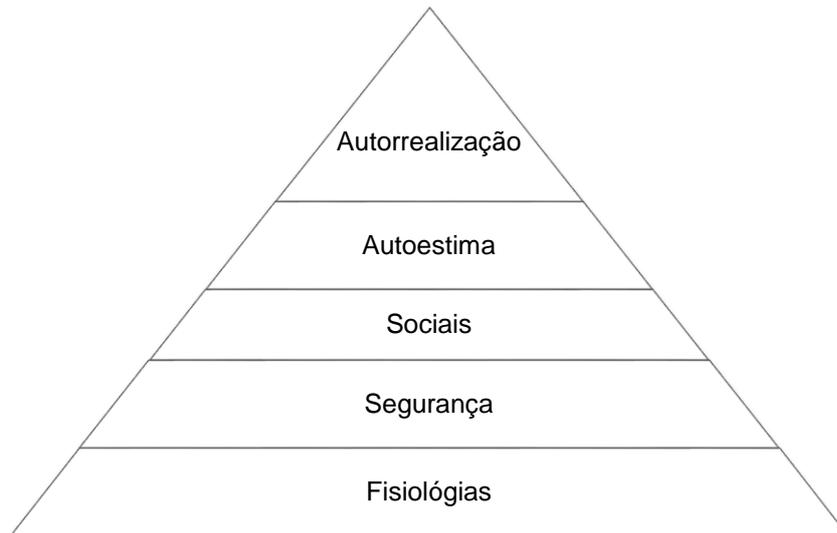
Esta filosofia da relação com o trabalho, muito desumanizada, deu lugar a outra, a humanista, que centrava a motivação dos indivíduos não apenas nas razões económicas, mas também nas relações humanas (Gomes, 1992). Tendo por base os estudos de *Hawthorne*, e outros defensores das relações humanas, demonstrou-se que as pessoas estão motivadas para trabalhar, a fim de satisfazer um conjunto de necessidades complexas dando importância à satisfação das necessidades psicológicas e sociais, às normas e valores do grupo de trabalho e ao tipo de liderança (Mullins, 2004). O fator humano foi considerado relevante, na observação de *Hawthorne*, destacando uma maior satisfação no trabalho e eficiência nas organizações quando os seus membros são reconhecidos e participam nas decisões sobre a organização do trabalho. Contrariamente a Taylor, trata-se de valorizar a motivação tendo como base a recompensa social e as relações informais do grupo em vez da recompensa financeira (Mullins, 2004).

A Escola do Desenvolvimento, com os estudos de *Herzberg*, *Mausner* e *Snyderman*, defendia que a satisfação dos trabalhadores dependia da natureza das tarefas e do trabalho, como fator determinante, e da perceção do seu papel e das possibilidades de desenvolvimento que esse papel pode proporcionar (Gagné & Deci, 2005). Na sequência dos estudos efetuados, *Herzberg* apresenta a teoria dos dois fatores, um que contempla a satisfação e outro que considera a insatisfação.

A teoria de Maslow (1943) relaciona a satisfação profissional com o modo como as características do trabalho respondem às necessidades individuais de cada trabalhador e procura compreender os mecanismos que levam o trabalhador a agir. Identifica cinco níveis de necessidades (Figura 1): fisiológicas (ar, comida, repouso, abrigo, fome, sede, sexo);

segurança (proteção contra o perigo ou privação); sociais (amizade, inclusão em grupos); autoestima (reputação, reconhecimento, autorrespeito, amor); autorrealização (realização do potencial, utilização plena dos talentos individuais e atualização pessoal).

Figura 1- Pirâmide das necessidades da Maslow



Fonte: Kenrick, Griskevicius, Neuberg, & Schaller (2010) (Adaptado)

Estas necessidades estariam organizadas segundo uma pirâmide hierárquica de prioridades. Cada necessidade serve de motivação para a ação, no sentido da sua realização, só surgindo a necessidade de ordem superior quando as de ordem inferior estiverem realizadas. Sendo assim, uma necessidade satisfeita conduzirá a nova insatisfação com o aparecimento de uma nova necessidade, ou seja, uma necessidade satisfeita não representa um fator motivacional (Ferreira et al., 2001).

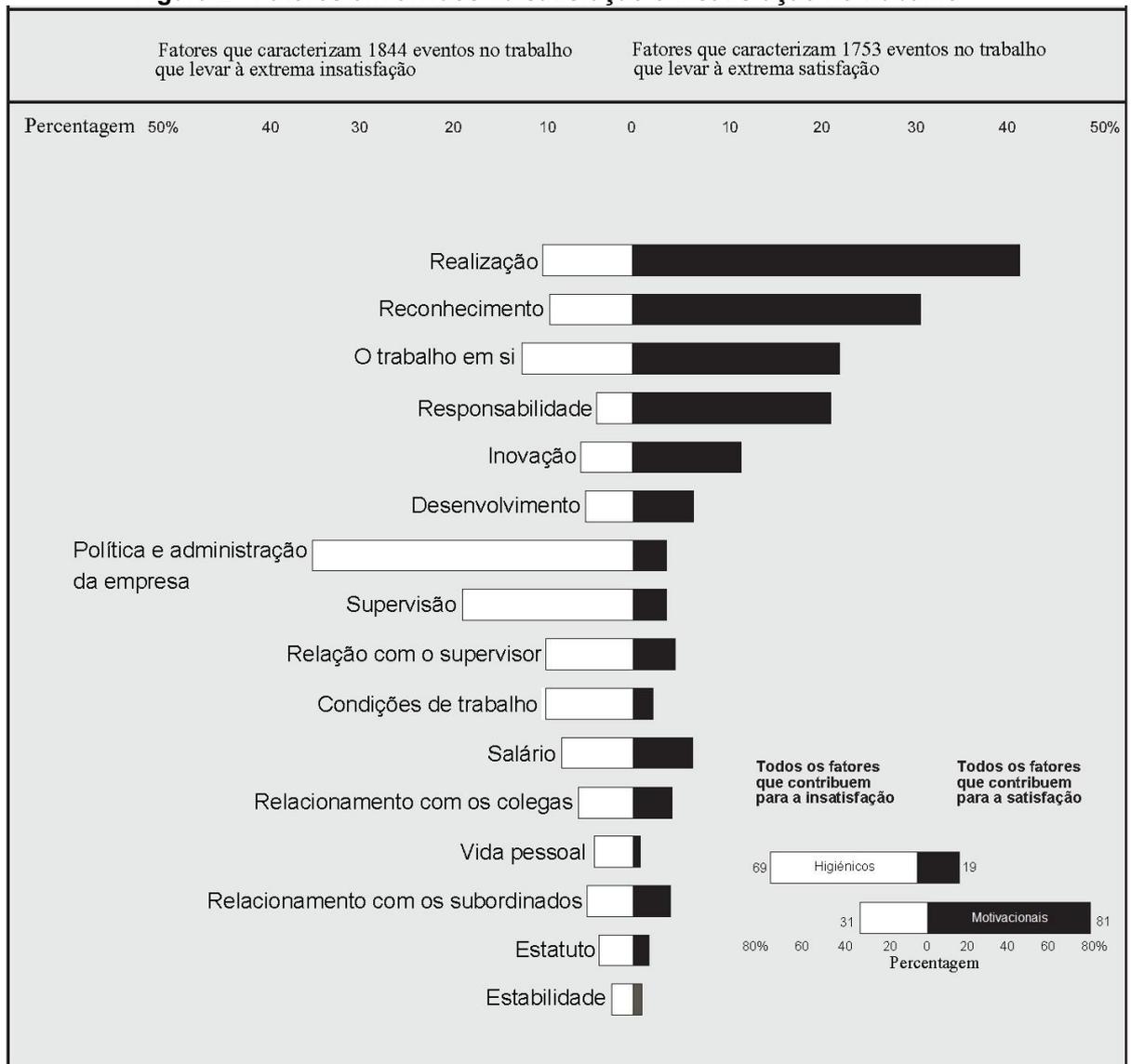
Estas teorias iniciais deram origem a inúmeros estudos e estas a um conjunto alargado de teorias explicativas, das quais abordaremos: a teoria dos fatores higiênicos e motivacionais; o modelo das características da função; a teoria da adaptação ao trabalho; a teoria da discrepância; o modelo da satisfação das facetas; a abordagem situacional; o modelo dinâmico da satisfação no trabalho

Teoria dos fatores higiênicos e motivacionais

Herzberg (1966) desenvolveu a teoria dos fatores higiênicos e motivacionais, também conhecida pela teoria dos dois fatores. Um, contempla a satisfação e, o outro, a insatisfação. Segundo esta teoria, a satisfação dos trabalhadores depende da natureza das tarefas e do trabalho, como fator determinante, e da perceção do seu papel e das possibilidades de desenvolvimento que esse papel pode proporcionar (Alcobia, 2001; Gagné & Deci, 2005; Herzberg, 2003). Os fatores que provocam insatisfação, também

chamados higiénicos, ou de contexto, são de carácter extrínseco, como por exemplo a remuneração, as condições do trabalho e a sua organização, e o relacionamento com as chefias. Estes fatores não produzem satisfação; apenas ajudam a evitar a insatisfação. Os fatores intrínsecos ao trabalho como o conteúdo, o reconhecimento, a responsabilidade e a promoção conduzem ao aumento da satisfação (Herzberg, 2003) (Figura 2). Da conjugação dos fatores, a satisfação não varia de muito satisfeito a muito insatisfeito (Alcobia, 2001), mas a conjugação de ambos pode provocar ou evitar a satisfação, considerando-se que o oposto da satisfação profissional não é a insatisfação, mas a ausência de satisfação (Souza, Reche, & Sachuk, 2013). Os fatores extrínsecos estariam ligados à decisão de permanecer na empresa (Gomes, 1992) e os intrínsecos à decisão de produzir (Sarathy & Barbosa, 1981).

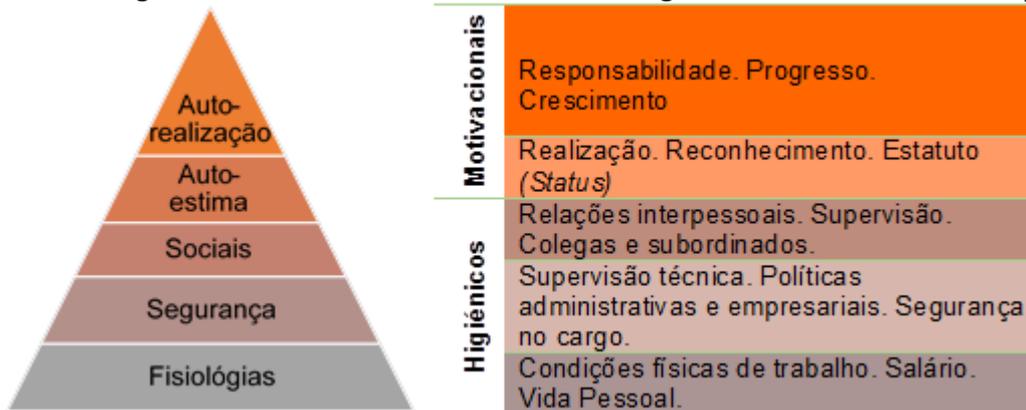
Figura 2 - Fatores envolvidos na satisfação e insatisfação no trabalho



Fonte: Herzberg (2003), p. 8 (Adaptado)

Herzberg enquadra os fatores relacionados com o contexto do trabalho, ou higiénicos, nos níveis inferiores da hierarquia de Maslow e os fatores relacionados com o conteúdo do trabalho (motivacionais) nos níveis superiores da hierarquia de Maslow. Assim, os modelos de Herzberg e de Maslow têm pontos em comum (Figura 3), podendo originar uma teoria mais ampla do comportamento (Chiavenato, 1987).

Figura 3 - Modelos de Maslow e de Herzberg sobre as teorias da motivação



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

A teoria dos dois fatores não é consensual e, por isso, foi alvo de muitas críticas (Bueno, 2002), havendo estudos posteriores que apresentaram conclusões diferentes e não confirmaram a dicotomia da abordagem (Alcobia, 2001).

Modelo das características da função

O modelo de Hackman e Oldham (1980), modelo das características da função, baseia-se no pressuposto de que a satisfação no trabalho resulta das características do trabalho executado. Neste modelo tem-se como pressuposto que os trabalhadores podem ser motivados pela satisfação intrínseca que resulta do desempenho das tarefas, ou seja, estas podem ser motivantes ou desmotivantes, em função das suas características.

De acordo com o descrito na Figura 4, as características do trabalho (variedade de aptidões, identidade da tarefa, o significado da tarefa, autonomia na função e *feedback*) influenciam o estado psicológico dos indivíduos e este influencia os resultados (motivação no trabalho, qualidade, satisfação e desempenho). As características centrais do trabalho podem induzir três estados psicológicos diferentes: significado que atribui ao trabalho, sentido de responsabilidade e conhecimento dos resultados (Alcobia, 2001). Este modelo contempla uma variável moderadora entre as características da função e a satisfação, as necessidades de desenvolvimento do indivíduo, que prevê que

indivíduos que procuram desafios e revelam mais interesse no trabalho estão mais satisfeitos e motivados.

Figura 4 – Modelo das características da função



Fonte: Alcobia (2001), p. 293 (Adaptado)

Teoria da adaptação ao trabalho

A teoria da adaptação ao trabalho, proposta por Dawis, England, e Lofquist (1964), admite que a motivação no trabalho é influenciada pelo grau de correspondência entre as necessidades da pessoa e a possibilidade de satisfação dessas necessidades, no contexto do trabalho. Os trabalhadores procuram trabalho que favoreça a satisfação de objetivos pessoais, de modo a alcançar mais resultados e a sentirem-se mais realizados.

A satisfação, de acordo com a Teoria da adaptação ao trabalho, relaciona-se com as necessidades do indivíduo e com a possibilidade de realizar os objetivos pessoais no trabalho. A motivação está relacionada com o sentimento do trabalhador conforme haja, ou não, relação positiva entre as necessidades individuais e a possibilidade de as concretizar (Alcobia, 2001).

Teoria da discrepância

A teoria da discrepância, descrita por Locke (1969), defende que a satisfação depende do grau de concordância entre os valores e necessidades do indivíduo e o que ele pode obter no trabalho. Quanto maior for essa discrepância, menor a satisfação. A intensidade desta relação também está relacionada com a hierarquia dos valores e necessidades do indivíduo. A obtenção de valores importantes está relacionada com grande satisfação e a obtenção de valores sem importância não está associada a satisfação.

A satisfação no trabalho tem que ser analisada segundo as várias dimensões do trabalho e a satisfação global será a conjugação da satisfação dessas dimensões. Locke (1984), citado por Martinez e Paraguay (2003), refere que é muito diverso o que os diferentes indivíduos pretendem de um mesmo trabalho, mas que existem grandes semelhanças entre os fatores causais de satisfação no trabalho, e identifica dois grandes grupos: um que denomina de eventos e condições (trabalho em si, pagamento, promoção, reconhecimento, condições de trabalho e ambiente de trabalho); outro a que chama de agentes (colegas e subordinados, supervisão e gerenciamento, empresa/organização).

Modelo da satisfação das facetas

O modelo desenvolvido por Lawler (1973) considera que a satisfação no trabalho resulta do nível de discrepância entre a percepção do que o trabalhador acha que deve receber como recompensa pelo trabalho e aquilo que realmente recebe. Aquilo que merece receber resulta da comparação entre as suas qualificações e contribuições e os requisitos da função, bem como da relação percebida entre as contribuições e a recompensa de outro trabalhador tido como referência. Verifica-se, assim, um processo de comparação intrapessoal e outro interpessoal (Alcobia, 2001).

Da comparação entre a contribuição e a recompensa podem surgir três situações: satisfação, quando a recompensa esperada coincide com a recebida; insatisfação, quando a recompensa recebida é inferior à esperada; sentimento de culpa, quando a recompensa recebida é superior à esperada.

Em qualquer das situações, trata-se de um processo de gerir expectativas entre recompensa esperada e recebida, admitindo-se que a satisfação é tanto maior quanto menor a essa discrepância.

Abordagem situacional

A abordagem situacional dá importância aos fatores situacionais como determinantes da satisfação no trabalho. Este tipo de abordagem inclui a Teoria do Processamento Social da Informação e a Teoria dos Eventos Situacionais (Quarstein, McAfee, & Glassman, 1992).

A teoria do Processamento Social da Informação enfatiza os efeitos do contexto social e as consequências de escolhas passadas. As atitudes e as necessidades formam-se com base na informação social disponível, informação sobre o seu comportamento no passado e, ainda, tendo em conta a opinião dos outros (Salancik & Pfeffer, 1978). Dependem essencialmente de três fatores: 1) percepções individuais e a avaliação afetiva da situação de trabalho; 2) contexto social que fornece as atitudes consideradas

adequadas; 3) percepção que o indivíduo tem acerca das razões que o conduziram a determinados comportamentos no passado.

A teoria dos eventos situacionais refere que a satisfação no trabalho resulta, por um lado, das características situacionais, como a remuneração, a possibilidade do desenvolvimento pessoal, as condições do trabalho e as políticas da empresa, que podem ser avaliadas mesmo antes do início do trabalho e, por outro, dos eventos situacionais. Os eventos situacionais só podem ser avaliados após o início do trabalho e, nesta situação, pode encontrar situações favoráveis ou desfavoráveis (Alcobia, 2001; Quarstein et al., 1992).

Assim, Quarstein et al. (1992) elaboraram esta teoria para tentar responder às seguintes situações: a) por que motivo trabalhadores com situações perante o emprego muito favoráveis, como o salário e perspectivas de promoção, têm baixa satisfação?; b) trabalhadores com trabalho semelhantes e com recompensa semelhante, na mesma ou em diferentes organizações, têm diferentes níveis de satisfação?; c) por que mudam os níveis de satisfação ao longo do tempo quando as condições do trabalho permanecem estáveis?.

Os autores verificaram que as características do trabalho são duradouras e apresentam-se estáveis, mas os eventos situacionais, próprios de cada situação, são transitórios e o trabalhador tem dificuldade em controlar as respostas aos eventos situacionais. Assim, a mudança na satisfação está relacionada com as sucessivas respostas emocionais, não controladas, a eventos situacionais, apesar das características do trabalho serem estáveis, ou seja a satisfação no trabalho resulta das respostas emocionais vividas (Quarstein et al., 1992).

Satisfação no trabalho e motivação

A satisfação profissional é, definitivamente, um conceito complexo, distinto do conceito de motivação. No entanto, a motivação pode levar à satisfação (Mullins, 2004). A motivação, palavra tão comumente usada, parece ter um significado consensual, contudo, as múltiplas investigações sobre o tema trouxeram conceitos diferentes e acabaram por realçar algumas divergências.

A motivação varia com a época e com as circunstâncias do indivíduo, podendo proporcionar situações opostas, relativamente ao que é bom hoje e no futuro, ou seja, o que é bom hoje poderá não ser amanhã. Se a motivação está relacionada com o desejo de satisfazer uma necessidade individual (Neves, 2001), a satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade (Martinez & Paraguay, 2003).

A complexidade da motivação no trabalho deu origem a um conjunto variado de teorias explicativas desse processo.

Essas teorias são organizadas por Neves (2001) segundo três critérios: 1) as teorias do conteúdo, onde inclui a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, a teoria dos fatores de Herzberg e a teoria dos fatores de McClelland; 2) as do processo, onde inclui a teoria das expectativas de Vroom e a da equidade de Adams; 3) as teorias do resultado.

Já Mullins (2004) divide as teorias da motivação em teoria do conteúdo e teoria do processo. A do conteúdo, focaliza-se no que motiva e tenta explicar os aspetos específicos que estimulam o trabalhador. Identifica as necessidades das pessoas e os objetivos que pretendem alcançar. O autor inclui neste grupo a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, a teoria dos fatores de Herzberg e a teoria das necessidades de McClelland. A teoria do processo enfatiza o processo motivacional e tenta identificar relações entre as variáveis que constituem a motivação.

A Teoria das necessidades de McClelland, incluída nas teorias do conteúdo, descreve três impulsos básicos, com variação individual, e com capacidade de motivação para o trabalho: a necessidade de realização, a necessidade de poder e a necessidade de afiliação (Neves, 2001). Tenta associar essas características aos cargos a desempenhar.

A necessidade de realização identifica-se com o desejo da excelência e de ser bem-sucedido nos desafios. Os trabalhadores com esta necessidade gostam de assumir responsabilidades, estabelecem objetivos exigentes e assumem riscos calculados e valorizam o *feedback* do seu desempenho. Possuem um comportamento virado para a competitividade e têm um desempenho fraco nas tarefas de rotina.

A necessidade de poder assenta na necessidade de controlar ou influenciar outras pessoas e dominar os meios que lhe permitem exercer essa influência. Os indivíduos com esta necessidade tentam assumir posições de liderança, espontaneamente, preocupam-se com o prestígio e assumem riscos elevados.

A necessidade de afiliação está relacionada com a necessidade de ser aceite pelos outros e fazer amizade. Esta característica torna os indivíduos mais cooperantes que competitivos.

Estas características podem ser apreendidas, no entanto, são semelhantes aos traços de personalidade, são consistentes ao longo do tempo e resistentes à mudança (Neves, 2001; Rodrigues, 2012)

A teoria das expectativas de Vroom, uma das mais aceites na motivação, defende que a força para agir depende da expectativa do resultado e do que esse resultado representa para o indivíduo. Pressupõe que as pessoas conseguem antecipar as

consequências de uma opção e a forma como essas consequências afetam os seus interesses (Martinez & Paraguay, 2003; Rodrigues, 2012).

Segundo Neves (2001), esta teoria assenta em cinco conceitos: 1) os resultados, ou seja, o que a organização retribui ao trabalhador por conta do seu trabalho. Essa retribuição pode ser percebida como positiva (salário, promoção, férias, segurança, realização pessoal), ou negativa (fadiga, frustração, ansiedade, supervisão autocrática); 2) a valência, ou o grau de atratividade que o resultado representa para o trabalhador, que pode ser positivo, se atrativo para o trabalhador, ou negativa, se causa insatisfação. Leva ao direcionar das preferências para determinado resultado; 3) a instrumentalidade, relação percebida entre desempenho e recompensa-metas pessoais, acontece quando determinada meta concretizada permite a concretização de outro objetivo. Quando o trabalhador consegue associar a remuneração ao desempenho, obtém instrumentalidade positiva; 4) a expectativa, a probabilidade de um comportamento levar a um resultado desejado. Em face a várias opções, o trabalhador opta pela mais apropriada para alcançar o objetivo desejado; 5) a força, ou a quantidade de esforço, no interior do indivíduo, capaz de o motivar.

Em suma, esta teoria assenta numa relação entre a produtividade e os objetivos do trabalhador, ou seja, a motivação para produzir e se posicionar no sentido das metas da organização depende dos objetivos do trabalhador e da utilidade que ele reconhece no seu desempenho.

Teoria da equidade, referida por Adams (1965), baseia-se na tese de que os trabalhadores comparam o seu esforço, competência e experiências, bem como a recompensa, em termos de remuneração e reconhecimento, com outros trabalhadores semelhantes. A motivação é influenciada pelas recompensas absolutas e relativas (Neves, 2001).

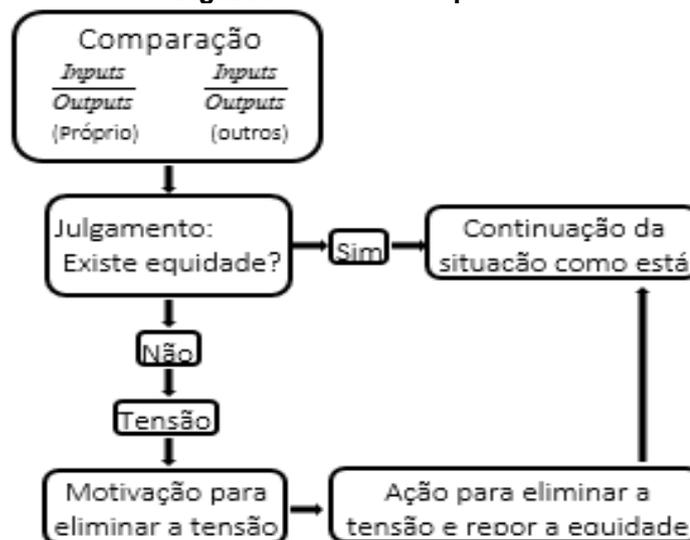
Cria-se uma relação com base nos *outputs* (o que se dá) e *inputs* (o que se recebe) do trabalhador com outro que lhe serve de referência, podendo acontecer: 1) uma igualdade, que percebe a equidade; 2) uma desigualdade, em virtude da referência ter recompensa superior, apesar dos *inputs* serem semelhantes, o que configura iniquidade por defeito; 3) uma desigualdade, por recompensa do trabalhador superior à referência, com *inputs* semelhantes, o que configura uma iniquidade por excesso.

Com base na equidade ou iniquidade percebidas, são geradas tensões, que o trabalhador vai reduzir optando por várias situações. Se a compensação é equilibrada, as contribuições mantêm-se; se estiver acima da recompensa recebida por outros, existe

tendência para aumentar o esforço; se estiver abaixo da compensação recebida por outros, tem tendência a diminuir o esforço ou até abandonar a organização (Neves, 2001).

Em suma, esta teoria aponta para a motivação ser dependente da recompensa e esta pode ser avaliada, em termos de definição de funções, das promoções, do reforço público e da compensação monetária. A fonte de motivação é a iniquidade, pois é ela que provoca a tensão do trabalhador e esta motiva o trabalhador à ação de modo a reduzir essa iniquidade (Rollinson, 2008) (Figura 5).

Figura 5 - Teoria da equidade



Fonte: Rollinson (2008). (Adaptado)

A teoria da fixação de objetivos, atribuída a Peter Drucker (1954), tem por pressuposto que o desempenho pode aumentar, quando existem objetivos definidos, apesar de difíceis, aceites pelos trabalhadores que concentram os seus esforços no seu cumprimento (Neves, 2001).

Este esforço será proporcional à participação dos trabalhadores na fixação dos objetivos e será tanto maior quanto mais desafiantes eles forem. Estudos efetuados em Espanha, Finlândia e na República Checa revelaram que a satisfação no trabalho parece aumentar com a participação dos trabalhadores ou com o envolvimento na organização onde trabalham (Cabrita & Perista, 2006).

A prática da fixação de objetivos vem sendo implementada nas organizações e deve ser entendida como uma função de motivação, mais do que de controlo. Os objetivos deverão ser fixados em conjunto com as chefias e os subordinados. Deve ser previsto um sistema de acompanhamento de modo a corrigir desvios, sendo que a concretização dos objetivos constitui o critério para atribuição de recompensa.

A teoria do reforço, desenvolvida por Skinner em 1954, defende que o comportamento é função das suas consequências, ou seja, o que controla o desempenho são os reforços. Reforço será qualquer estímulo que aumente a probabilidade da ocorrência de determinado comportamento. Os reforços podem ser positivos, se aumentarem a probabilidade da ocorrência do comportamento, ou negativos, se retiram o estímulo em face de um comportamento (Almeida, Lima, Lisboa, Júnior, & Lopes, 2013).

O pressuposto é que a disposição para o trabalho resulta do reforço de comportamentos adequados e do desencorajamento de comportamentos inadequados. O elogio, a remuneração e o incentivo tendem a ser geridos de acordo com o comportamento perante o trabalho (Neves, 2001).

As equipas no contexto das organizações de saúde

O individuo como unidade isolada numa organização deixou de fazer sentido já que o desempenho da organização depende da interação dos indivíduos entre si, enquanto grupo. Neste sentido, o conceito de grupo não é novo, pois o trabalho na organização é sempre resultado do coletivo. O grupo, além de ser uma realidade, pode tornar-se uma mais-valia, porque aumenta a eficácia da organização e a satisfação dos trabalhadores (Passos, 2001).

O conceito de equipa veio substituir o de grupo, considerando-se que a equipa só existe quando os seus membros apresentam uma articulação funcional e procuram sinergias entre si. É importante distinguir os conceitos de equipa mecânica e de equipa orgânica. A equipa mecânica, tem por base a segmentação do trabalho, em que cada profissional executa as suas tarefas, de acordo com as competências do seu grupo profissional, dissociado do controlo do contributo para os objetivos globais da equipa. Na equipa orgânica, cada elemento além de executar as tarefas atribuídas, está implicado na qualidade do resultado obtido, o que pressupõe uma articulação permanente entre as prestações dos diferentes profissionais (Lopes, 2006).

No setor da saúde, as equipas e o trabalho em equipa são o elemento básico de funcionamento, já que o trabalho resulta da participação do coletivo. O Plano Nacional de Saúde incorpora, na “visão para 2016”, os aspetos do trabalho em equipa na formação dos profissionais e relaciona a confiança nas respostas do Sistema de Saúde, com a relação entre o individuo e a equipa de CSP (Ministério da Saúde, 2012). No caso das USF o trabalho em equipa é um pressuposto básico para o seu modelo de desenvolvimento, considerando-se que, nas USF modelo B, o trabalho em equipa é uma prática efetiva (ACSS, 2009). Essa situação é favorecida pelo modo como se constituem as equipas dessas unidades, a afinidade pessoal dos seus membros.

Os trabalhadores não são movidos apenas por objetivos individuais. A motivação pode ser desenvolvida pelo cumprimento das metas da organização e pelas recompensas da equipa. A satisfação no trabalho, de quem trabalha em equipa, é facilmente afetada pela dinâmica criada no interior do grupo, levando a que alguns, por não cumprirem as suas responsabilidades, possam levar à desmotivação e insatisfação dos outros. Assim, o trabalho em equipa envolve, invariavelmente, dependência entre os seus membros (Siqueira et al., 2008).

O funcionamento da equipa depende, também, da identificação do indivíduo com a mesma. Essa identificação ocorre quando as crenças do indivíduo, sobre a organização, se tornam autorreferentes, ou seja, o indivíduo integra aquelas crenças na sua identidade individual. O trabalhador identifica-se com a organização para satisfazer as necessidades de segurança, de afiliação, de autopromoção e da busca de um sentido para a vida. Se na perspetiva individual há ganhos, devido à identificação com a equipa, essa identificação também pode estar relacionada com a motivação e a satisfação no trabalho (Siqueira et al., 2008).

A qualidade da organização e o trabalho em equipa são considerados um dos melhores incentivos para a satisfação profissional (Santos et al., 2007a; Santos et al., 2007b) .

2.2.3. Medição de satisfação

A medição da satisfação no trabalho realiza-se, geralmente de forma direta, através da aplicação de questionários que permitem colher informação sobre a perceção dos indivíduos em relação a múltiplas dimensões do trabalho. A resposta é dada optando por uma de várias opções possíveis de uma escala cotada, tipo *Likert*. Com menos frequência, podem utilizar-se o questionário com perguntas abertas, a entrevista ou a técnica dos incidentes críticos (Alcobia, 2001; Hill & Hill, 2008; Martins & Santos, 2006).

São inúmeros os questionários usados para medição da satisfação. Segundo Alcobia (2001), os que têm merecido maior atenção são: *Job Diagnostic Survey* - JDS (Hackman & Oldham, 1975), que observa os efeitos das características do trabalho nos indivíduos e permite avaliar a satisfação global; *Job in General Scale* - JIG (Ironson, Smith, Brannick, Gibson, & Paul, 1989), que avalia a satisfação geral no trabalho, através de 18 itens, já que os autores defendem que a satisfação global não deriva do somatório de várias dimensões; o *Job Satisfaction Survey* - JSS (Spector, 1985), que avalia a satisfação por dimensões e a satisfação global, através de 36 itens; *Job Descriptive Index* - JDI (Smith, 1969), citado por Alcobia (2001), mede cinco dimensões relacionadas com o trabalho

através de 72 itens; *Minnesota Satisfaction Questionnaire* - MSQ (Weiss, Dawis, England, & Lofquist, 1967) baseia-se na teoria da adaptação ao trabalho. Avalia várias dimensões do trabalho e a satisfação global, através de 100 itens.

Uma revisão sistemática, para medir satisfação em hospitais, feita na Holanda, (Van Saane, Sluiter, Verbeek, & Frings-Dresen, 2003) identificou 35 estudos relevantes tendo por base 29 instrumentos de medição de satisfação em diferentes grupos profissionais. Utilizando os critérios psicométricos de qualidade primários, fiabilidade (avalia até que medida um procedimento de medição produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado) e validade (propriedade de medir aquilo que se pretende que meça), seleccionou os sete instrumentos que reuniam condições para ser usados em ambiente hospitalar constantes na Tabela 2.

Tabela 2 - Instrumentos de avaliação de satisfação no trabalho

Nome do instrumento	Itens	Escala de resposta	Fatores avaliados
Job in General Scale (Ironson et al., 1989)	18 itens	Três respostas (sim, com dúvida, não)	Satisfação geral no trabalho
Andrew and Withney Job Satisfaction Questionnaire (Rentsch JR & Steel RP, 1992)	5 itens	Escala <i>Likert</i> de 7 pontos (de 1 - encantado a 7 - nada satisfeito)	Satisfação geral no trabalho
Job Satisfaction Survey (Spector, 1985)	Instrumento multidimensional	Escala <i>Likert</i> (de 1 - não concordo a 6 - concorda muito)	Salário, promoções, supervisão, benefícios, recompensa, tarefas, colegas de trabalho, trabalho e comunicação
Emergency Physician Job Satisfaction Scale (Lloyd, Streiner, Hahn, & Shannon, 1994)	79 itens Instrumento multidimensional	Escala <i>Likert</i> de 7 pontos (de -3, fortemente em desacordo, a +3, fortemente de acordo)	Satisfação geral no trabalho, autonomia administrativa, autonomia clínica, recursos, relações sociais, estilo de vida e desafios
McClosky/Mueller Satisfaction Scale (Mueller & McCloskey, 1990)	31 itens Instrumento multidimensional	Escala <i>Likert</i> de 5 pontos (de 1 - muito insatisfeito a 5 - muito satisfeito)	Recompensas extrínsecas, satisfação no agendamento, o equilíbrio vida-trabalho, colegas de trabalho, relacionamento, oportunidades profissionais, elogio / reconhecimento e controle / responsabilidade
Measure of Job Satisfaction (Traynor & Wade, 1993)	38 itens Instrumento multidimensional	Escala <i>Likert</i> de 5 pontos (de 1 - muito insatisfeito a 5 - muito satisfeito)	Satisfação pessoal, a carga de trabalho, suporte técnico profissional, salário, progressão e formação
Nurse Satisfaction Scale (Ng, 1993)	24 itens Instrumento multidimensional	Escala <i>Likert</i> de 7 pontos (de 1 - fortemente acordo a 7 - fortemente em desacordo)	Administração, colegas de trabalho, carreira, assistência ao doente, relações com a chefia, o ensino de enfermagem e comunicação

Fonte: Van Saane et al. (2003), (adaptado)

Uma meta-análise, de Faragher et al. (2005), considera que a medição da satisfação no trabalho tende a ser feita através de item único, para satisfação global, ou medição de vários fatores do trabalho, através de múltiplos itens. Identificou como

instrumentos mais usados: *Warr Job Satisfaction Questionnaire* (WJSQ); *Occupational Stress Indicator* (OIS), validado para português do Brasil por Swan, De Moraes, e Cooper (1993); *Michigan Organisational Assessment Questionnaire* (MOAQ); *Job Diagnostic Survey* (JSS); *Job Descriptive Index* (JDI); *Minnesota Satisfaction Questionnaire* (MSQ); e *Brayfield-Rothe Questionnaire*.

Através de uma meta-análise, mais recente, sobre satisfação profissional dos médicos americanos (Scheurer et al., 2009), foram identificados 97 estudos para a revisão, sendo apenas 28 considerados representativos. Utilizaram como instrumento de medida de satisfação os seguintes: 1) *Community Tracking Surveys* (CTS); 2) *Physicians Worklife Survey* (PWS); 3) *Robert Wood Johnson Surveys* (RWJ); 4) *Women Physicians Health Survey* (WPHS).

Em Portugal, os estudos sobre satisfação profissional, no setor da saúde, são múltiplos, bem como os instrumentos para a sua avaliação. Referimos apenas os pioneiros no país e o Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional (IASP), que irá ser utilizado no presente estudo.

Baseada na teoria da discrepância, Graça (1999) elaborou um instrumento de avaliação de satisfação profissional, com oito dimensões e 47 questões, utilizando as variáveis estrutura emocional, características sociodemográficas e suas interação sociais.

Através da técnica de grupo nominal, Ferreira (1996), obtendo informação das enfermeiras-chefe e da enfermeira-supervisora, identificou áreas que poderiam explicar o nível de satisfação do pessoal de enfermagem num hospital pediátrico e elaborou um instrumento de medida.

Hespanhol (2000) utilizou um questionário de 21 perguntas, 9 das quais extraídas do *Warr Cook e Wall* de 1979, não validado para a realidade portuguesa, mas previamente usada em clinica geral, que avalia aspetos da atividade profissional, através de 21 questões, em formato *Likert* de 5 categorias.

Recentemente, tem sido utilizado o IASP, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), para avaliar satisfação profissional em profissionais da saúde (Azevedo, 2012; Batista, Santos, Santos, & Duarte, 2010; Ferreira & Antunes, 2009; Ferreira, 2011; Matos, 2012; Paulo, 2003; Tavares, 2008). Este instrumento avalia a satisfação profissional através da “Qualidade do Local de Trabalho” (Política de recursos humanos, Moral, Recursos Tecnológicos e Financeiros), “Qualidade na Prestação de Cuidados”, “Melhoria Continua da Qualidade” e “Satisfação Global”.

3. ESTUDO EMPÍRICO

Com a realização do presente estudo procurou-se compilar informação que desse sustentação teórica à parte empírica do mesmo, de modo a poder interpretar e refletir sobre os resultados no sentido de produzir conclusões e recomendações que elevem o índice de satisfação dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade em saúde.

No capítulo 3 iremos desenvolver a fase empírica da investigação, que decorreu nas USF da ARS Centro e que envolveu os profissionais dos setores médico, de enfermagem e secretárias clínicas/assistentes técnicas, tendo como objetivo a avaliação da “satisfação profissional” e os seus fatores condicionantes. Iremos justificar a metodologia seguida, os motivos que determinaram a escolha do instrumento de avaliação da satisfação profissional e apresentaremos as suas qualidades psicométricas. Caracterizamos a amostra e descrevemos os procedimentos seguidos na recolha de dados. Por fim, apresentamos e discutimos os resultados encontrados. Terminamos o capítulo 3 com a apresentação das conclusões e recomendações.

3.1. Metodologia

Em qualquer processo de investigação devem explicitar-se, com detalhe, os princípios metodológicos, já que esta componente é essencial em qualquer processo de investigação de modo a que se obtenha informação de qualidade e conseqüentemente se possa responder ao problema em estudo (Hulley, Cummings, Browner, Grady, & Newman, 2013).

Estruturámos este capítulo de modo a abordar a problematização, os objetivos, o modelo concetual, as hipóteses de investigação, o tipo de estudo, os procedimentos da aplicação do questionário, as características de um questionário *online*, as considerações éticas, o instrumento de recolha de dados e a amostra.

Problematização

O ambiente de incerteza vivido no mundo laboral e no setor da saúde, em particular, justificam a avaliação da satisfação profissional de modo a que, por um lado, possa ser quantificada e, por outro, se possam identificar os fatores que para ela contribuem. Ao ambiente de incerteza, acrescentou-se a reforma do SNS, ainda em curso, que poderá ter impacto negativo na satisfação dos profissionais (Sibbald et al., 2003).

As USF da ARSC encontram-se no modelo de desenvolvimento A ou B. Será o nível de satisfação semelhante nos dois modelos? As USF modelo B, evoluíram

naturalmente do modelo A, estão constituídas há mais tempo e os profissionais estão em contacto há mais anos, favorecendo o espírito de equipa. Scheurer et al. (2009) encontrou uma associação, embora fraca, entre a satisfação profissional e os anos de serviço/idade.

O facto de ser novo ou estar próximo da reforma está associado a alto nível de satisfação (Joyce et al., 2011). Será que o tempo de permanência na equipa interfere com a satisfação profissional? E a idade dos profissionais?

Segundo Elovainio, Kivimäki, Steen, e Kalliomäki-Levanto (2000), a satisfação no trabalho variou significativamente ao nível individual, sendo a sensação de controlo do trabalho responsável por grande parte dessa variação. O estudo referido demonstrou a importância das características individuais e da organização na explicação da satisfação dos trabalhadores. O nível de organização das USF varia segundo o seu modelo de organização, sendo as equipas de modelo B mais experientes em termos de organização. No nosso estudo, será que a satisfação profissional está relacionada com o modelo de desenvolvimento das USF?

A rotatividade dos trabalhadores constitui um problema não negligenciável para as organizações, sobretudo quando estão envolvidos grandes investimentos na formação dos mesmos. A rotatividade pode interferir com a produtividade das organizações e com a qualidade do serviço prestado e está relacionada negativamente com o nível de satisfação profissional (Buchbinder, Wilson, Melick, & Powe, 2001; Campos & Malik, 2008; Diaz-Serrano & Cabral Vieira, 2005). Será interessante investigar a relação entre o nível de SP e a resposta à questão “Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta Unidade de Saúde para trabalhar?”

Segundo Herzberg et al. (1993), a remuneração, considerada fator higiénico ou de contexto, não produz satisfação, apenas evita a insatisfação. No entanto, é referido que os salários baixos estão associados a menor nível de satisfação (Diaz-Serrano & Cabral Vieira, 2005; Tanne, 2012; Van Ham et al., 2006; Vieira et al., 1995). Por outro lado, Santana e Cerdeira (2011) referem que o fator “remuneração” não apresentou associação com a satisfação no trabalho em nenhum dos setores profissionais estudados. Como se relacionam a satisfação com a remuneração e a satisfação profissional dos profissionais das USF?

Foi encontrada uma associação forte entre satisfação profissional e a supervisão, por Scheurer et al. (2009). No entanto, Herzberg et al. (1993) inclui a relação com a supervisão nos fatores higiénicos, ou seja, fatores que interferem apenas com a insatisfação e não produzem satisfação. Como se relacionará a satisfação profissional com a satisfação com o coordenador e com os órgãos de gestão?

O trabalho em equipa está associado fortemente com a satisfação dos trabalhadores e aumenta a eficácia das organizações (Nylenna et al., 2005; Passos, 2001; Santos et al., 2007a; Van Ham et al., 2006). Iremos avaliar a relação entre a satisfação profissional e a satisfação com o relacionamento entre equipas.

A perceção da qualidade dos cuidados prestados parece influenciar a satisfação profissional global (Kvist et al., 2013; Tyssen et al., 2013). De que modo a satisfação com a qualidade na prestação de cuidados e com a melhoria continua da qualidade influenciam a satisfação profissional, dos profissionais da USF?

É inconclusiva a existência de diferenças de nível de satisfação profissional segundo o sexo. Alguns estudos, referem que as mulheres têm maior nível de satisfação profissional que os homens (Carrillo-Garcia, Solano-Ruiz, Martinez-Roche, & Gomez-Garcia, 2013; Clark, 1997; Perez-Ciordia et al., 2013). Noutros, não existe diferença (Tyssen et al., 2013). Como estará distribuída, segundo o sexo, a satisfação profissional na nossa amostra?

Numa USF a satisfação profissional entre os vários estratos profissionais deve ser semelhante. Perez-Ciordia et al. (2013) não encontrou diferença na satisfação profissional entre os profissionais médicos e de enfermagem. No entanto, Kvist et al. (2013) referem que os médicos têm maior nível de satisfação que os enfermeiros e estes, mais que o pessoal da manutenção. Nas USF da ARSC qual o setor profissional que terá os profissionais mais satisfeitos?

Com base nas nossas inquietações colocamos as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de satisfação dos profissionais das USF da ARSC?
- Quais as dimensões que contribuem para a satisfação profissional nas USF da ARSC?
- Será diferente o nível de satisfação profissional nas USF modelo A e B?
- O nível de satisfação profissional evolui com aumento de tempo de permanência na equipa?
- A idade está relacionada com a satisfação profissional?
- O facto de ser novo, ou estar próximo da reforma, está associado a alto nível de satisfação?
- A satisfação profissional estará relacionada com a intenção de continuar a desempenhar funções nas USF?
- Como se relacionam a satisfação profissional com a satisfação com o coordenador e com os órgãos de gestão?

- Qual a relação entre a satisfação profissional e a satisfação com o relacionamento entre equipas?
- De que modo a satisfação com a qualidade na prestação de cuidados e com a melhoria contínua da qualidade influenciam a satisfação profissional dos profissionais da USF?
- Como estará distribuída, por sexos, a satisfação profissional nas USF da ARSC?
- Nas USF da ARSC qual o setor profissional que terá os profissionais mais satisfeitos?

Objetivos

A satisfação profissional tem sido alvo de pesquisa, pelos investigadores, devido à sua repercussão nas relações laborais e na saúde mental e física dos trabalhadores. Pode ter repercussões na vida pessoal, familiar e na organização onde se encontram inseridos (Martinez & Paraguay, 2003).

A satisfação profissional representa um conceito complexo que, segundo Ferreira et al. (2001), consiste numa resposta afetiva e emocional individual resultante da situação perante o trabalho.

O presente estudo tem como objetivo geral determinar a satisfação no trabalho dos profissionais das USF da ARSC.

Em termos de objetivos específicos, pretende relacionar a satisfação global com os fatores sociodemográficos, com a satisfação com a qualidade do local de trabalho, com a satisfação com a qualidade dos cuidados prestados, com a satisfação com a melhoria contínua da qualidade e com o modelo de desenvolvimento das USF.

Modelo conceptual de análise

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

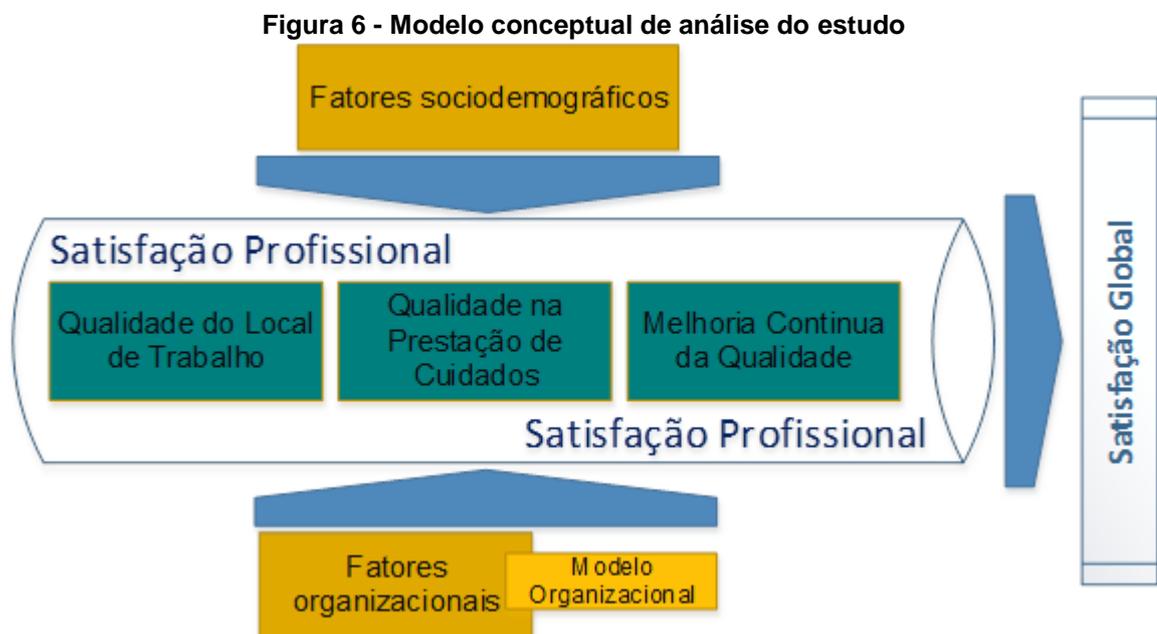
- Sociodemográficos: idade, sexo, situação familiar e escolaridade;
- Organizacionais: funções exercidas, categoria profissional, tempo de trabalho e modelo de desenvolvimento da USF;
- Qualidade do local de trabalho: recursos tecnológicos e financeiros, moral e políticas e recursos;
- Qualidade na prestação de cuidados;
- Melhoria contínua da qualidade.

Prevê a relação dos Fatores Sociodemográficos e dos Fatores Organizacionais com a “qualidade do local de trabalho”, a “qualidade na prestação de cuidados”, a “melhoria contínua da qualidade” e a satisfação global”.

Pretende-se determinar se existe dependência entre a “Satisfação Global” e as variáveis sexo, idade, tempo de serviço, remuneração, desempenho de funções de chefia/coordenação/gestão e o setor profissional (Figura 6).

Para o efeito, iremos determinar a relação entre a “Satisfação Global” e a satisfação com “Qualidade do local de trabalho”, “Qualidade na Prestação de Cuidados” e “Melhoria Contínua da Qualidade”.

Finalmente, iremos avaliar a relação entre “Satisfação Profissional” e “Satisfação Global”, de acordo com o modelo indicado na Figura 6.



Hipóteses de investigação

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

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

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

- H₀2.** Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores organizacionais (horário de trabalho, vínculo, funções de coordenação/ gestão/chefia, categoria profissional).
- H₁.** Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores organizacionais (horário de trabalho, vínculo, funções de coordenação/ gestão/chefia, categoria profissional).
- H₀3.** Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo o tipo de USF (Tipo A e B).
- H₁.** Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo o tipo de USF (Tipo A e B).
- H₀4.** Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os itens da satisfação global.
- H₁.** Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os itens da satisfação global.
- H₀5.** Não existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo a categoria profissional.
- H₁.** Existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo a categoria profissional.
- H₀6.** Não existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo o modelo de desenvolvimento da USF.
- H₁.** Existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo o modelo de desenvolvimento da USF.
- H₀7.** Não existe correlação entre o tempo de permanência na USF e o nível de satisfação profissional.
- H₁.** Existe correlação entre o tempo de permanência na USF e o nível de satisfação profissional.
- H₀8.** Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e a idade dos profissionais.
- H₁.** Existe correlação entre a satisfação profissional e a idade dos profissionais.
- H₀9.** Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o coordenador das USF.
- H₁.** Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o coordenador das USF.
- H₀10.** Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas.
- H₁.** Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas.
- H₀11.** Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento.
- H₁.** Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento.
- H₀12.** O nível de satisfação profissional não está relacionado, significativamente, com o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas, com a satisfação com o coordenador e com a satisfação com o vencimento.
- H₁.** O nível de satisfação profissional está relacionado, significativamente, com o nível de satisfação com o com o relacionamento entre equipas, com a satisfação com o coordenador e com a satisfação com o vencimento.

Tipo de Estudo

Para responder aos objetivos definidos, tendo em conta o modelo concetual de análise e as hipóteses formuladas, optámos por um estudo observacional, transversal, com um modelo de análise descritivo e com uma componente correlacional.

Na nossa investigação empírica, que pressupõe a realização de observações que permitam a melhor compreensão do objeto de estudo, optámos pelo método quantitativo, que se caracteriza pelo emprego da quantificação na colheita e tratamento de dados e pela utilização de técnicas estatísticas, desde as mais simples às mais complexas, de modo a garantir resultados que garantam uma representação da realidade e sejam generalizáveis à população (Quivy & Van Campenhoudt, 1998; Richardson & Peres, 1985). Hill e Hill (2008) refere-se a este método caracterizando-o como objetivo, fiável, generalizável, orientado para o resultado e para a comprovação.

Em virtude do IASP incluir uma pergunta aberta, utilizou-se também a metodologia de análise qualitativa. Este tipo de análise pressupõe uma pesquisa que tem como objetivo obter a compreensão de determinados comportamentos, emoções e formas de estar, tendo em conta o contexto em que acontecem, sustentados em princípios teóricos e atitudes éticas (Amado, 2010).

Procedimento da aplicação do questionário

Iniciámos o nosso estudo com o processo da pesquisa bibliográfica, nas bases de dados *online* e na biblioteca da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, o qual possibilitou um melhor conhecimento da temática.

O projeto foi apresentado ao Conselho Diretivo (CD) da ARSC em julho de 2013 (Quadro 1) que, de imediato, manifestou interesse no seu desenvolvimento e eventual expansão a outras UF da ARSC.

Para a colheita de dados, decidimos utilizar o questionário IASP, desenvolvido pelo CEISUC, com aprovação prévia do seu autor.

Em setembro de 2013 foi obtida, formalmente, a autorização da ARSC para aplicação do questionário aos profissionais, médicos, enfermeiros e secretárias clínicas, das USF da Região Centro. Com a colaboração da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (ERA) da ARSC procedeu-se à identificação de todas as USF, dos seus coordenadores e respetivos contactos, para programar a aplicação dos questionários.

Paralelamente, foi-se desenvolvendo a revisão bibliográfica de suporte à investigação. Identificada a questão de investigação, definidos os objetivos e formuladas

as hipóteses de trabalho, concebeu-se o modelo conceptual do estudo para o estabelecimento de algumas relações esperadas entre as variáveis e para a sua operacionalização.

A ARSC envolveu-se ativamente no estudo e, em janeiro de 2014, enviou um *email* aos Diretores Executivos dos ACeS e aos Coordenadores das USF, sensibilizando-os para a importância da investigação e recomendando a participação de todos os profissionais na resposta ao questionário. Ainda em janeiro de 2014, fez-se a revisão final do questionário IASP e elaboraram-se três modelos de documentos a enviar aos profissionais de saúde, alvos do estudo. O primeiro enviado, a 20 de fevereiro de 2014, tinha como objetivo sensibilizar o coordenador das USF para a realização do estudo e esclarecer sobre, a metodologia de aplicação do IASP, do acesso *online*, e das suas características de confidencialidade. Solicitava-se, ainda, a cada coordenador que indicasse o número de profissionais, por categoria. A segunda carta, enviada a 26 de fevereiro de 2014, acompanhou os sobrescritos, que continham a *password* de acesso ao IASP *online*. O terceiro documento, um para cada profissional, continha o endereço eletrónico do IASP e a *password* individual para acesso, que permitia apenas uma utilização, resolvendo um dos problemas identificados por Gosling, Vazire, Srivastava, e John (2004), o da repetição de segundo questionário pelo mesmo indivíduo.

O questionário foi lançado através da aplicação *Limesurvey*, a 28 de fevereiro de 2014, com encerramento previsível a 14 de março. Durante o período em que decorreu a sua aplicação, foi supervisionado o grau de adesão dos profissionais. A 10 de março, devido a atrasos na distribuição dos sobrescritos, que continham as credenciais de acesso à plataforma, alargou-se o período de preenchimento do questionário, até 2 de abril. A 14 de abril, iniciou-se o tratamento estatístico dos dados colhidos através do IASP (Quadro 1).

Quadro 1 - Procedimentos para a aplicação do instrumento IASP

Preparativos para aplicação IASP		2013
○ Apresentação do projeto à ARSC;	○ 29 julho	2013
○ Autorização pelo CD da ARSC;	○ 6 setembro	
○ Elaboração de documentos para sensibilização dos profissionais;	○ 23 janeiro	2014
○ Reunião com ARSC e solicitação de envio de pedido de colaboração dos coordenadores das USF;	○ 13 fevereiro	
○ Envio de <i>email</i> aos coordenadores a pedir a confirmação do número de médicos, enfermeiros e secretários clínicos;	○ 20 fevereiro	
○ Impressão das folhas com as <i>passwords</i> e telefonema aos coordenadores das USF que não responderam;	○ 25 fevereiro	
○ Envio das cartas com as <i>passwords</i> às 47 USF;	○ 26 fevereiro	
○ Lançamento do questionário na internet;	○ 28 fevereiro	
Aplicação do IASP		
○ Início da supervisão da aplicação <i>Limesurvey</i> ;	○ 28 fevereiro	
○ Encerramento da aplicação e fecho do questionário;	○ 2 abril	
○ Agradecimento à ARSC;	○ 13 abril	
○ Agradecimento aos profissionais, através dos coordenadores das USF;	○ 13 abril	
○ Exportação dos dados em formato Excel® e início do seu tratamento estatístico.	○ 14 abril	

Inquérito online

O inquérito por questionário consiste em colocar ao inquirido um conjunto de questões relacionadas com a sua situação social, familiar e profissional, bem como sobre a sua opinião, relativamente a assuntos do interesse do investigador. Estes questionários são, habitualmente, muito elaborados e contêm um número considerável de questões. Esta situação, acrescida do grande número de inquiridos envolvidos, recomenda que as respostas sejam codificadas, para mais fácil tratamento estatístico. O inquérito por questionário facilita a recolha de dados num curto espaço de tempo e evita a necessidade de uma exaustiva interação entre o entrevistador e o entrevistado (Quivy & Van Campenhoudt, 1998). Segundo o mesmo autor, os questionários podem ser de administração direta, quando é o inquirido a proceder ao seu preenchimento, mas o método de observação é indireto quando o investigador se dirige à população para a recolha de informação ou direto quando a informação resulta da sua observação da população. Na observação indireta existem dois intermediários na produção da informação, o questionário e o inquirido.

As principais desvantagens residem no facto das informações serem obtidas independentemente dos contextos, das dinâmicas e das redes em que os entrevistados se

inserir sendo, por isso, descritivos e desprovidos de elementos de compreensão profunda (Quivy & Van Campenhoudt, 1998).

Para além de optarmos pelo inquérito por questionário, de administração direta, utilizámos uma plataforma informática para a distribuição junto de cada profissional, uma vez que está assegurado o acesso a computador por parte de todos os profissionais alvos do inquérito. Trata-se, pois, de um inquérito por questionário *online*.

Utilizámos a plataforma informática, para preenchimento do questionário, por reconhecermos, no processo, pontos fortes: a possibilidade de ser acedido em qualquer ponto, recorrendo à Internet; permitir exportar dados em formato digital, facilitando a edição e a análise; facilitar, de um modo geral, a aplicação dos questionários; possuir um formato amigável para a população alvo; permitir reduzir custos relativamente à aplicação em papel e lápis; reduzir o tempo de recolha de dados (Madge, 2007).

A utilização do questionário *online* garante uma maior cobertura, uma vez que as tecnologias estão acessíveis a todos os profissionais das USF da ARSC. Por outro lado, permite obter uma boa adesão, já que as pesquisas mostram que a taxa de resposta é mais elevada através de inquéritos eletrónicos do que em papel, sendo a qualidade das respostas sobreponível às produzidas pelos métodos tradicionais, garantindo assim a validade desta nova metodologia (Gosling et al., 2004; Madge, 2007). Uma revisão sistemática que incluiu nove estudos, realizada por Birnbaum (2000), com o objetivo de comparar os resultados obtidos através de inquéritos produzidos *online* e em laboratório, permitiu concluir que eram semelhantes, com uma taxa de respostas de 66%. No entanto, Manfreda, Bosnjak, Berzelak, Haas, e Vehovar (2008), através de uma meta-análise que envolveu 45 estudos, concluiu que a taxa de resposta dos questionários *online* é 11%, inferior à dos que utilizam outros métodos, que varia entre 11,13% a 82,13%. Noutros estudos consultados encontrámos taxas de resposta de 51% ((Birnbaum, 2000) e 64,2% (Kongsved, Basnov, Holm-Christensen, & Hjollund, 2007), este último com uma taxa de preenchimento de 97,8%.

As plataformas baseadas na internet permitem a obtenção de grandes amostras, selecionadas a partir de territórios geográficos dispersos, favorecendo a obtenção de resultados estatisticamente significativos, a partir de amostras representativas das populações. Identificamos como fraquezas deste método a necessidade de um maior número de instruções e orientações, de modo a que os respondentes completem a sua resposta de forma esclarecida.

Optámos pela aplicação *Limesurvey*¹ que permite monitorizar permanentemente o número de acessos e o número de inquéritos completamente respondidos. No final do inquérito permite a exportação do ficheiro em vários formatos, entre os quais em *Excel* e *SPSS*.

No processo de adaptação do IASP à aplicação *Limesurvey* tivemos em consideração a aparência estética do mesmo, uma vez que, segundo Hill e Hill (2008), esta característica é fundamental para a adesão ao preenchimento.

Considerações Éticas

Esta modalidade de aplicação do questionário, *online*, pode suscitar algumas considerações éticas associadas à estratégia de questionário virtual. Segundo Madge (2007), identificam-se cinco questões éticas: consentimento informado, confidencialidade, privacidade dos dados, as instruções e a *netiquette*, termo usado para descrever o código de conduta dos que comunicam na internet. Essas considerações foram tidas em conta durante a elaboração do questionário, nos procedimentos para a sua aplicação e no tratamento dos dados.

Os profissionais que participaram no estudo foram informados sobre a natureza e objetivos da pesquisa, os métodos utilizados e a forma como as conclusões poderão ser usadas. Esta informação foi fornecida na página inicial do questionário, onde se inclui uma caixa de verificação (*continuar*), que explicita a aceitação para a realização da investigação e para o consentimento informado (Madge, 2007).

Segundo o mesmo autor, a confidencialidade dos dados colhidos, a forma como são armazenados e a proteção da identidade dos participantes, também podem suscitar questões éticas, já que o *software* do questionário *online*, pode conter erros não detetados, ou vírus, capazes de comprometer a segurança dos dados.

A confidencialidade é assegurada pelo modo como foi desenvolvida a arquitetura do questionários e pelas configurações impostas na sua versão *online*. A segurança da base de dados, no que respeita à sua própria integridade e à identidade dos participantes, é assegurada pelos sistemas de proteção do servidor da Universidade de Coimbra, onde se encontra alojada a plataforma que suporta o questionário, que dispõe de proteção por *firewall*, monitorização das atualizações de segurança críticas do sistema operativo e antivírus e alojamento do equipamento em zona de acesso condicionado (Gestão de Sistemas e Infra-estruturas de Informação e Comunicação (GSIIIC), 2013). O facto de se

¹ Limesurvey é uma aplicação *open source software* para a criação e gestão de inquéritos por questionário. **Fonte:** <http://www.limesurvey.org/pt/>

usar uma *password* para acesso ao questionário também ajuda na proteção contra *hackers* (Madge, 2007).

Ainda em relação ao anonimato, os autores do estudo comprometeram-se com esta característica expressando-o na folha de rosto do questionário e dando a opção aos profissionais de não responder às perguntas relacionadas com a caracterização sociodemográfica. Esta informação foi incluída na carta que continha a *password* de acesso ao questionário *online*, no sentido de aumentar a confiança na utilização da plataforma, mesmo antes da utilização da mesma.

Instrumento de recolha de dados

Para operacionalizar a recolha de dados, optou-se por um questionário por ser uma ferramenta pouco dispendiosa na aplicação, permitir a confidencialidade e poder abranger um grande número de indivíduos, com perguntas iguais, e com a mesma metodologia de aplicação.

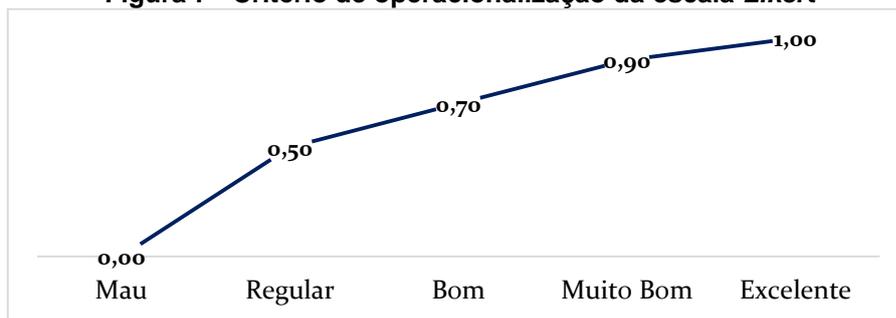
Para a colheita de dados, decidimos utilizar o questionário IASP (Anexo I), desenvolvido pelo CEISUC, por ser específico para avaliação da satisfação profissional de profissionais de saúde e se encontrar adaptado e validado para a língua portuguesa, por Paulo (2003), a partir do *Hospital Employee Judgment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

O instrumento utilizado, o IASP, é constituído 28 questões divididas por 7 grupos. O primeiro grupo foca-se nas questões relativas aos fatores organizacionais: identificação da USF; tipo de horário; quantificação das horas de trabalho, tipo de vínculo, tipo de responsabilidade na unidade; categoria profissional; tempo de serviço na unidade; tempo de serviço na profissão.

Nas escalas que constituem o segundo, terceiro e quarto grupos do instrumento, solicita-se que em função das questões apresentados nas escalas “*Qualidade do Local de Trabalho*”; “*Qualidade na Prestação de Cuidados*” e “*Melhoria Contínua da Qualidade*” assinalem a opção que melhor exprima a opinião numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que: 1 significa “*Mau*”; 2 “*Regular*”; 3 “*Bom*”; 4 “*Muito Bom*”; “*Excelente*”. Previu-se também a opção “*não se aplica*”.

Para cada item, esta escala (*Likert* de 1 a 5 pontos) foi convertida numa escala percentual de 0 a 100 %, de acordo com o seguinte critério: Mau - 0%; Regular - 50%; Bom - 70%; Muito Bom - 90%; Excelente - 100%, conforme demonstrado na Figura 7.

Figura 7 - Critério de operacionalização da escala *Likert*



Fonte: CEISUC

O segundo grupo de questões, denominado escala de medição da “Qualidade do Local de Trabalho” é subdividido em três subescalas (Política de Recursos Humanos, Moral e Recursos Tecnológicos e Financeiros) e, estas, em seis facetas (Órgãos de Gestão, Recursos Humanos, Estado Espírito, Coordenador, Vencimento e Local Trabalho Equipamento) (Quadro 2). Cada uma das três escalas é avaliada por várias questões.

Quadro 2 - Descrição das Escalas, Subescalas, Facetas e questões do IASP

	Escalas	Subescalas	Facetas	Questões	
Instrumento de Avaliação da Satisfação profissional (IASP)	Qualidade Local Trabalho (QLT)	Política de Recursos Humanos (PRH)	Órgãos de Gestão (OG)	14a - 14d	
			Recursos Humanos (RH)	10a - 10c 11a - 11b	
		Moral (M)	Estado Espírito (EE)	12a - 12b	
			Coordenador (CO)	8a - 8k	
		Recursos Tecnológicos e Financeiros (RTF)	Vencimento (V)	13a - 13c	
			Local Trabalho Equipamento (LTE)	9a - 9d	
		Qualidade na Prestação de Cuidados (QPC)			15a - 15g
		Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ)			16a - 11h

Fonte: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Adaptado)

O quinto grupo, “satisfação global”, é composto por quatro questões. A primeira, com resposta “sim” ou “não” e, as seguintes, numa escala de *Likert* de 4 pontos, em que 1 significa “Claro que sim” e 4 significa “Claro que não”.

O sexto grupo, “Recomendações e Sugestões”, é constituído por uma questão aberta em que se questiona, como se poderiam melhorar os serviços prestados pela USF.

O sétimo grupo do questionário é composto por questões relativas aos fatores sociobiográficos: gênero; idade; situação familiar e escolaridade.

Como anteriormente referido, o IASP foi preenchido de forma *online*, através da plataforma *Limesurvey*, sendo imposta a obrigatoriedade de resposta a todos os campos, exceto o correspondente aos fatores sociodemográficos.

A fiabilidade, um dos critérios psicométricos clássicos de qualidade de um questionário, avalia se o instrumento produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado. A coerência interna, avaliada pelo *de Alfa de Cronbach*, é a medida mais comumente utilizada. O *alfa de Cronbach*, que pode variar entre 0 e 1, aumenta com o número de itens do questionário ou da pergunta e com a força da correlação entre *itens*. A fiabilidade é considerada boa quando os valores de *Alfa* se situam entre 0,80 e 0,90. Para valores superiores a 0,90 é considerada excelente e, inaceitável, se o *alfa* for inferior a 0,6 (Hill & Hill, 2008).

Da análise dos estudos que utilizaram o IASP, e que determinaram o *Alpha de Cronbach* (Tabela 3), verifica-se que este se situa sempre acima de 0,706 e na maioria das situações, acima de 0,9, ou seja, é considerado excelente, em termos de fiabilidade.

Tabela 3 - Alpha de Cronbach das escalas, subescalas e facetas do IASP

Dimensões			Alpha de Cronbach			
Escala	Subescala	Faceta	Tavares (2008)	Ferreira (2011)	Azevedo (2012)	Nosso Estudo
Qualidade do Local de Trabalho			0,942	0,954	0,901	0,893
	Política de Recursos Humanos		0,843	0,915	0,904	0,895
		Órgãos de Gestão	0,856	0,949	0,91	0,909
		Recursos Humanos	0,803	0,877	0,904	0,897
	Moral		0,774	0,952	0,904	0,900
		Estado Espírito	0,706	0,938	0,910	0,902
		Coordenador	0,967	0,971	0,907	0,902
	Recursos Tecnológicos e Financeiros		0,951	0,763	0,910	0,898
		Vencimento	0,910	0,942	0,929	0,929
		Local TE	0,766	0,824	0,927	0,906
Qualidade na Prestação de Cuidados			0,926/0,821*	0,899	0,910	0,901
Melhoria Contínua da Qualidade			0,877	0,949	0,907	0,901
Satisfação Global			<i>na</i>	0,771	0,913	0,894

Notas: * No serviço/No hospital; *na*= não aplicável; Local TE: local de trabalho e equipamento

Seleção da amostra

De modo a operacionalizar uma investigação torna-se necessário identificar o campo de análise, que deverá ser adequado aos recursos do investigador, tendo em consideração as hipóteses de trabalho e a metodologia adotada (Quivy & Van Campenhoudt, 1998).

Na nossa investigação optámos por seleccionar o universo dos profissionais da ARSC.

O universo do estudo é constituído pelos 809 profissionais de saúde que exerciam funções nas 47 USF da ARSC, em março de 2014. No entanto, recusaram participar no estudo, a USF Costa de Prata, do ACeS Baixo Vouga e a USF Progresso e Saúde, do ACeS Baixo Mondego, com 14 e 17 profissionais, respetivamente. A população em estudo ficou constituída por 778 profissionais. A taxa de resposta ao nosso questionário foi de 66,06% sendo a amostra de 514 profissionais (Tabela 4).

Tabela 4 - Taxa de resposta ao IASP

ACeS	Nº Respostas	<i>n</i>	TR (%)
ACeS Baixo Mondego	182	221	82,35
ACeS Baixo Vouga	136	216	62,96
ACeS Dão Lafões	106	203	52,21
ACeS Pinhal Interior Norte	30	42	71,42
ACeS Pinhal Litoral	54	74	72,97
ULS Guarda	6	22	27,27
Total	514	778	66,06

TR: Taxa de resposta

Tratamento dos dados

Para tratamento dos dados utilizou-se a aplicação informática *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* na versão 21. O *SPSS 21* permite analisar os dados de três formas: estatística descritiva; verificação da relação entre variáveis; comparação de grupos, de modo a determinar se as diferenças entre eles são estatisticamente significativas (Hill & Hill, 2008).

Segundo o mesmo autor, a estatística descritiva caracteriza, de forma sumária, algumas variáveis fornecidas pela amostra. Como estatística descritiva, usámos a média (medida de tendência central), o desvio padrão (medida de dispersão) e as frequências absolutas e relativas. Determinámos ainda alguns coeficientes de correlação, considerada estatística descritiva por descreverem a relação entre valores de duas variáveis.

A inferência estatística tem como objetivo generalizar, para a população, os resultados obtidos a partir da amostra (Hill & Hill, 2008). Os testes de hipóteses permitem testar as hipóteses formulada na tentativa de encontrar relação significativa entre grupos, com determinada característica. Foram considerados os elementos essenciais à formulação de hipóteses: hipótese nula H_0 ; hipótese alternativa H_1 ; estatística do teste; região de rejeição; conclusão.

Utilizámos o teste estatístico *teste-t* para comparação de médias de amostras independentes e o teste *One-Way ANOVA*, na situação de mais de dois grupos. Através do *Post Hoc Tests* de *Scheffe* identificámos os grupos onde ocorreram as diferenças significativas.

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

Relativamente à região de rejeição, utilizámos o nível de significância $\alpha=0,05$, com um intervalo de confiança de 95%. Ou seja, para $\alpha \leq 0,05$ rejeita-se a H_0 e admite-se a existência de diferença ou a associação entre os grupos. Se $\alpha > 0,05$ não será possível rejeitar a H_0 e, conseqüentemente, não se admite a existência de diferença ou associação entre os grupos.

Para a análise qualitativa utilizou-se o programa WebQDA. Este *software* de análise de dados qualitativos está organizado em três áreas: as fontes, a codificação e o questionamento (Neri de Souza, Costa, & Moreira, 2011). As fontes correspondem ao espaço onde se guarda o conjunto de respostas obtidas do questionário. Na área codificação atribui-se a cada segmento de texto, previamente guardado nas fontes, uma determinada característica, de acordo com uma determinada dimensão, os nós, que podem ser livres ou em árvore.

Assim, cada segmento de resposta foi codificado segundo as características que o atribuíam a cada uma das escalas, subescalas ou facetas. A escala MCQ e QPC foram considerados nós livres e a escala QLT nó em árvore. Foi, ainda, criada uma dimensão a que chamámos “Contratualização”.

A cada um dos segmentos de resposta foram atribuídas características (descritores), que as permitem descrever segundo o sexo, a profissão, o modelo de USF e o grupo etário dos profissionais que responderam à questão.

Através do questionamento, o WebQDA, permite pesquisar palavras mais frequentes, expressões e códigos, e construir matrizes, com base nas codificações efetuadas pelo investigador (Lopes, Vieira, & Moreira, 2013).

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

3.2 Resultados

Apresentamos neste capítulo os resultados obtidos da análise da amostra, tendo por base os dados recolhidos com a aplicação dos instrumentos IASP. Faremos a caracterização sociodemográfica da amostra, e descreveremos os resultados relativos à satisfação profissional nas escalas, subescalas e facetas do IASP.

3.2.1. Caracterização da amostra

A população em estudo é constituída por 778 profissionais. Responderam aos questionários 514, distribuídos por 45 USF, uma vez que recusaram participar no estudo 2 USF, a USF Costa de Prata do ACeS Baixo Vouga e a USF Progresso e Saúde do ACeS Baixo Mondego (Figura 8 e Tabela 5). A Taxa de resposta foi de 66%.

A maior taxa de resposta ocorreu no ACeS Baixo Mondego (76,5%) e a menor na ULS da Guarda (23%) (Figura 8).

Figura 8 - Taxa de resposta ao IASP por ACeS da ARS Centro

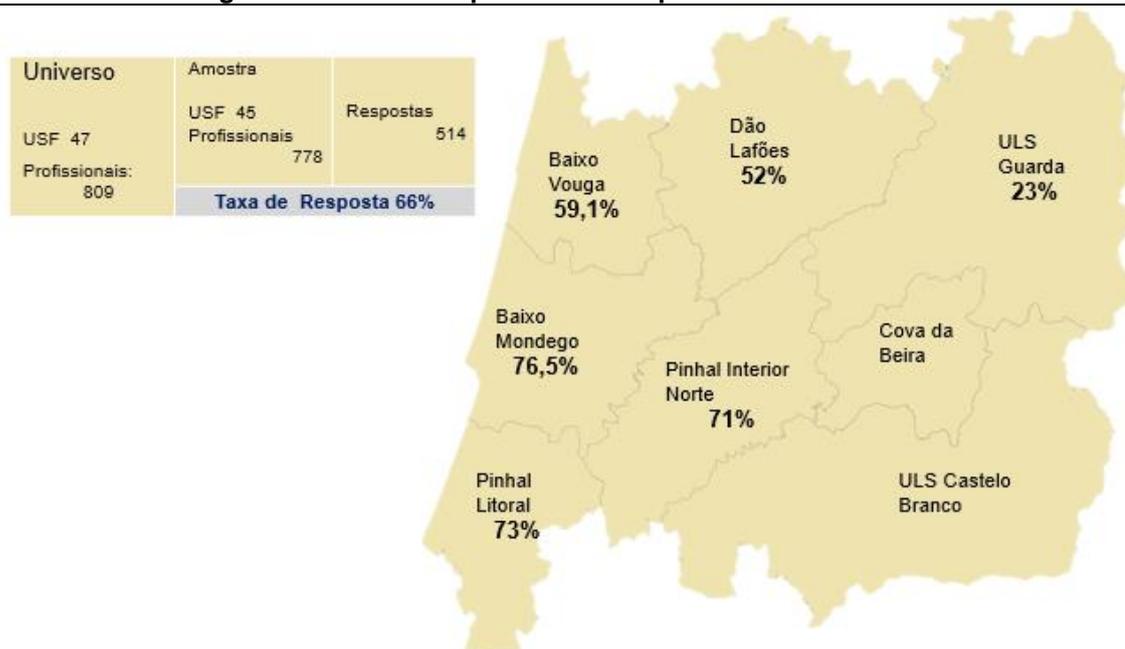


Imagem cedida pela ARSC.

A taxa de resposta das USF do ACeS Baixo Mondego foi de 76,5%, tendo as USF Buarcos, Marquês de Marialva e São Julião da Figueira, a taxa de 100%. A menor taxa de resposta, dentro desta USF, foi 53,3%, da USF VitaSaurium (Tabela 5).

A taxa de resposta das USF do ACeS Baixo Vouga foi de 59,1%, tendo as USF Alpha e São João de Ovar a taxa de resposta de 100%. Neste ACeS, a USF Flor de Sal teve a menor taxa de resposta, que foi de 40,9% (Tabela 5).

Tabela 5 - Taxa de resposta por USF dos ACeS Baixo Mondego e Baixo Vouga

USF do Baixo Mondego				USF do Baixo Vouga			
	NºR	Prof	Tx R		NºR	Prof	TxR
Araceti	13	14	92,9%	Águeda + Saúde	13	17	76,5%
As Gândras	8	10	80,0%	Alpha	17	17	100,0%
Briosa	13	16	81,3%	Barrinha	12	19	63,2%
Buarcos	16	16	100,0%	Beira Ria	8	19	42,1%
Celas Saúde	20	24	83,3%	Costa de Prata	0	14	0%
Condeixa	11	15	73,3%	Flor de Sal	9	22	40,9%
Cruz de Celas	18	21	85,7%	João Semana	10	23	43,5%
Fernando Namora	11	14	78,6%	Moliceiro	17	24	70,8%
Marquês de Marialva	14	14	100,0%	Rainha D. Tereza	9	19	47,4%
Mondego	12	14	85,7%	Salinas	9	11	81,8%
Progresso Saúde	0	17	0%	Santa Joana	14	19	73,7%
Rainha Santa Isabel	11	17	64,7%	São João de Ovar	12	12	100,0%
São Julião da Figueira	17	17	100,0%	Terras de Antuã	6	14	42,9%
Topázio	10	14	71,4%	Total	136	230	59,1%
VitaSaurium	8	15	53,3%				
Total	182	238	76,5%				

NºR: número de respostas; Prof: número de profissionais da USF; TxR: taxa de resposta

A taxa de resposta das USF do ACeS Dão Lafões foi de 52,2%. A maior taxa ocorreu na USF Viriato (86,4%) e, a menor, na USF Lafões (23,5%).

Relativamente ao Pinhal Interior Norte, a taxa de resposta foi de 71,4%. A USF Trevim-Sol teve a maior taxa (78,6%) e a USF Serra da Lousã a menor (62,5%).

No ACeS Pinhal Litoral a taxa de resposta das USF foi 73%, tendo USF Cidade do Lis 100% de taxa de resposta, a maior do ACeS, e a USF Condestável a menor taxa, com 30,8%.

Relativamente à ULS da Guarda, com apenas uma USF, A Ribeirinha, a taxa de resposta foi de 27,3% (Tabela 6).

Tabela 6 - Taxa de resposta por USF dos ACeS Dão Lafões, Pinhal Interior Norte, Pinhal Litoral e ULS da Guarda

USF de Dão Lafões				USF de Pinhal Interior Norte			
	NºR	Prof	Tx R		NºR	Prof	Tx R
Alves Martins	2	16	12,5%	Penela	9	12	75,0%
Estrela do Dão	8	14	57,1%	Serra da Lousã	10	16	62,5%
Grão Vasco	15	20	75,0%	Trevim-Sol	11	14	78,6%
Infante D. Henrique	13	21	61,9%	Total	30	42	71,4%
Lafões	4	17	23,5%	USF de Pinhal Litoral			
Lusitana	12	24	50,0%		NºR	Prof	Tx R
Montemuro	10	15	66,7%	Cidade do Lis	16	16	100,0%
Rio Dão	5	17	29,4%	Condestável	8	26	30,8%
Terras de Azurara	5	15	33,3%	D. Diniz	16	17	94,1%
Viriato	19	22	86,4%	Santiago	14	15	93,3%
Viseu Cidade	13	22	59,1%	Total	54	74	73,0%
Total	106	203	52,2%	USF da ULS Guarda			
					NºR	Prof	Tx R
				A Ribeirinha	6	22	27,3%
				Total	6	22	27,3%

NºR: número de respostas; Prof: número de profissionais da USF; Tx R: taxa de resposta

Fatores sociodemográficos

Considerando os fatores sociodemográficos (Tabela 7), a amostra é constituída por 82% de profissionais do sexo feminino. O grupo etário 35-44 anos representa 31,5% da amostra, e o grupo 55-64 anos 26,8%. Acima dos 45 anos situa-se 52,6% da amostra. A média etária situa-se nos 45 anos, com um desvio padrão de 10 anos.

Relativamente à situação familiar, 80,4% são casados ou em união de facto e 10,4% separados ou divorciados.

No que respeita às habilitações literárias, 58,7% têm licenciatura, 18,2% o ensino secundário e 5,8% o mestrado. Ou seja, uma amostra predominantemente do sexo feminino, entre 45 a 64 anos, casados e com licenciatura.

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Fator	Grupo	n	(%)
Sexo	Feminino	361	82,0
	Masculino	79	18,0
		440	100
Não responderam: 74			
Grupo etário	18 - 24	0	0,0
	25 - 34	67	15,8
	35 - 44	134	31,5
	45 - 54	109	25,6
	55 - 64	114	26,8
	65 - 74	1	0,2
	≥ 75	0	0,0
		425	100
Não responderam: 89 Média: 45; DP: ±10; min: 25; máx: 65			
Situação familiar	Casado/a ou em união de facto	348	80,4
	Solteiro/a	35	8,1
	Viúvo/a	4	0,9
	Divorciado/a	40	9,2
	Separado/a	6	1,4
		433	100
Não responderam: 81			
Habilitações literárias	Ensino básico	20	4,3
	Ensino secundário	85	18,2
	Bacharelato	2	0,4
	Licenciatura	274	58,7
	Pós-graduação	39	8,4
	Mestrado	27	5,8
	Doutoramento	3	0,6
	Outro	17	3,6
		467	100
Não responderam: 47			

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

Fatores organizacionais

Da análise dos fatores relacionados com a organização das USF (Tabela 8), constatou-se que 64,8% ($n=333$) dos profissionais trabalhavam em USF do modelo A e 35,2% em USF modelo B.

Em relação ao horário de trabalho, 78,6% trabalhavam por turnos. O horário semanal de 40 horas representava 67,8% da amostra e o de 42 horas 19,3%.

No que respeita ao tipo de vínculo laboral, 86,7% tinham um “Contrato por tempo indeterminado em funções públicas” e 5,8% um “Contrato de trabalho em funções públicas a termo certo”.

Tinham funções de coordenação 16,2% ($n=83$).

Em relação à distribuição por setor profissional, verificou-se que 34,2% eram Enfermeiras/os, 39,8% médicos/as e 26% secretários/as clínicos/as.

Tabela 8 - Caracterização por fatores organizacionais

Fator	Grupo	n	(%)
Nº de profissionais por modelo de USF	Modelo A	333	64,8
	Modelo B	131	35,2
		514	100
Tipo de horário	Fixo	403	78,6
	Por turnos	53	10,3
	Outro	57	11,1
		513	100
Não responderam: 1			
Horário de trabalho semanal	<35 Horas	2	0,4
	35 Horas	48	9,4
	40 Horas	348	67,8
	42 Horas	99	19,3
	Outro	16	3,1
	513	100	
Não responderam: 1			
Tipo de vínculo (contrato)	Tempo indeterminado em funções públicas	445	86,7
	Em funções públicas a termo certo	30	5,8
	Individual por tempo certo indeterminado	23	4,5
	Individual a termo certo	9	1,8
	Outro	6	1,2
	513	100	
Não responderam: 1			
Funções de coordenação	Sim	83	16,2
	Não	430	83,8
		513	100
Não responderam: 1			
Categoria profissional	Enfermeiro/a	175	34,2
	Médico/a	204	39,8
	Secretário/a clínico/a	133	26,0
		512	100
Não responderam: 2			

Em relação ao tempo de serviço, foi caracterizado o tempo de serviço na USF e na profissão (Tabela 9). Cerca de 47,8% ($n=239$) dos profissionais trabalhava na USF entre 6-10 anos e 49,6% há menos de 5 anos. O tempo de serviço na profissão revela que 26,4% dos profissionais trabalham há mais de 30 anos, entre 11-20 anos 32,6% e 1,8% há menos de 6 anos.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço

Fator	Grupo	n	(%)
Tempo de serviço na unidade (anos)	<1	76	15,2
	1-3	98	19,6
	4-5	74	14,8
	6-10	239	47,8
	11-20	9	1,8
	21-30	0	0,0
	≥ 30	4	0,8
Não responderam: 14		500	100
M: 4,8; DP: ±3,9; min: 0,1; máx: 41,1			
Tempo de serviço na profissão (anos)	<1	1	0,2
	1-3	7	1,4
	4-5	1	0,2
	6-10	86	17,2
	11-20	163	32,6
	21-30	109	21,8
	≥ 30	132	26,4
Não responderam: 15		499	100
M: 20,4; DP: ±10,1; min: 0,4; máx: 42,0			

DP: desvio padrão; min: tempo mínimo; máx: tempo máximo; M: Média

3.2.2. Satisfação profissional

O IASP está agrupado em escalas, subescalas e facetas, permitindo obter os valores médios de satisfação profissional em cada uma das dimensões referidas (Tabela 10).

A “média total da satisfação” com as USF, que representa a média da satisfação das escalas “Qualidade Local Trabalho”, “Qualidade na prestação de cuidados” e “Melhoria contínua da qualidade”, é 71,5% (DP±12,1), sendo classificada como “Bom”.

Os profissionais demonstraram com os coordenadores uma satisfação média de 80,74 % (DP±16,2), representando a média mais elevada no estudo.

A satisfação com a “melhoria contínua da qualidade” atingiu uma média de 80,71% (DP±13,7), seguida pela “moral” com 80,58% (DP±15,2).

A subescala “recursos tecnológicos e financeiros” apresenta a média de satisfação mais baixa de todas as subescalas, com 47,14% (DP±19,7), sendo composta pela faceta “vencimentos”, com a média de satisfação 39,01% (DP±32,4), e pela faceta “local de trabalho e equipamentos”, com a média 53,24% (DP±20,8) (Tabela 10).

Tabela 10 - Média da satisfação por escala, subescala e faceta

	Escala	Subescala	Faceta	
Média Total da Satisfação 71,5% ($\pm 12,1$)	Qualidade do Local de Trabalho 67,42% ($\pm 13,1$)	Política de Recursos Humanos 64,18% ($\pm 15,1$)	Órgãos de Gestão 51,07% ($\pm 22,7$)	
			Recursos Humanos 74,64% (15,7)	
		Moral 80,58% ($\pm 15,2$)	Estado de Espírito 79,77% ($\pm 15,8$)	
			Coordenador 80,74% (16,2)	
		Recursos Tecnológicos e Financeiros 47,14% ($\pm 19,8$)	Vencimento 39,01% ($\pm 32,4$)	
			Local de Trabalho Equipamento 53,24% ($\pm 20,8$)	
		Qualidade na Prestação de Cuidados 78,28% ($\pm 12,7$)		
		Melhoria Contínua da Qualidade 80,71% ($\pm 13,7$)		

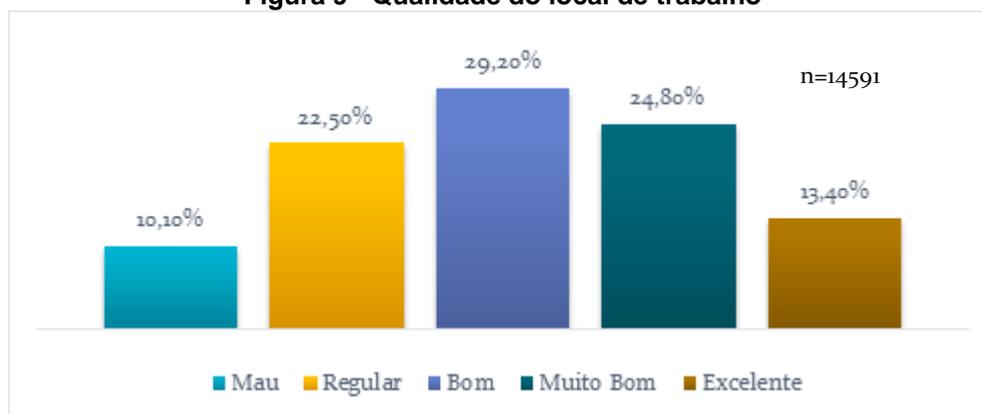
(\pm desvio padrão)

Qualidade do local de trabalho

A escala “qualidade do local de trabalho” é composta pelas subescalas “política de recursos humanos”, “moral” e “recursos tecnológicos e financeiros”.

A média da satisfação com a “qualidade do local de trabalho” é 67,4% (DP $\pm 13,1$), sendo considerada “regular” (Tabela 11). Na distribuição da amostra por níveis de satisfação, verifica-se que 13,4% a consideram “excelente” e 24,8% de “muito bom” (Figura 9).

Figura 9 - Qualidade do local de trabalho



A subescala “política de recursos humanos” engloba as facetas “órgão de gestão” e “recursos humanos”. Na Tabela 11 apresentam-se os resultados organizados por “escala”, subescala, faceta e itens.

A média da satisfação com a “política de recursos humanos” foi de 64,2% (DP±13,1), com 60,9% da amostra distribuída nos níveis “excelente”, “muito bom” e “bom” (Tabela 11).

Relativamente aos “órgão de gestão”, a média da satisfação é 51,1% (DP±22,7), com 36,5% da amostra a classificar a satisfação em “excelente”, “muito bom” e “bom” e 63,5% em “regular e mau”. Na análise global das questões relativas à ação dos OG destaca-se que 47,9% dos profissionais a consideram como “regular” e apenas 1% como “excelente” (Tabela 11).

A faceta “recursos humanos” obteve uma satisfação média de 74,6% (DP±15,7) classificada como “bom”, com 81,1% da amostra a classificar a satisfação em “excelente”, “muito bom” e “bom”. A classificação “muito bom” e “bom” foi atribuída por 43,8% da amostra (Tabela 11).

Tabela 11 - Qualidade do local de trabalho: escala, subescala, faceta e itens

Escala	Subescala	Faceta	Itens	Exc	MBom	Bom	Reg	Mau	Σ	Média Satisf	DP
QLT			<i>n</i>	1962	3623	4255	3281	1470	14591	67,4%	13,1
			%	13,4	24,8	29,2	22,5	10,1	100		
PRH			<i>n</i>	340	910	1521	1358	394	4523	64,2%	15,1
			%	7,5	20,1	33,6	30,0	8,7	100		
OG			<i>n</i>	20	129	584	961	314	2008	51,1%	22,7
			%	1,0	6,4	29,1	47,9	15,6	100		
Reconhecimento dos órgãos da direção			<i>n</i>	5	37	152	238	70	502	52,5%	24,6
			%	1,0	7,4	30,3	47,4	13,9	100		
Comunicação			<i>n</i>	7	30	149	235	81	502	51,0%	25,6
			%	1,4	6,0	29,7	46,8	16,1	100		
Queixas e objeções			<i>n</i>	5	25	126	256	90	502	48,5%	25,5
			%	1,0	5,0	25,1	51,0	17,9	100		
Planificação de atividades			<i>n</i>	3	37	157	232	73	502	52,2%	24,9
			%	0,6	7,4	31,3	46,2	14,5	100		
RH			<i>n</i>	320	781	937	397	80	2515	74,6%	15,7
			%	12,7	31,1	37,3	15,8	3,2	100		
Continuidade do pessoal			<i>n</i>	85	158	168	68	24	503	75,3%	23,2
			%	16,9	31,4	33,4	13,5	4,8	100		
Proporção hierárquica			<i>n</i>	70	161	206	60	6	503	77,4%	17,5
			%	13,9	32,0	41,0	11,9	1,2	100		
Número de profissionais			<i>n</i>	59	143	169	100	32	503	70,8%	24,7
			%	11,7	28,4	33,6	19,9	6,4	100		
Trabalho de equipa			<i>n</i>	58	171	187	79	8	503	76,0%	18,6
			%	11,5	34,0	37,2	15,7	1,6	100		
Comunicação			<i>n</i>	48	148	207	90	10	503	73,8%	18,9
			%	12,7	29,4	41,2	17,9	2,0	100		

QLT: qualidade do local de trabalho; PRH: política de recursos humanos; OG: órgãos de gestão; RH: recursos humanos; Exc: excelente; MBom: muito bom; Reg: regular; Satisf: satisfação; DP: desvio padrão

A subescala “moral”, integrada na escala “qualidade do local de trabalho”, engloba as facetas “estado de espírito” e “coordenador”.

Da análise da Tabela 12, verifica-se que a satisfação média relativamente à subescala “moral” foi de 80,6% (DP±15,2), classificada como “bom”. A distribuição da

amostra por níveis de satisfação foi de 58,9% no “excelente” e “muito bom” e 28% no “regular”.

O “estado de espírito” apresenta uma média de satisfação de 79,8% (DP±15,2) com 89% da amostra a distribuir-se nos níveis “excelente”, “muito bom” e “bom”. A classificação de “muito bom” e “bom” foi atribuída por 73,3% da amostra. O item “forma como encara o facto de trabalhar nesta unidade”, “do seu”, atingiu uma média de satisfação 82,8% (DP±16,2), com 63,7% a classificar como “excelente” e “muito bom”, 33,7% “bom” e 8,9% “regular” e “mau”, respetivamente (Tabela 12).

A faceta “coordenador da unidade de saúde” (CO) obteve uma satisfação média de 80,8% (DP±16,2), com 59,5% a classificarem de “excelente” e “muito bom” e 26,9% como “bom”. O item “abertura” obteve uma média de satisfação 85,5% (DP±16,1), com 68,6% a classificarem como “excelente” e “muito bom” (Tabela 12).

Tabela 12 - Qualidade do local de trabalho: subescala, faceta e itens (cont.)

Subescala	Faceta	Itens	Exc	MBom	Bom	Reg	Mau	Σ	M	DP
M		<i>n</i>	1527	2329	1831	749	111	6547	80,6%	15,2
		%	23,3	35,6	28,0	11,4	1,7	100		
EE		<i>n</i>	158	398	339	98	13	1006	79,8%	15,8
		%	15,7	39,6	33,7	9,7	1,3	100		
	Dos outros	<i>n</i>	47	189	201	56	10	503	76,7%	18,2
		%	9,3	37,6	40,0	11,1	2,0	100		
Do seu	<i>n</i>	111	209	139	42	3	503	82,8%	16,2	
	%	22,1	41,6	33,7	8,3	0,6	100			
CO		<i>n</i>	1369	1931	1492	651	98	5541	80,8%	16,2
		%	24,7	34,8	26,9	11,7	2,8	100		
	Abertura	<i>n</i>	173	173	125	31	3	505	85,5%	16,1
		%	34,3	34,3	24,8	6,1	0,6	100		
	Razoabilidade	<i>n</i>	98	194	145	59	9	505	79,9%	19,1
		%	19,4	38,4	28,7	11,7	1,8	100		
	Inovação	<i>n</i>	120	208	121	53	3	505	82,9%	16,9
		%	23,8	41,2	24,0	10,5	0,6	100		
	Liberdade	<i>n</i>	138	183	128	50	5	504	82,8%	17,8
		%	27,4	36,3	25,4	9,9	1,0	100		
	Atitude positiva	<i>n</i>	114	184	125	70	11	504	79,8%	20,4
		%	22,6	36,5	24,8	13,9	2,2	100		
	Atitude construtiva	<i>n</i>	94	176	152	72	9	503	78,5%	19,5
		%	18,7	35,0	30,2	14,3	1,8	100		
	Investimento na qualidade	<i>n</i>	164	157	105	67	10	503	82,0%	20,7
		%	32,6	31,2	20,9	12,7	2,0	100		
	Apoio	<i>n</i>	113	171	142	64	13	503	79,2%	20,8
		%	22,5	34,0	28,2	12,7	2,6	100		
	Expetativas	<i>n</i>	109	173	146	60	15	503	78,9%	21,2
		%	21,7	34,4	29,0	11,9	3,0	100		
Conhecimentos	<i>n</i>	112	168	152	65	6	503	79,9%	18,6	
	%	22,3	33,4	30,2	12,9	1,2	100			
Circulação da informação	<i>n</i>	134	144	151	60	14	503	79,4%	21,2	
	%	26,6	28,6	30,0	11,9	2,8	100			

QLT: qualidade do local de trabalho; PRH: política de recursos humanos; OG: órgãos de gestão; RH: recursos humanos; M: moral; EE: estado de espírito; SH: coordenador; Exc: excelente; MBom: muito bom; Reg: regular; Satisf: satisfação; DP: desvio padrão; cont.: continuação; M: Média da satisfação.

A subescala “recursos tecnológicos e financeiros”, integrada na escala “qualidade do local de trabalho”, engloba as facetas “vencimento” e “local de trabalho e equipamento”.

Da análise da Tabela 13, verifica-se que a satisfação média relativamente à subescala “recursos tecnológicos e financeiro” foi de 47,1% (DP±19,8), classificada como “regular”. A distribuição da amostra por níveis de satisfação foi de 39,2% no “excelente”, “muito bom” e “bom”, de 33,3% no “regular” e 27,4% no “mau”.

A faceta “vencimento” obteve uma média de satisfação de 39,0% (DP±32,4), com a amostra a distribuir-se com 11,0% no “excelente” e “muito bom”, 68,6% no “regular” e “mau” e 20,5% no “bom”. A média de satisfação em relação ao item “Em relação ao seu desempenho” foi de 37,6% (DP±34,3) com 41,9% a classificarem de “mau” (Tabela 13).

Relativamente à faceta “local de trabalho e equipamento” a média de satisfação foi de 53,2% (DP±20,8), classificado como “bom”. A classificação “bom” e “regular” representam 66,2% das preferências. O item segurança obteve uma média de satisfação de 41,2% (DP±30), com 74,7% da amostra a classificar como “regular” e “mau” (Tabela 13).

Tabela 13 - Qualidade do local de trabalho: subescala, faceta e itens (cont.)

Escala	Subescala	Faceta	Itens	Exc	MBom	Bom	Reg	Mau	Σ	M	DP
RTF			<i>n</i>	95	384	903	1174	965	3521	47,1%	19,8
			%	2,7	10,9	25,6	33,3	27,4	100		
	Vencimento		<i>n</i>	31	134	310	440	594	1509	39,0%	32,4
			%	2,1	8,9	20,5	29,2	39,4	100		
		Em relação à sua responsabilidade	<i>n</i>	10	40	111	160	182	503	40,5%	32,9
			%	2,0	8,0	22,1	31,8	36,2	100		
		Em relação à sua experiência	<i>n</i>	11	47	102	142	201	503	38,9%	34,1
			%	2,2	9,3	20,3	28,2	40,0	100		
		Em relação ao seu desempenho	<i>n</i>	10	47	97	138	211	503	37,6%	34,3
			%	2,0	9,3	19,3	27,4	41,9	100		
LTE			<i>n</i>	64	250	593	734	371	2012	53,2%	20,8
			%	3,2	12,4	29,5	36,5	18,4	100		
		Limpeza	<i>n</i>	22	79	155	178	69	503	57,8%	27,7
			%	4,4	15,7	30,8	35,4	13,7	100		
		Segurança	<i>n</i>	9	27	91	220	156	503	41,2%	30,0
			%	1,8	5,4	18,1	43,7	31,0	100		
		Organização do espaço	<i>n</i>	26	106	194	131	46	503	64,2%	25,5
			%	5,2	21,1	38,6	26,0	9,1	100		
		Equipamento	<i>n</i>	7	38	153	205	100	503	49,9%	27,9
			%	1,4	7,6	30,4	40,8	19,9	100		

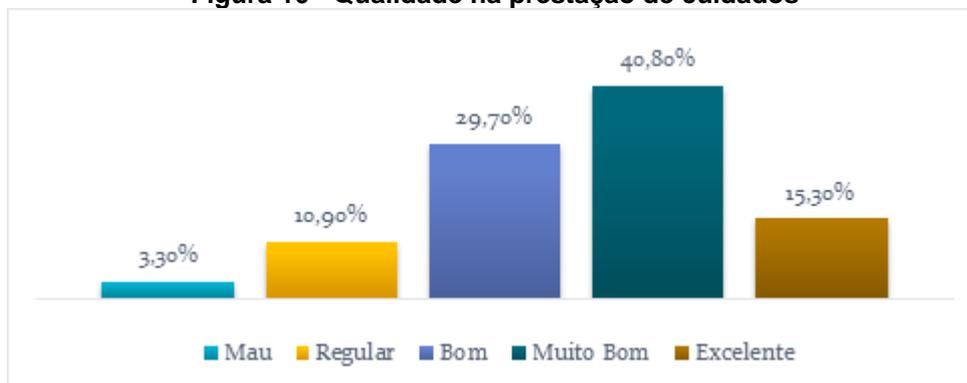
RTF: recursos tecnológicos e financeiros; LTE: local de trabalho e equipamento; Exc: excelente; MBom: muito bom; Reg: regular; Satisf: satisfação; cont.: continuação; DP: desvio padrão; M: Média da satisfação.

Qualidade da prestação de cuidados

A escala “qualidade da prestação de cuidados” é constituída por 7 itens (Tabela 14). A média da satisfação obtida nesta escala foi de 78,3% (DP±12,7), com 56% da amostra

a classificar como “excelente” e “muito bom” e 29,7% de “bom”. A classificação “muito bom” foi atribuída por 40,8% dos profissionais (Figura 10).

Figura 10 - Qualidade na prestação de cuidados



A “capacidade dos profissionais” obteve uma média de satisfação de 86,1% (DP±13,2) com 73,65% da amostra a classificar como “excelente” e “muito bom” (Tabela 14).

O item “capacidade da USF em controlar os custos com os cuidados prestados” obteve uma média de satisfação 71,9% (DP±21,1), com 35,6% a classificarem como “excelente” e “muito bom” e, 46% como “bom”. As classificações “regular” e “mau” obtiveram 18,4% das preferências (Tabela 14).

Relativamente às “condições das instalações”, 52,8% classificaram-nas como “regular” e “mau” e 16,2% como “mau” (Tabela 14).

Tabela 14 - Itens da escala “Qualidade na prestação de cuidados”

Escala	Itens	Exc	MBom	Bom	Reg	Mau	Σ	M	DP
QPC	<i>n</i>	536	1427	1040	383	114	3500	78,3%	12,7
	%	15,3	40,8	29,7	10,9	3,3	100		
Atendimento	<i>n</i>	90	233	141	31	5	500	82,8%	16,1
	%	18,0	46,6	28,2	6,2	1,0	100		
Coordenação de cuidados	<i>n</i>	98	240	135	24	3	500	84,1%	14,8
	%	19,6	48,0	27,0	4,8	0,6	100		
Capacidade dos profissionais	<i>n</i>	112	256	112	19	1	500	86,1%	13,2
	%	22,4	51,2	22,4	3,8	0,2	100		
Sensibilidade	<i>n</i>	112	251	109	27	1	500	85,5%	13,9
	%	22,4	50,2	21,8	5,4	0,2	100		
Condições das instalações	<i>n</i>	23	59	154	183	81	500	55,1%	28,4
	%	4,6	11,8	30,8	36,6	16,2	100		
Informações	<i>n</i>	69	242	159	29	1	500	82,5%	13,9
	%	13,8	48,4	31,8	5,8	0,2	100		
Custo dos cuidados	<i>n</i>	32	146	230	70	22	500	71,9%	21,1
	%	6,4	29,2	46,0	14,0	4,4	100		

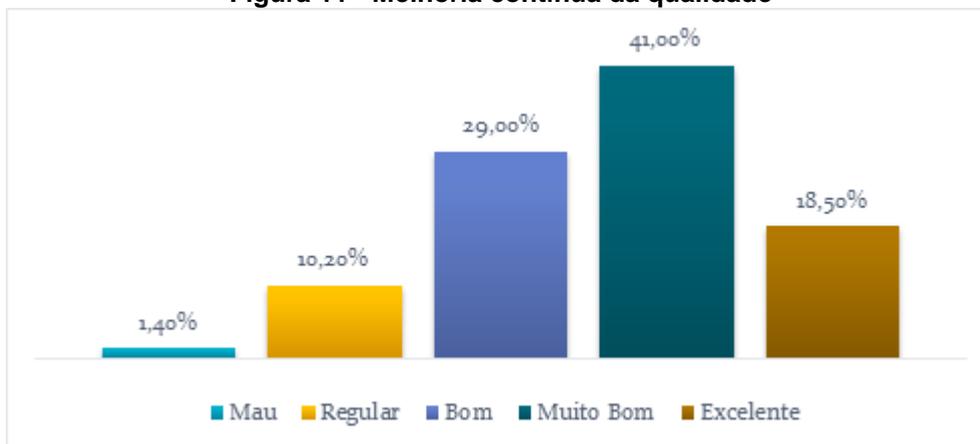
QPC: qualidade na prestação de cuidados; Exc: excelente; MBom: muito bom; Reg: regular; Satisf: satisfação; DP: desvio padrão; M: Média da satisfação.

Melhoria contínua da qualidade

A escala “Melhoria contínua da qualidade” é constituída por 8 itens (Tabela 15). A

média da satisfação obtida nesta escala foi de 80,7% (DP±13,7), com 70% da amostra a classificar como “muito bom” e “bom”, 18,5% como “excelente” e 10,2% como “regular” (Figura 11).

Figura 11 - Melhoria contínua da qualidade



O item “orgulho que sente no desempenho de funções da sua profissão” obteve uma média de satisfação de 87,6% (DP±15,7) com 77,5% da amostra a classificar como “excelente” e “muito bom” e 15,4% de “bom”. As classificações “regular” e “mau” obtiveram 7,0% das preferências (Tabela 15).

Relativamente ao item “forma como foi preparado/a para melhorar a qualidade do serviço”, este obteve uma média de satisfação de 76,6% (DP±19,2), com 49,4% a classificarem como “excelente” e “muito bom” e 34,6% como “bom”. A classificação “regular” e “mau” obteve 16% das preferências (Tabela 15).

Tabela 15 - Itens da escala “Melhoria contínua da qualidade”

Escala	Itens	Exc	MBom	Bom	Reg	Mau	Σ	M	DP
MCQ	<i>n</i>	740	1638	1159	406	57	4000	80,7%	13,7
	%	18,5	41,0	29,0	10,2	1,4	100		
Melhoria da qualidade	<i>n</i>	100	237	128	32	3	500	83,8%	15,3
	%	20,0	47,5	25,6	6,4	0,6	100		
Bem à primeira vez	<i>n</i>	65	230	153	43	9	500	80,1%	17,9
	%	13,0	46,0	30,6	8,6	1,8	100		
Forma como foi preparado	<i>n</i>	50	197	173	69	11	500	76,6%	19,2
	%	10,0	39,4	34,6	13,8	2,2	100		
Ambiente de trabalho	<i>n</i>	88	178	153	72	9	500	78,3%	19,5
	%	17,6	35,6	30,6	14,4	1,8	100		
Diminuir o desperdício	<i>n</i>	55	177	193	68	7	500	76,7%	17,9
	%	11,0	35,4	38,6	13,6	1,4	100		
Partilha de ideias	<i>n</i>	89	199	149	56	7	500	80,1%	18,2
	%	17,8	39,8	29,8	11,2	1,4	100		
Orgulho da profissão	<i>n</i>	189	199	77	32	3	500	87,6%	15,7
	%	37,8	39,8	15,4	6,4	0,6	100		
Expectativas na qualidade	<i>n</i>	104	221	133	34	8	500	82,6%	17,6
	%	20,8	44,2	26,6	6,8	1,6	100		

MCQ: melhoria contínua da qualidade; Exc: excelente; MBom: muito bom; Reg: regular; Satisf: satisfação; DP: desvio padrão
M: Média da satisfação.

3.2.3. Satisfação global

A satisfação global baseia-se na resposta dos profissionais aos itens “sente que a sua formação é a adequada para desempenhar o seu trabalho?”, “recomendaria os serviços desta USF a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados?”, “recorreria a esta USF caso necessitasse de cuidados” e “se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta USF para trabalhar?” (Tabela 16).

Relativamente à formação profissional ou académica adequada, 96,4% consideraram adequada. Apenas 3,6% a consideraram não adequada (Tabela 16).

Questionados sobre a possibilidade de recomendar a unidade de saúde a familiares ou a amigos, em caso de necessidade de cuidados, reponderam 90,8% “claro que sim” e 8,2%, “provavelmente sim”. Apenas 1% responderam “provavelmente não” e “claro que não” (Tabela 16).

Sobre a possibilidade de o próprio utilizar a unidade de saúde, em caso de necessidade de cuidados, reponderam 91,8% “claro que sim” e 7% “provavelmente sim”. Apenas 1,2% respondeu “provavelmente não” e “claro que não” (Tabela 16).

À pergunta “se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta USF para trabalhar?”, responderam “claro que sim” 76,4%, “provavelmente sim”, 16,6% e 7% “provavelmente não” e “claro que não” (Tabela 16).

Tabela 16 - Satisfação Global

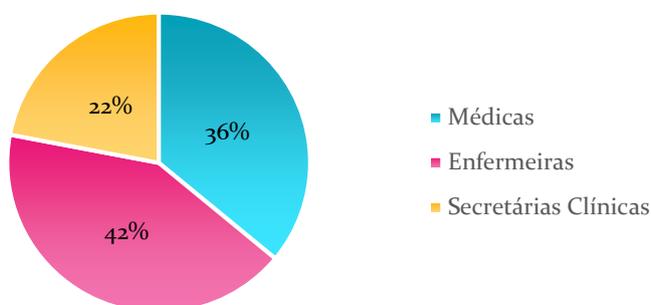
		<i>n</i>	%		
Formação adequada	Sim	481	96,4		
	Não	18	3,6	Odds Ratio	27/1
Não responderam: 15					
Recomendaria esta USF	Claro que sim	453	90,8		
	Provavelmente sim	41	8,2	Sim	99%
	Provavelmente não	4	0,8	Não	1%
	Claro que não	1	0,2	Odds Ratio	99/1
Não responderam: 15					
Utilizaria esta USF	Claro que sim	458	91,8		
	Provavelmente sim	35	7,0	Sim	98,8%
	Provavelmente não	4	0,8	Não	1,2%
	Claro que não	2	0,4	Odds Ratio	82/1
Não responderam: 15					
Escolheria de novo trabalhar nesta USF	Claro que sim	381	76,4		
	Provavelmente sim	83	16,6	Sim	93%
	Provavelmente não	26	5,2	Não	7%
	Claro que não	9	1,8	Odds Ratio	13/1
Não responderam: 15					

3.2.4. Análise qualitativa

Formulou-se uma questão aberta no IASP (*Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por esta USF e a sua qualidade como local de trabalho?*) onde se pedia a opinião sobre a forma de melhorar o serviço prestado pela USF e a qualidade como local de trabalho.

Foram escritas 11 140 palavras, cerca de 32 páginas, por 275 profissionais, estando 174 integrados em USF modelo A e, 101 em modelo B. Relativamente à categoria profissional, 42% ($n=116$) eram enfermeiros/as, 36 % ($n=100$) médicos/as e 22% ($n=59$) secretários/as clínicos/as (Figura 12). Eram do sexo feminino 74% ($n=202$) e do masculino 18% ($n=48$).

Figura 12 - Distribuição dos profissionais por setor profissional



Pela análise da Tabela 17 verificamos que as respostas foram codificadas em 353 referências, sendo a faceta LTE a que mereceu o maior número de respostas, com 43,6% ($n=164$), seguido da RH, com 12,2% ($n=43$) e QPC, com 11,3% ($n=40$).

Tabela 17 - Número de referências por escala/faceta

Escalas/Facetas	QPC	MCQ	Contrat	OG	RH	EE	CO	V	LTE	Total
Nº de referências	40	34	12	28	43	1	18	13	164	353

QPC: qualidade na prestação de cuidados; MCQ: melhoria contínua da qualidade; Contrat: contratualização; OG: órgãos de gestão; RH: recursos humanos; EE: estado de espírito; CO: coordenador; V: vencimento; LTE: local de trabalho e equipamento

Analisando a Tabela 18, verificamos que os profissionais do sexo feminino deram origem a 254 referências e os do sexo masculino 64. Em relação à profissão, médicos/as e enfermeiros/as, estes deram origem a 140 referências associadas a cada grupo profissional, e os/as Secretários/as Clínico/as 67 referências.

Os profissionais das USF modelo A originaram 223 referências e os da modelo B 122. Em relação ao grupo etário, 142 foram originadas pelos profissionais com menos de 44 anos, 78 por profissionais com 45 a 54 anos e 96 por profissionais com mais de 55 anos.

Tabela 18 - Referências segundo escalas e facetas por descritor

Descritor	Escalas e facetas										Total
	QPC	MCQ	Cont	OG	RH	EE	CO	V	LTE		
Sexo	Masculino	4	5	6	11	5	0	4	5	24	64
	Feminino	33	25	5	13	33	1	13	6	125	254
Profissão	Médico	11	15	8	17	16	0	7	7	59	140
	Enfermeiro	23	14	1	10	19	1	6	4	62	140
	Secretário Clínico	6	4	2	1	8	0	4	2	40	67
Modelo de USF	Modelo A	23	19	6	16	36	1	11	12	99	223
	Modelo B	14	13	6	12	8	0	6	1	62	122
Grupo etário	Até 44	17	16	5	11	14	0	7	6	66	142
	45-54	7	8	1	4	9	1	6	1	41	78
	Mais de 55	10	8	5	11	15	0	3	5	39	96

QPC: qualidade na prestação de cuidados; MCQ: melhoria contínua da qualidade; Cont: contratualização; OG: órgãos de gestão; RH: recursos humanos; EE: estado de espírito; CO: coordenador; V: vencimento; LTE: local de trabalho e equipamento

Seguidamente iremos analisar as referências atribuídas à cada uma das facetas da escala QLT e às escalas QPC e MCQ, encontrando-se em anexo todas as respostas:

- A primeira faceta da escala QLT é OG (órgãos de gestão do ACeS). Foram atribuídas a esta faceta 28 referências (anexo II), a que corresponde 5,18% do texto. Procurámos identificar as medidas, sugeridas pelos profissionais, que sejam da competência dos órgãos de gestão do ACeS.

Os profissionais referem a necessidade de melhorar a comunicação entre as USF e os órgãos de gestão do ACeS. As respostas típicas desta necessidade são as seguintes:

“Maior proximidade com o CC e ACeS”. (OG19)

“Melhoria na comunicação entre USF e Direção do ACeS (...)”. (OG21)

No entanto, a autonomia financeira e administrativa é abordada em três referências, de que é exemplo:

“Garantir e aprofundar a “Autonomia” das USFs prevista na lei, permitindo desenvolver serviços e áreas de intervenção clínica para além da carteira básica de serviços através de protocolos com Hospital de referência ou com apoio protocolizado com indústria farmacêutica”. (OG12)

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

“A falta do reconhecimento pelo desempenho desenvolvido, começando pelos ACeS, nada é devidamente valorizado na minha opinião, se assim não fosse as queixas e reclamações seriam valorizadas e trabalhadas”. (OG3)

- À faceta RH (recursos humanos) foram atribuídas 43 referências (anexo III), a que corresponde 7,85% do texto de respostas. Criar estabilidade nas equipas e dotar as USF de recursos adequados, são necessidades percebidas por diversos profissionais, como se depara nos seguintes relatos:

“Criar estabilidade profissional a todos os elementos que integram a USF”. (RH18)

“Dotar a USF do número de profissionais médicos necessários”. (RH 19)

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

“Maior espírito de equipa e colaboração de alguns elementos”. (RH2)

“O maior desafio neste momento é por todos a “vestir a camisola” e motivar permanentemente, o que penso se está a conseguir”. (RH9)

“Toda a equipa remar com a mesma vontade, força e disponibilidade para o mesmo caminho, e termos a noção clara que o bem da USF é implicitamente o nosso bem”. (RH13)

“Se fossem resolvidos os constantes problemas de ausência prolongada de profissionais (substituição rápida por outros profissionais) que, nos últimos 3 anos têm sido uma constante nesta unidade, diminuiria o desgaste de toda a equipa que se verifica neste momento. Todos estamos no limite das nossas capacidades e com níveis de stress elevadíssimos”. (RH40)

- Em relação à faceta EE (estado de espírito), que questiona sobre o relacionamento e comunicação entre profissionais, são feitas 10 referências (anexo IV), que representam 0,75% do texto. A necessidade de espírito de equipa e a melhoria de colaboração entre profissionais, a par da ajuda e partilha, são as sugestões mais comuns. Existe referência à necessidade melhorar a gestão de conflitos:

“Maior espírito de equipa e colaboração de alguns elementos”. (EE1)

“Melhorar o espírito de equipa e relações interpessoais. Melhorar a gestão de conflitos internos”. (EE7)

- Relativamente à faceta CO (coordenador) foram consideradas 18 referências (anexo V), que representam 3,38% do texto. A sugestão, implícita e explícita, na maior parte das referências está relacionada com a necessidade das pessoas serem ouvidas pelo coordenador, fazerem reuniões de serviço por setor profissional e melhorar a liderança, com imparcialidade:

“Terem em atenção em todo o esforço e dedicação de todos os profissionais das USF, pois tratasse de um trabalho mais exigente”. (CO1)

“Reunião de serviço, quer por sectores médico/enfermagem e secretariado clínico. Mais reuniões de serviço para Discussão de temas clínicos”. (CO4)

“Investir ainda mais no trabalho em equipa, debater os problemas abertamente. Motivar os profissionais pela positiva, com elogios e não apontando sempre os defeitos. Pessoas mais abertas e dinâmicas com a aposta na formação externa e interna com troca de experiências com outras USF”. (CO7)

- A faceta V (vencimento) foi alvo de 13 referências (anexo VI), representando 1,75% do texto. As sugestões organizam-se em duas áreas, por um lado a necessidade de aumento de vencimento e, por outro, a atribuição de incentivos, de modo a corrigir as desigualdades entre profissionais:

“Com incentivo dos profissionais-corrigindo as desigualdades salariais dos profissionais das USF- “com trabalho igual, salário igual”. (V2)

“Remunerações adequadas às funções e desempenho dos profissionais assim como às melhorias e poupança conseguidas.” (V6)

- À faceta LTE (local de trabalho e equipamento) foram atribuídas 164 referências (anexo VII), a que corresponde 34,04% do total do texto. Trata-se da área onde se situa a maioria das preocupações dos profissionais. Poderemos analisar as sugestões em quatro áreas: limpeza; segurança; organização do espaço; equipamentos.

A palavra “limpeza” é referida 28 vezes, em todo o documento, resultante de todas as respostas à questão 28. Os profissionais dão grande importância a esta vertente da qualidade do seu local de trabalho, como se pode observar nas seguintes respostas:

“É importante melhorar a limpeza no local de trabalho”. (LTE49)

“Outro problema que se verifica é a qualidade dos serviços de limpeza. Não faltam meios, falta sim qualidade no serviço efetuado.” (LTE59)

“Melhoria na higiene dos espaços”. (LTE164)

A segurança contra roubos, mas sobretudo no que respeita à integridade física, estão bem presentes nas recomendações efetuadas. O sentimento de insegurança referido está relacionado, sobretudo, com os utentes:

“Na minha opinião falta-nos segurança, (temos por vezes agressão de utentes) ”. (LTE116)

“Os serviços poderiam ser melhores se houvesse um segurança, acho muito importante a segurança no trabalho, pois nunca sabemos com quem estamos a lidar”. (LTE134)

Em relação à organização dos espaços, fazem-se referências às condições precárias das instalações, havendo profissionais a exercer a atividade em contentores, e à necessidade de reabilitação de alguns edifícios. A organização interna, quer dos circuitos de utentes e funcionários, quer dos espaços, são preocupação dos profissionais, apesar de ser uma situação de possível resolução dentro da unidade funcional:

“Um dos maiores problemas desta USF são as instalações. Uma parte da USF (sede) são contentores, que se degradam a cada dia que passa. Na minha opinião a construção das novas instalações, previstas há tantos anos, proporciona rias aos profissionais melhores condições de trabalho e aos nossos utentes, ainda melhores cuidados de saúde em ambiente mais acolhedor e confortável.” LTE162)

“Mais seguras e adequadas à dinâmica de trabalho de equipas nucleares. - o circuito dos utentes não deveria interferir com a qualidade de trabalho e privacidade dos serviços prestados a cada indivíduo”. (LTE163)

Relativamente aos equipamentos, teremos que salientar a preocupações com os sistemas de informação. A palavra “informático” aparece em 26 referências e refere-se à velocidade dos computadores, à sua degradação relacionada com a idade e até ao suporte prestado pelos técnicos afetos a essa área, considerada

fundamental nas unidades de saúde. O descontentamento com a aplicação PEM2 também está presente.

As seguintes citações ilustram o descrito anteriormente:

“O sistema informático, ora vai abaixo, ou é lento...”. (LTE16)

“É urgente a melhoria do sistema informático, que devido à sua lentidão, nos obriga a aumentar o tempo de espera dos utentes e nos leva à saturação, frustração e por vezes até desespero, por não conseguirmos efectuar os registos em tempo útil, o que compromete seriamente a qualidade dos serviços prestados...por vezes, fica a sensação de que "despachamos" o utente, em vez de o "atendermos", de forma humanizada desejada (a capacidade de escuta activa, fica muitas vezes comprometida, pelo ecrã do computador, para o qual "ficamos a olhar", à espera que desencrave ou que "ande")...sinceramente, é a minha maior frustração profissional, actualmente!” (LTE50)

“Atualmente o fator que mais perturba e compromete a qualidade dos serviços prestados aos utentes e a satisfação dos profissionais de saúde, nomeadamente na área médica é a lentidão do sistema informático, nomeadamente da nova aplicação de prescrição médica (PEM). Esta situação tem de ser urgentemente repensada pois está a tornar-se incomportável os atrasos constantes secundários a prescrição médica”. (LTE17)

“Melhorando o apoio informático, nomeadamente a velocidade e interface do PEM, que atualmente tem contribuído para o atraso sistemático da consulta e para o desespero dos médicos”. (LTE85)

Ainda em relação ao equipamento geral, os profissionais sugerem a reposição atempada dos materiais de consumos corrente, bem como a substituição ou reparação dos equipamentos avariados, de forma a não haver interferência nas atividades correntes:

“Dotando a USF do equipamento que necessita (tensiómetros, espéculos auriculares, etc.). Fornecendo os materiais em quantidade e atempadamente.” (LTE47)

“Melhoria de equipamentos de apoio á atividade clinica, como simples oximetria, aspirador ORL para cerúmen, equipamentos de MAPA.” (LTE61)

“Falta de equipamentos básicos para prestação de cuidados médicos e de enfermagem, como por exemplo, falta de pilhas, esfigmomanómetros, balanças, otoscópios, lanternas, doppler, folhas de papel, clips, envelopes, sabonete para as mãos, rolo de marquesa, papel para as mãos, ausência de máscaras de nebulização, dotação insuficiente de medicação nas salas de tratamento, entre outros.” (LTE63)

“Substituição do equipamento uma vez que começa a ficar muito danificado.” (LTE158)

O estacionamento junto ao local de trabalho aparece como uma sugestão em 6 referências (anexo VIII), havendo a perceção que a escassez de lugares se tem vindo a agravar. Esse espaço deveria ser garantido quer a profissionais quer a utentes, de acordo com as seguintes citações:

² A PEM, prescrição eletrónica médica, é uma aplicação informática desenvolvida pela SPMS destinada à prescrição eletrónica de medicamentos, cuidados respiratórios domiciliários e de meios complementares de diagnóstico. Esta ferramenta, disponível tanto nas instituições de cuidados de saúde primários como em ambiente hospitalar, possibilita o envio de dados para o sistema central.
Fonte: <http://spms.min-saude.pt/blog/2013/11/01/pem-prescricao-eletronica-medica/>

“Falta de estacionamento está a tornar-se um grave problema para os profissionais, desta e das outras unidades.” (ESTAC1)

“Melhorar estacionamento para funcionários e utentes (Francamente insuficiente)” (ESTAC5)

- A escala QPC (qualidade na prestação de cuidados) apresenta 40 referências (anexo IX), a que corresponde 6,26% do texto de respostas. Nesta escala, os profissionais sugerem melhorias, sobretudo nas condições das instalações, relacionadas com o conforto, a limpeza e a temperatura ambiente. A higienização, já abordada na faceta LTE, é um pré-requisito à qualidade na prestação de cuidados. São feitas, ainda, considerações à forma como são atendidos os utentes e à sensibilidade dos profissionais aos seus problemas e preocupações:

“Limpeza adequada, higienização específica”. (QPC19)

“Melhorar as condições da própria usf relativamente ao espaço físico, nomeadamente no conforto e climatização da sala de espera e gabinetes”. (QPC28)

“Melhoria das condições de trabalho como climatização, material, equipamentos e segurança.” (QPC13)

“Uma vez que a maioria das consultas tem apenas 15 minutos desde que o doente é chamado e a consulta seguinte, reduzindo-se praticamente para 10 minutos, o que torna impossível realizar uma consulta com qualidade e mais humanizada, é a negação da medicina! Com a multiplicidade de funções burocráticas, plataformas on-line que não funcionam, registo de inúmeros exames complementares sem interface dos resultados, um absurdo numa geração com tecnologia de ponta! Gerando, conseqüentemente, insatisfação para o utente e para o profissional.” (QPC10)

“Havendo mais humanização por parte dos Clínicos, serem mais recetivos aos problemas dos utentes, ouvi-los”. (QPC17)

- A escala MCQ (melhoria contínua da qualidade) apresenta 34 referências (anexo X), a que corresponde 4,11% do texto de respostas. Os profissionais apontam a formação como a base para a melhoria da qualidade das USF. A gestão do risco e a acreditação são também focados:

“Ainda falta mais trabalho de conhecimento...” (MCQ3)

“Apostar na formação contínua por causa de procedimentos que estão sempre a sofrer alterações”. (MCQ4)

“Cumprimento do acordado com a ARS e ACeS a nível do suporte, nomeadamente nas atividades programadas de Gestão do Risco Clínico e Não Clínico, que já deveriam ter sido executadas e ainda não foram na sua totalidade” (MCQ10)

“Desenvolvimento do processo de Acreditação.” (MCQ12)

“Ter formação na área da qualidade e da acreditação.” (MCQ34)

Durante o processo de codificação das respostas em dimensões, verificámos que a contratualização era abordada por vários profissionais. Criámos uma dimensão onde foi possível juntar 12 referências (anexo XI), que representam 2,47% do texto de respostas. Referem-se à necessidade de discutir os indicadores de contratualização e às estratégias para os alcançar, embora alguns profissionais deleguem o cumprimento

de indicadores para segundo plano, focando-se na qualidade do desempenho. A maioria das sugestões referem-se à necessidade de diminuir a “pressão dos indicadores”, havendo uma que sugere a implementação de um “SIMPLEX das USF”:

“Acho que já trabalhamos tanto e tão bem que apenas podemos ir limando pequenas “arestas” e disciplinar-nos no registo de tudo o que fazemos.” (CONT1)

“Estudar os indicadores e aquilo que eles nos podem transmitir sobre a qualidade dos serviços prestados, sobretudo no objetivo final que são os ganhos em saúde da população servida.” (CONT5)

“Se organizando para realmente oferecer um serviço com qualidade aos utentes ao invés de focar os interesses em discutir estratégias para atingir indicadores.” (CONT4)

“Penso que a energia emocional neste momento está toda voltada para mecanismos de gestão. Isso faz com que o objetivo principal dos cuidados de saúde (ver os doentes) fique colocado em segundo plano. As USFs estão emperradas em burocracias que exigem um tempo enorme do profissional de saúde, que é pago para prestar cuidados de saúde, o que neste momento torna-se extremamente frustrante para o profissional. Parece mentira, mas mesmo após poucos anos da reforma já se faz necessário o SIMPLEX das USFs. O que menos custa no nosso trabalho é atender os utentes.” (CONT12)

3.2.5. Determinantes da satisfação profissional

Foram formuladas as hipóteses de investigação, em que se pretende relacionar cada dimensão de satisfação com as diferentes variáveis.

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

Apresenta-se, ainda, o teste estatístico aplicado e nível de significância, definido através do *p-value*.

Satisfação Profissional e fatores sociodemográficos

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

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

Relativamente à variável sexo (Tabela 19), verifica-se que existe diferença entre o nível de satisfação entre sexos, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$), com o sexo masculino a apresentar maior satisfação, relativamente ao feminino, na escala “qualidade do local de trabalho”, (71,5/66,9), na faceta “recursos humanos” (79,49/74,42), na escala “recursos tecnológico e financeiros” (54,38/45,45), na faceta “vencimento” (45,61/36,32) e “local de trabalho e equipamento” (60,95/52,29). Rejeita-se a hipótese nas dimensões da satisfação referidas.

Para um nível de significância $\alpha=0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0) nas restantes dimensões da satisfação.

Tabela 19 - H_1 : Satisfação profissional segundo o sexo

Escola	Subescala	Faceta	Sexo	n	M	DP	t	p
Qualidade do local de trabalho			F	361	66,93	12,57	-2,945	0,003*
			M	79	71,52	12,57		
Política de recursos humanos			F	361	63,96	14,68	-1,703	0,089
			M	79	67,09	15,22		
Órgãos de gestão			F	361	50,9	22,30	-0,241	0,810
			M	79	51,58	24,99		
Recursos humanos			F	361	74,42	15,05	-2,708	0,007*
			M	79	79,49	15,33		
Moral			F	361	80,55	14,72	-1,777	0,076
			M	79	83,83	15,53		
Estado de espírito			F	361	79,56	15,57	-1,33	0,184
			M	79	82,15	16,36		
Coordenador			F	361	80,73	15,76	-1,732	0,084
			M	79	84,13	16,18		
Recursos tecnológicos e financeiros			F	361	45,45	19,56	-3,674	0,000*
			M	79	54,38	19,62		
Vencimento			F	361	36,32	32,40	-2,293	0,022*
			M	79	45,61	33,77		
Local de trabalho e equipamento			F	361	52,29	20,45	-3,423	0,001*
			M	79	60,95	19,94		
Qualidade na prestação de cuidados			F	361	78,16	12,59	-1,266	0,206
			M	79	80,13	12,27		
Melhoria contínua da qualidade			F	361	80,68	13,32	-0,715	0,475
			M	79	81,9	15,55		

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

Relativamente à variável grupo etário (Tabela 20), verifica-se que a diferença no nível médio de satisfação é estatisticamente significativa, para a “qualidade do local de trabalho” ($p=0,036$), com o grupo etário ≥ 55 anos (70,36%) a apresentar maior satisfação que o grupo etário ≤ 44 anos (66,97%).

Na dimensão “política de recursos humanos” a diferença do nível médio de satisfação, por grupo etário, é estatisticamente significativa ($p=0,017$), sendo a média do grupo ≥ 55 anos (67,88%) superior à do grupo etário ≤ 44 anos (62,91%).

Para os “órgãos de direção e de política” encontrou-se diferença significativa ($p=0,007$), apresentando o grupo ≥ 55 anos (57,00%) média superior à do grupo etário ≤ 44 anos (48,71%).

Em relação aos “recursos tecnológicos e financeiros” encontrou-se diferença significativa ($p=0,000$), apresentando o grupo ≥ 55 anos (53,98%) média superior à do grupo etário ≤ 44 anos (45,68%) e ao grupo 45-54 anos (44,04%).

Relativamente ao “vencimento” encontrou-se diferença significativa ($p=0,013$), com o grupo etário ≥ 55 anos (46,38%) a apresentar uma média de satisfação superior à do grupo etário ≤ 44 anos (35,57%) (Tabela 20).

A satisfação relativa a “Local de trabalho e equipamentos” é diferente entre os grupos etários ($p=0,01$), apresentando o grupo ≥ 55 anos (59,67%) média superior à do grupo etário ≤ 44 anos (53,26%) e à do grupo 45-54 anos (49,59%) (Tabela 20).

Tabela 20 - H₁: Satisfação profissional segundo o grupo etário

Escala	Subescala	Faceta	Total	≤ 44	45- 54	≥ 55	F	p	Post Hoc
				(1)	(2)	(3)			
			n	425	201	109	115		
Qualidade do local de trabalho	M		67,74	66,97	66,39	70,36	3,34	0,036*	3>1
	DP		12,93	12,61	13,41	12,76			
Política de recursos humanos	M		64,44	62,91	63,61	67,88	4,14	0,017*	3>1
	DP		15,30	15,15	15,28	15,15			
Órgão de direção e política	M		51,22	48,71	49,77	57,00	5,10	0,007*	3>1
	DP		23,11	23,67	20,68	23,51			
Recursos humanos	M		75,01	74,28	74,68	76,59	0,83	0,436	
	DP		15,63	15,00	17,76	14,55			
Moral	M		80,92	81,24	80,36	80,89	0,199	0,888	
	DP		15,06	14,32	15,74	15,78			
Estado de espírito	M		79,85	78,96	81,19	80,13	0,724	0,486	
	DP		15,90	15,80	16,29	15,75			
Coordenador	M		81,11	81,65	80,21	81,03	0,287	0,751	
	DP		16,04	15,37	16,68	16,64			
Recursos tecnológicos e financeiros	M		47,50	45,68	44,04	53,98	9,008	0,000*	3>1,2
	DP		19,79	20,32	18,16	18,97			
Vencimento	M		38,77	35,57	36,64	46,38	4,366	,013*	3>1
	DP		32,73	34,04	31,63	30,36			
Local de trabalho e equipamento	M		54,05	53,26	49,59	59,67	7,064	,001*	3>1,2
	DP		20,79	21,24	19,26	20,29			
Qualidade na prestação de cuidados	M		78,32	78,67	77,23	78,75	0,518	0,596	
	DP		12,95	12,63	14,21	12,30			
Melhoria contínua da qualidade	M		80,82	80,03	82,49	80,62	1,126	0,325	
	DP		13,87	14,19	13,42	13,72			

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

Relativamente relação das dimensões da satisfação profissional com o estado civil (Tabela 21), apenas se encontrou diferença significativa ($p < 0,01$) na “política de recursos humanos” e “órgão de “direção e política”, com o estado civil, “casado ou união de facto”, a demonstrar maior média de satisfação que o estado civil “solteiro”.

Para um nível de significância $\alpha = 0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0) nas restantes dimensões da satisfação.

Tabela 21 - H₁: Satisfação profissional segundo o estado civil

Escala Subescala Faceta		n	Total	C.do	Solt	Viúvo	Div	F	p	Post Hoc
				(1)	(2)	(3)	(4)			
			433	348	35	4	46			
Qualidade do local de trabalho	M		67,76	68,60	64,70	64,31	64,10	2,47	0,061	
	DP		12,96	12,84	12,17	9,38	14,02			
Política de recursos humanos	M		64,65	65,76	56,92	62,50	60,48	4,94	0,002*	1>2
	DP		15,17	14,77	16,07	15,37	15,53			
Órgãos de gestão	M		51,11	53,12	34,86	51,88	48,15	7,22	0,000*	1>2
	DP		23,07	22,05	26,07	26,56	23,49			
Recursos humanos	M		75,14	75,87	74,57	71,00	70,35	1,82	0,142	
	DP		15,59	15,58	14,37	12,80	16,22			
Moral	M		81,09	81,45	80,22	80,00	79,13	0,37	0,774	
	DP		15,02	15,00	14,34	7,16	16,32			
Estado de espírito	M		80,02	80,76	76,00	82,50	77,28	1,53	0,205	
	DP		15,66	15,06	16,03	9,57	19,48			
Coordenador	M		81,28	81,57	80,99	79,55	79,47	0,25	0,859	
	DP		16,00	16,03	14,74	8,31	17,41			
Recursos tecnológicos e financeiros	M		47,28	48,38	45,88	37,50	40,84	2,33	0,073	
	DP		20,00	19,62	20,15	19,63	21,88			
Vencimento	M		38,34	39,53	35,71	25,00	32,46	0,92	0,429	
	DP		33,07	32,54	36,81	28,86	34,43			
Local de trabalho e equipamento	M		53,98	55,02	53,50	46,88	47,12	2,17	0,091	
	DP		20,65	20,44	18,67	13,44	23,07			
Qualidade na prestação de cuidados	M		78,54	79,01	76,24	80,00	76,58	0,90	0,440	
	DP		12,85	12,30	11,62	5,83	17,39			
Melhoria contínua da qualidade	M		80,83	81,34	76,75	83,13	79,84	1,27	0,281	
	DP		13,90	13,65	15,26	5,15	14,87			

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

Relativamente à relação entre as dimensões da Satisfação profissional e a variável nível de escolaridade (Tabela 22), verifica-se que diferença da média de satisfação é estatisticamente significativa, para a dimensão “recursos humanos” ($p=0,027$), com o grupo “mestrado/doutoramento” (82,27%) a apresentar maior satisfação que o grupo “ensino secundário” (72,37%).

Na dimensão “vencimento” a diferença de média de satisfação para o “nível de escolaridade” é estatisticamente significativa ($p=0,029$), sendo a média do grupo “ensino secundário” (47,09%) superior à do grupo “Bacharelato/Licenciatura/Pós-graduação” (36,05%).

Para um nível de significância $\alpha=0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0) nas restantes dimensões da satisfação, em relação ao nível de escolaridade.

Tabela 22 - H₁: Satisfação profissional segundo o nível de escolaridade

Escala	Subescala	Faceta	n	Total	Básico	Sec	B+L+P	M+D	F	p	Post Hoc
					(1)	(2)	(3)	(4)			
Qualidade do local de trabalho	M		67,72	68,16	67,63	67,33	71,69	1,099	0,349		
	DP		12,61	13,05	13,89	12,28	11,67				
Política de recursos humanos	M		64,68	68,72	64,65	64,26	66,41	0,732	0,533		
	DP		14,63	14,37	16,70	14,12	13,76				
Órgãos de gestão	M		51,75	61,50	55,00	50,72	46,58	2,764	0,042		
	DP		21,97	22,20	21,03	21,63	25,82				
Recursos humanos	M		75,02	74,50	72,37	75,10	82,27	3,077	0,027*	4>2	
	DP		15,53	13,09	17,98	14,95	13,48				
Moral	M		80,99	79,66	80,89	86,77	79,66	1,867	0,134		
	DP		14,66	16,60	14,43	10,53	16,60				
Estado de espírito	M		80,14	77,50	78,56	80,14	86,50	2,187	0,089		
	DP		15,53	17,51	16,76	15,29	11,38				
Coordenador	M		81,14	80,00	79,86	81,02	86,82	1,556	0,199		
	DP		15,65	13,57	17,58	15,52	11,15				
Recursos tecnológico financeiros	M		46,98	46,14	49,11	46,11	50,48	0,869	0,457		
	DP		19,73	25,18	18,02	19,49	22,96				
Vencimento	M		38,99	44,17	47,09	36,05	42,78	3,030	0,029*	2>3	
	DP		32,34	40,81	29,71	31,59	37,77				
Local de trabalho e equipamento	M		52,97	47,63	50,63	53,65	56,25	1,194	0,312		
	DP		20,58	22,43	21,01	20,19	21,84				
Qualidade na prestação de cuidados	M		78,37	75,79	77,08	78,42	83,24	2,106	0,099		
	DP		12,57	12,73	14,92	12,03	9,36				
Melhoria contínua da qualidade	M		80,94	77,75	80,16	80,76	87,17	2,658	0,055		
	DP		13,46	14,41	15,28	13,10	9,10				

* $p < 0,05$; Básico: ensino básico; Sec: Ensino Secundário; B+L+P: Bacharelato/Licenciatura/Pós-graduação; M+D: Mestrado/Doutoramento; M: média; DP: desvio padrão; F: One-Way ANOVA

Finalmente, na Tabela 23, procura-se sintetizar a relação entre a satisfação profissional, através das várias dimensões e os fatores sociodemográficos, assinalando-se as situações em que se encontrou associação estatisticamente significativa.

Tabela 23 - H₁: Satisfação profissional segundo os fatores sociodemográficos

Escala	Subescala	Faceta	Sexo	Grupo etário	Estado civil	Nível Escol.
Qualidade do local de trabalho (QLT)			X	X		
Política de recursos humanos (PRH)				X	X	
Órgãos de gestão (OG)				X	X	
Recursos humanos (RH)			X			X
Moral (M)						
Estado de espírito (EE)						
Coordenador (CO)						
Recursos tecnológicos e financeiros (RTF)			X	X		
Vencimento (V)			X	X		X
Local de trabalho e equipamento (LTE)			X	X		
Qualidade na prestação de cuidados (QPC)						
Melhoria contínua da qualidade (MCQ)						

Nível Escol.: Nível de escolaridade

Verifica-se que a satisfação profissional, avaliada pelas dimensões “moral”, “estado de espírito” e “coordenador” não é influenciada pelos fatores sociodemográficos (sexo, grupo etário, estado civil e escolaridade). A satisfação com a “qualidade na prestação de cuidados” e melhoria contínua da qualidade” também não dependem dos fatores sociodemográficos referidos. A satisfação com vencimento está relacionada com o sexo, a idade e o nível de escolaridade, mas não com o estado civil (Tabela 23).

Satisfação Profissional e fatores organizacionais

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

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

Em relação às dimensões da satisfação profissional com a variável tipo de horário de trabalho, fixo, por turnos ou outro, (Tabela 24), não se encontra diferença significativa entre os níveis de satisfação e o tipo de horário praticado pelo profissionais.

Assim, para um nível de significância $\alpha=0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H₀₂).

Tabela 24 - H₂: Satisfação profissional segundo o tipo horário de trabalho

Escala Subescala Faceta		Fixo	Turnos	Outro	Total	F	p
		(1)	(2)	(3)			
	<i>n</i>	398	52	55	505		
Qualidade do local de trabalho	M	67,35	65,50	12,10	67,42	1,42	0,237
	DP	12,98	14,46	16,320	13,06		
Política de recursos humanos	M	63,98	63,40	66,44	64,18	0,71	0,494
	DP	14,85	18,28	13,93	15,13		
Órgãos de gestão	M	50,80	52,36	51,81	51,07	0,14	0,869
	DP	22,91	24,99	18,40	22,66		
Recursos humanos	M	74,48	72,23	78,15	74,64	1,99	0,138
	DP	15,10	17,61	17,68	15,70		
Moral	M	80,43	77,74	84,34	80,58	2,63	0,073
	DP	15,20	16,63	13,17	15,20		
Estado de espírito	M	79,32	79,04	83,80	79,77	1,97	0,140
	DP	15,49	16,66	17,04	15,82		
Coordenador	M	80,66	77,50	84,44	80,74	2,49	0,084
	DP	16,32	17,60	13,26	16,20		
Recursos tecnológicos e financeiros	M	47,54	45,47	45,79	47,14	0,39	0,676
	DP	19,85	17,44	21,44	19,77		
Vencimento	M	39,57	33,46	40,19	39,01	0,85	0,426
	DP	32,41	31,85	33,38	32,44		
Local de trabalho e equipamento	M	53,51	54,47	50,00	53,24	0,78	0,460
	DP	20,41	23,93	20,84	20,83		
Qualidade na prestação de cuidados	M	78,31	76,70	79,58	78,28	0,68	0,506
	DP	12,36	13,96	13,92	12,70		
Melhoria contínua da qualidade	M	80,42	79,86	83,66	80,71	1,43	0,240
	DP	13,44	15,82	13,80	13,75		

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

Atendendo a outra vertente do horário, a sua organização semanal em “menos de 35 horas”, “40 horas”, “42 horas” e “outro”, (Tabela 25), na dimensão “recursos tecnológicos e financeiro”, a diferença do nível de satisfação segundo o “horário semanal” é estatisticamente significativa ($p=0,002$), sendo a média do grupo das “ ≤ 35 horas” (53,29%) e das 42 horas (51,87%) superior à do grupo das “40 horas” (44,85%).

Em relação à satisfação com a “Local de trabalho e equipamento”, verificou-se existir diferença significativa, segundo o horário semanal ($p=0,003$), sendo o nível de satisfação dos profissionais com o horário de 42 horas (59,41%) superior aos que têm horário de 40 horas (51,05%).

Para um nível de significância $\alpha=0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0), nas restantes dimensões da satisfação, em relação ao tipo de horário de trabalho semanal.

Tabela 25 - H_2 : Satisfação profissional segundo o horário semanal

Escala	Subescala	Faceta					Total	F	p	Post Hoc
			≤ 35 h (1)	40 h (2)	42 h (3)	Outro (4)				
		n	50	341	98	16	505			
Qualidade do local de trabalho	M		71,24	66,52	68,92	65,43	67,42	2,547	0,055	
	DP		13,11	13,07	12,55	13,81	13,06			
Política de recursos humanos	M		65,96	63,96	64,67	60,35	64,18	0,629	0,597	
	DP		15,18	14,89	15,90	15,77	15,13			
Órgãos de gestão	M		51,40	51,66	50,54	40,63	51,07	1,233	0,297	
	DP		25,42	21,62	24,61	22,43	22,66			
Recursos humanos	M		77,60	73,80	75,82	76,13	74,64	1,149	0,329	
	DP		15,57	15,63	15,74	17,02	15,70			
Moral	M		84,57	79,95	81,05	78,70	80,58	1,462	0,224	
	DP		13,05	14,99	16,49	16,84	15,20			
Estado de espírito	M		82,70	79,23	79,80	81,88	79,77	0,796	0,497	
	DP		15,09	15,89	16,35	13,15	15,82			
Coordenador	M		84,91	80,10	81,28	78,13	80,74	1,460	0,225	
	DP		13,69	15,95	17,69	18,40	16,20			
Recursos tecnológicos e financeiros	M		53,29	44,85	51,87	47,32	47,14	5,110	0,002*	1>2
	DP		21,56	20,00	16,40	20,45	19,77			3>2
Vencimento	M		48,80	36,59	41,80	42,50	39,01	2,472	0,061	
	DP		34,77	32,76	29,28	32,24	32,44			
Local de trabalho e equipamento	M		56,65	51,05	59,41	50,94	53,24	4,726	0,003*	3>2
	DP		21,17	21,53	16,52	21,27	20,83			
Qualidade na prestação de cuidados	M		79,39	78,21	78,07	77,68	78,28	0,148	0,931	
	DP		14,07	12,82	12,31	8,10	12,70			
Melhoria contínua da qualidade	M		83,06	81,04	79,01	76,88	80,71	1,458	0,225	
	DP		14,78	13,59	13,34	15,83	13,75			

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

Relativamente ao nível de satisfação, segundo as várias dimensões, e o tipo de vínculo, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,018$) com o nível de satisfação e com o “Local de trabalho e equipamentos” (Tabela 26).

Os profissionais com “contrato de trabalho em funções públicas a termo certo” apresentam um nível de satisfação superior com o “Local de trabalho e equipamentos”,

relativamente aos com “contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado”, sendo de 62,41% e 44,66%, respetivamente.

Para um nível de significância $\alpha=0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0) nas restantes dimensões da satisfação, em relação ao tipo de vínculo no trabalho.

Tabela 26 - H_2 : Satisfação profissional segundo o vínculo profissional

Escala	Subescala	Faceta	n	TIFP	FPTC	CIT	CITTC	Total	F	p	Post Hoc
				(1)	(2)	(3)	(4)				
			438	28	22	15	503				
Qualidade do local de trabalho	M		67,44	72,52	62,74	64,05	67,42	2,73	0,043*		
	DP		13,00	11,81	10,40	17,43	13,06				
Política de recursos humanos	M		64,15	69,44	62,53	57,78	64,18	2,13	0,096		
	DP		14,73	16,71	13,09	23,09	15,13				
Órgãos de gestão	M		50,76	56,88	55,00	43,50	51,07	1,42	0,235		
	DP		22,32	28,08	17,34	27,02	22,66				
Recursos humanos	M		74,83	79,50	68,55	69,20	74,64	2,65	0,048*		
	DP		15,41	12,46	16,62	23,91	15,70				
Moral	M		80,55	85,58	75,56	79,44	80,58	1,85	0,138		
	DP		15,22	11,91	13,12	20,64	15,20				
Estado de espírito	M		79,68	85,00	75,23	79,33	79,77	1,64	0,179		
	DP		15,38	13,33	20,38	23,21	15,82				
Coordenador	M		80,73	85,68	75,62	79,45	80,74	1,64	0,180		
	DP		16,33	12,80	12,81	20,79	16,20				
Recursos tecnológicos e financeiros	M		47,33	52,24	39,22	43,52	47,14	1,99	0,114		
	DP		19,80	17,35	15,57	25,79	19,77				
Vencimento	M		39,44	38,69	31,97	37,11	39,01	0,39	0,762		
	DP		32,46	32,26	30,60	36,84	32,44				
Local de trabalho e equipamento	M		53,25	62,41	44,66	48,33	53,24	3,38	0,018*	2>3	
	DP		20,44	21,45	22,28	24,16	20,83				
Qualidade na prestação de cuidados	M		78,37	82,70	74,22	73,52	78,28	2,57	0,053		
	DP		12,27	9,07	15,76	21,36	12,70				
Melhoria contínua da qualidade	M		80,69	84,17	77,44	80,08	80,71	0,99	0,396		
	DP		13,23	12,39	17,64	22,58	13,75				

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

Na análise das várias dimensões da satisfação profissional segundo o “desempenho de funções de coordenação, de gestão ou de chefia” (Tabela 27) verifica-se diferença estatisticamente significativa na escala “qualidade do local de trabalho” ($p=0,018$), na faceta “recursos humanos” ($p=0,033$), na subescala “moral” ($p=0,003$), na faceta coordenador ($p=0,004$) e na faceta “local de trabalho e equipamento” ($p=0,007$).

Relativamente à escala “qualidade do local de trabalho” os profissionais que desempenham funções de chefia apresentam um nível de satisfação de 70,56%, enquanto que os restantes apresentam 66,82%. Em relação à satisfação com os “recursos humanos”, os profissionais com funções de chefia, comparados com os que não desempenham essas funções, apresentam um nível de satisfação de 78,05% e estes, 73,99%. A satisfação com o “coordenador” é de 85,47% e 79,84%, respetivamente, para

os que desempenham funções de chefia e os que não as desempenham. Relativamente ao “local de trabalho e equipamento” o nível de satisfação é de 58,98% e 52,13%, respetivamente (Tabela 27).

Tabela 27 - H₂: Satisfação profissional e funções de chefia

Escala	Subescala	Faceta		Sim (1)	Não (2)	F	p
			n	81	424		
Qualidade do local de trabalho	M			70,56	66,82	2,38	0,018*
	DP			10,41	13,43		
Política de recursos humanos	M			65,58	63,91	0,91	0,363
	DP			14,04	15,33		
Órgãos de gestão	M			50,00	51,27	-0,46	0,644
	DP			24,31	22,35		
Recursos humanos	M			78,05	73,99	2,14	0,033*
	DP			13,84	15,96		
Moral	M			85,22	79,69	3,03	0,003*
	DP			10,28	15,82		
Estado de espírito	M			83,89	78,98	2,57	0,010*
	DP			14,16	16,01		
Coordenador	M			85,47	79,84	2,88	0,004*
	DP			10,68	16,91		
Recursos tecnológicos e financeiros	M			49,74	46,64	1,29	0,197
	DP			19,98	19,71		
Vencimento	M			37,41	39,31	-0,48	0,629
	DP			35,50	31,86		
Local de trabalho e equipamento	M			58,98	52,13	2,73	0,007*
	DP			20,06	20,82		
Qualidade na prestação de cuidados	M			78,29	78,28	0,00	0,997
	DP			11,77	12,88		
Melhoria contínua da qualidade	M			81,89	80,49	0,84	0,404
	DP			12,60	13,96		

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

Relativamente à análise das várias dimensões da satisfação profissional segundo o “setor profissional”, médicos/as, enfermeiros/as e secretários/as clínicos/as, (Tabela 28) verifica-se diferença estatisticamente significativa na subescala “recursos tecnológicos e financeiros” ($p=0,000$), na faceta “vencimentos” ($p=0,000$) e na faceta “local de trabalho e equipamento” ($p=0,009$).

Na subescala “recursos tecnológicos e financeiros” o nível de satisfação de médicos/as (51,67%) e secretários/as clínico/as (48,47%) é superior ao nível de satisfação dos/as enfermeiros/as (42,35%). Na faceta “vencimento”, o nível de satisfação de médicos/as (44,34%) e secretários/as clínico/as (45,21%) é superior ao nível de satisfação dos/as enfermeiros/as (30,37%).

Na faceta “local de trabalho e equipamento”, o nível de satisfação dos médicos/as (57,17%) é superior ao dos enfermeiros/as (51,34%) e ao dos secretários clínicos/as (50,92%) (Tabela 28).

Tabela 28 - H₂: Satisfação profissional e setor profissional

Escala Subescala Faceta		Enf	Médico	Secret	Total	F	p	Post Hoc
		(1)	(2)	(3)				
	n	201	173	131	505			
Qualidade do local de trabalho	M	65,62	69,42	67,54	67,42	4,00	0,019*	2>1
	DP	12,57	13,02	13,53	13,06			
Política de recursos humanos	M	63,11	64,90	64,87	64,18	0,83	0,436	
	DP	14,05	15,48	16,24	15,13			
Órgãos de gestão	M	49,28	50,48	54,60	51,07	2,27	0,104	
	DP	21,45	23,67	22,87	22,66			
Recursos humanos	M	74,18	76,35	73,09	74,64	1,75	0,176	
	DP	14,92	15,81	16,61	15,70			
Moral	M	80,02	82,11	79,41	80,58	1,40	0,249	
	DP	14,54	15,37	15,91	15,20			
Estado de espírito	M	79,18	81,68	78,15	79,77	2,09	0,125	
	DP	15,59	15,36	16,63	15,82			
Coordenador	M	80,22	82,19	79,64	80,74	1,10	0,335	
	DP	15,49	16,53	16,80	16,20			
Recursos tecnológicos e financeiros	M	42,35	51,67	48,47	47,14	11,13	0,000*	2,3>1
	DP	20,36	18,79	18,59	19,77			
Vencimento	M	30,37	44,34	45,21	39,01	12,33	0,000*	2,3>1
	DP	32,79	30,21	32,07	32,44			
Local de trabalho e equipamento	M	51,34	57,17	50,92	53,24	4,78	0,009*	2>1,3
	DP	21,21	19,63	21,21	20,83			
Qualidade na prestação de cuidados	M	78,75	78,71	77,00	78,28	0,89	0,410	
	DP	12,23	12,34	13,83	12,70			
Melhoria contínua da qualidade	M	81,28	80,45	80,19	80,71	0,29	0,745	
	DP	13,09	13,62	14,94	13,75			

* $p < 0,05$; Enf: enfermeiro/a; Médico: médico/a; Secret: secretário/ clínico/a; DP: desvio padrão; F: One-Way ANOVA

Na Tabela 29 apresenta-se a relação entre a satisfação profissional, através das várias dimensões, e os fatores organizacionais, assinalando-se as situações em que se encontrou associação estatisticamente significativa.

Verifica-se que a satisfação com os “órgãos de gestão” do ACeS (OG) não está relacionada com os fatores organizacionais descritos, o mesmo sucedendo com a satisfação com a “qualidade na prestação de cuidados” (QPC) e com satisfação com a “melhoria contínua da qualidade” (MCQ).

Relativamente à satisfação com o “vencimento”, está relacionada apenas com a profissão e não com os restantes fatores organizacionais estudados.

A satisfação profissional não está relacionada com o tipo de horário praticado, fixo ou por turnos (Tabela 29).

Tabela 29 - H₂: Satisfação profissional e fatores organizacionais

Escala	Subescala	Faceta	Tipo de horário	Horas semanais	Tipo de Vínculo	Funções de chefia	Profissão
		Qualidade do local de trabalho (QLT)			X	X	X
		Política de recursos humanos (PRH)					
		Órgãos de gestão (OG)					
		Recursos humanos (RH)			X	X	
	Moral (M)					X	
		Estado de espírito (EE)				X	
		Coordenador (CO)				X	
		Recursos tecnológicos e financeiros (RTF)		X			X
		Vencimento (V)					X
		Local de trabalho e equipamento (LTE)		X	X	X	X
		Qualidade na prestação de cuidados (QPC)					
		Melhoria contínua da qualidade (MCQ)					

Satisfação profissional e modelo de desenvolvimento das USF

H₀₃. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os tipos de USF (Tipo A e B).

H₁. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os tipos de USF (Tipo A e B).

Da análise dos níveis de satisfação profissional, segundo as escalas, subescalas e facetas do IASP, relativamente ao modelo de desenvolvimento das USF, modelo A ou modelo B, (Tabela 30), verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa nas dimensões “qualidade do local de trabalho” ($p=0,000$), “política de recursos humanos” ($p=0,000$), “Órgãos de gestão” ($p=0,002$), “recursos humanos” ($p=0,000$), “estado de espírito” ($p=0,000$), “recursos tecnológicos e financeiros” ($p=0,000$), “vencimento” ($p=0,000$), “qualidade na prestação de cuidados” ($p=0,000$) e “melhoria contínua da qualidade” ($p=0,000$). As diferenças resultam do maior nível de satisfação dos profissionais das USF modelo B, em todas as dimensões em que essa diferença foi estatisticamente significativa.

Não se encontrou diferença estatisticamente significativa na subescala “moral” e nas facetas “coordenador” e “local de trabalho e equipamento” (Tabela 30).

Tabela 30 - H₃: Satisfação profissional e modelo de desenvolvimento

Escala	Subescala	Faceta	A (1)	B (2)	F	p
		n	325	180		
Qualidade do local de trabalho	M		65,02	71,74	-5,71	0,000*
	DP		13,29	11,43		
Política de recursos humanos	M		61,40	69,17	-5,69	0,000*
	DP		15,72	12,59		
Órgãos de gestão	M		48,78	55,20	-3,07	0,002*
	DP		23,30	20,89		
Recursos humanos	M		71,50	80,29	-6,24	0,000*
	DP		16,69	11,82		
Moral	M		79,87	81,86	-1,41	0,158
	DP		16,15	13,25		
Estado de espírito	M		76,83	85,06	-5,77	0,000*
	DP		17,05	11,63		
Coordenador	M		80,44	81,28	-0,56	0,578
	DP		17,17	14,32		
Recursos tecnológicos e financeiros	M		42,05	56,27	-8,23	0,000*
	DP		19,33	17,13		
Vencimento	M		28,18	58,43	-11,19	0,000*
	DP		29,71	27,81		
Local de trabalho e equipamento	M		52,45	54,65	-1,14	0,255
	DP		22,66	17,04		
Qualidade na prestação de cuidados	M		76,05	82,31	-5,43	0,000*
	DP		13,84	9,06		
Melhoria contínua da qualidade	M		78,77	84,23	-4,33	0,000*
	DP		14,58	11,31		

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

Satisfação profissional segundo os itens da satisfação global

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

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

Relativamente à satisfação profissional, segundo a questão “sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho?” (Tabela 31), verifica-se diferença estatisticamente significativa na subescala “política de recursos humanos” ($p=0,043$), na faceta “recursos humanos” ($p=0,042$), na escala “qualidade na prestação de cuidados” ($p=0,003$) e na escala “melhoria contínua da qualidade” ($p=0,017$).

Os profissionais que sentem que a sua formação é adequada apresentam um nível de satisfação superior aos restantes profissionais, sendo de: 64,44% e 57,10% na “política de recursos humanos”; 75,01% e 67,33% na faceta “recursos humanos”; 78,67% e 69,84% na subescala “qualidade na prestação de cuidados”; 81,03% e 73,19% na escala “melhoria contínua da qualidade”, respetivamente (Tabela 31).

Tabela 31 - H₄: Satisfação profissional e formação adequada

Escala	Subescala	Faceta	Sim (1)	Não (2)	F	p
			n	481	18	
Qualidade do local de trabalho		M	67,67	62,80	1,57	0,116
		DP	12,81	15,29		
Política de recursos humanos		M	64,44	57,10	2,03	0,043*
		DP	14,90	19,22		
Órgãos de gestão		M	51,23	44,31	1,28	0,202
		DP	22,33	29,18		
Recursos humanos		M	75,01	67,33	2,04	0,042*
		DP	15,65	15,29		
Moral		M	80,90	76,15	1,31	0,190
		DP	14,97	16,93		
Estado de espírito		M	79,93	75,28	1,22	0,222
		DP	15,86	15,38		
Coordenador		M	81,07	76,31	1,24	0,217
		DP	15,96	18,51		
Recursos tecnológicos e financeiros		M	47,26	45,32	0,41	0,682
		DP	19,73	21,04		
Vencimento		M	38,95	42,04	-0,40	0,692
		DP	32,38	36,09		
Local de trabalho e equipamento		M	53,50	47,78	1,15	0,251
		DP	20,67	22,72		
Qualidade na prestação de cuidados		M	78,67	69,84	2,93	0,003*
		DP	12,45	14,44		
Melhoria contínua da qualidade		M	81,03	73,19	2,38	0,017*
		DP	13,69	13,56		

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

A análise dos níveis de satisfação profissional, segundo as escalas, subescalas e facetas do IASP, relativamente à questão “recomendaria os serviços desta unidade de saúde a familiares ou amigos, caso necessitassem de cuidados”, sendo esta organizada em três grupos, “claro que sim”, provavelmente sim” e “não” (Tabela 32), revelou diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões da satisfação, com exceção da faceta vencimento, sendo o nível de satisfação profissional superior naqueles que responderam “claro que sim”, relativamente aos que responderam “provavelmente sim”.

Relativamente à faceta “coordenador”, os profissionais que responderam “claro que sim” apresentam um nível de satisfação superior (82,90%), relativamente aos que responderam “provavelmente sim” (61,75%) e àqueles que responderam “não” (56,73%).

Para um nível de significância de $\alpha = 0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0) na faceta “vencimento”, em relação às respostas “claro que sim”, provavelmente sim” e “não” ($p = 0,068$), sendo o nível de satisfação com o vencimento, nesses grupos, de 40,01% (DP \pm 10,75), 27,89% (DP \pm 26,50) e 44,00% (DP \pm 37,59), respetivamente.

Tabela 32 - H₄: Satisfação profissional e recomendar USF

Escala Subescala Faceta		C sim	P sim	Não	Total	F	p	Post Hoc
		(1)	(2)	(3)				
	n	453	41	5	499			
Qualidade do local de trabalho	M	69,16	52,37	40,48	67,50	51,44	0,000*	1>2,3
	DP	11,68	12,60	14,85	12,92			
Política de recursos humanos	M	65,79	50,73	28,00	64,18	38,05	0,000*	1>2>3
	DP	13,83	16,46	18,04	15,12			
Órgãos de gestão	M	52,20	40,18	29,50	50,98	7,79	0,000*	1>2
	DP	22,03	24,97	25,15	22,61			
Recursos humanos	M	76,67	59,17	26,80	74,73	57,62	0,000*	1>2>3
	DP	14,03	14,95	19,93	15,69			
Moral	M	82,81	61,29	51,38	80,73	59,21	0,000*	1>2,3
	DP	12,82	19,31	21,84	15,05			
Estado de espírito	M	82,30	58,78	22,00	79,76	106,77	0,000*	1>2>3
	DP	12,64	17,85	24,65	15,85			
Coordenador	M	82,90	61,75	56,73	80,90	45,09	0,000*	1>2,3
	DP	14,00	21,32	21,85	16,06			
Recursos tecnológicos e financeiros	M	48,16	37,91	36,29	47,19	5,94	0,003*	1>2
	DP	19,60	18,77	23,05	19,76			
Vencimento	M	40,01	27,89	44,00	39,06	2,70	0,068	
	DP	32,80	26,50	37,59	32,49			
Local de trabalho e equipamento	M	54,26	45,43	30,50	53,30	6,60	0,001*	1>2,3
	DP	20,38	20,97	29,34	20,75			
Qualidade na prestação de cuidados	M	80,19	62,65	40,29	78,35	77,50	0,000*	1>2>3
	DP	10,75	12,01	24,57	12,62			
Melhoria contínua da qualidade	M	82,89	62,96	32,00	80,74	99,50	0,000*	1>2>3
	DP	11,52	12,38	16,38	13,75			

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

O nível de satisfação profissional, segundo as escalas, subescalas e facetas do IASP, relativamente à questão “recorreria a esta unidade de saúde caso necessitasse de cuidados”, sendo a resposta organizada em três grupos, “claro que sim”, provavelmente sim” e “não” (Tabela 33), revelou diferença estatisticamente em todas as dimensões, com exceção da faceta vencimento. Relativamente às dimensões “órgãos de gestão” e “recursos tecnológicos e financeiros”, apesar de haver diferença significativa entre os grupos, não foi possível identificar qual o que tem maior nível de satisfação, utilizando o teste *Post-Hoc* de *Scheffe*.

Em relação à “políticas de recursos humanos”, o nível de satisfação dos que responderam “claro que sim” (65,36%) é superior aos que responderam “provavelmente sim” (53,62%) e, esta, superior aos que responderam “não” (35,37%). A mesma situação ocorre na faceta “recursos humanos” sendo a satisfação dos que responderam “claro que sim” de 76,23%, a dos que responderam “provavelmente sim” de 61,60% e a dos que responderam “não” de 36,67%.

Em relação à escala “qualidade na prestação de cuidados”, a satisfação profissional foi estatisticamente significativa entre os grupos considerados. Os que responderam “claro

que sim” tinham um nível de satisfação de 79,88% (DP±11,07), os que responderam “provavelmente sim”, tinham 64,53% (DP±11,94) e os que responderam “não”, 41,67% (DP±22,99).

A satisfação profissional, relativamente à “melhoria contínua da qualidade”, é superior nos que responderam “claro que sim” (82,45%), relativamente aos que responderam “provavelmente sim” (65,00%) e aos que responderam “não” (42,50%), sendo que esta diferença também é significativa entre os que responderam “provavelmente sim” e os que responderam “não” (Tabela 33).

Para o nível de significância $\alpha=0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0), na dimensão “vencimento”, em relação aos grupos de profissionais que responderam “claro que sim”, “provavelmente sim” e “não”.

Tabela 33 - H₄: Satisfação profissional e recorria à USF

Escala Subescala Faceta		C sim	P sim	Não	Total	F	p	Post Hoc
		(1)	(2)	(3)				
	n	458	35	6	499			
Qualidade do local de trabalho	M	68,76	55,15	43,33	67,50	32,22	0,000*	1>2,3
	DP	12,06	12,64	18,17	12,92			
Política de recursos humanos	M	65,36	53,62	35,37	64,18	22,65	0,000*	1>2>3
	DP	14,22	16,17	24,22	15,12			
Órgãos de gestão	M	51,77	43,64	33,75	50,98	3,91	0,021*	---
	DP	22,26	24,94	25,19	22,61			
Recursos humanos	M	76,23	61,60	36,67	74,73	36,58	0,000*	1>2>3
	DP	14,39	14,83	30,92	15,69			
Moral	M	82,35	64,51	51,41	80,73	39,70	0,000*	1>2,3
	DP	13,56	15,87	30,44	15,05			
Estado de espírito	M	81,84	60,71	31,67	79,76	73,40	0,000*	1>2>3
	DP	13,12	19,29	32,35	15,85			
Coordenador	M	82,44	65,19	55,00	80,90	29,70	0,000*	1>2,3
	DP	14,78	17,19	31,35	16,06			
Recursos tecnológicos e financeiros	M	47,88	39,76	38,57	47,19	3,36	0,036*	---
	DP	19,72	18,60	21,78	19,76			
Vencimento	M	39,51	33,62	36,67	39,06	0,55	0,578	
	DP	32,79	27,63	38,12	32,49			
Local de trabalho e equipamento	M	54,15	44,36	40,00	53,30	4,95	0,007*	1>2
	DP	20,44	21,14	28,59	20,75			
Qualidade na prestação de cuidados	M	79,88	64,53	41,67	78,35	61,87	0,000*	1>2>3
	DP	11,07	11,94	22,99	12,62			
Melhoria contínua da qualidade	M	82,45	65,00	42,50	80,74	61,85	0,000*	1>2>3
	DP	12,10	11,71	27,29	13,75			

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

Analisando a Tabela 34, onde se apresenta o nível de satisfação profissional segundo as escalas, subescalas e facetas do IASP, relativamente à questão “se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta unidade de saúde para trabalhar?”, com a resposta organizada em quatro grupos, “claro que sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”

e “não”, encontrou-se diferença estatisticamente em todas as dimensões. Relativamente às dimensões “vencimento” e “Local de trabalho e equipamento”, apesar de haver diferença significativa entre os grupos, não foi possível identificar qual o que tem maior nível de satisfação, utilizando o teste *Post-Hoc* de *Scheffe*.

Na escala “qualidade do local de trabalho” o nível de satisfação profissional dos que responderam “claro que sim” (70,16%) é superior aos que responderam “provavelmente sim” (60,98%) e “provavelmente não” (50,07%). Os que responderam “claro que não” (65,17%) apresentam um nível superior aos que responderam “provavelmente não” (50,07%). Em relação à escala “melhoria contínua da qualidade”, a percepção de satisfação é maior nos que respondam “claro que sim” (83,96%), que é superior aos que responderam “provavelmente sim” (73,51%) que, por sua vez, é superior aos que responderam “provavelmente não” (61,15%). Na mesma escala, a percepção dos que responderam claro que sim” (83,96%), também é superior aos que responderam “não” (67,78%) (Tabela 34).

Tabela 34 - H₄: Satisfação profissional e voltar atrás e escolher de novo a USF

Escala	Subescala Faceta	n	C sim	P sim	P. não	C não	Total	F	p	Post Hoc
			(1)	(2)	(3)	(4)				
			381	83	26	9	499			
Qualidade do local de trabalho	M		70,16	60,98	50,07	65,17	67,50	33,88	0,000*	1>2>3 4>3
	DP		11,27	12,81	15,05	13,94	12,92			
Política de recursos humanos	M		67,03	57,34	46,32	57,90	64,18	26,27	0,000*	1>2>3
	DP		13,45	14,73	17,77	21,62	15,12			
Órgãos de direção e política	M		52,76	48,49	33,56	48,89	50,98	6,50	0,000*	1,2>3
	DP		21,90	21,79	27,73	23,92	22,61			
Recursos humanos	M		78,45	64,41	56,54	65,11	74,73	39,21	0,000*	1>2,3
	DP		13,21	15,26	19,65	22,41	15,69			
Moral	M		83,70	73,12	60,06	84,62	80,73	34,28	0,000*	1>2>3 4>3
	DP		12,33	16,22	22,35	14,03	15,05			
Estado de espírito	M		84,00	69,28	55,00	68,33	79,76	59,37	0,000*	1>2>3 1>4
	DP		12,12	16,04	18,76	27,95	15,85			
Coordenador	M		83,65	73,82	60,98	87,58	80,90	26,44	0,000*	1>2>3 4>3
	DP		13,53	17,52	24,34	12,46	16,06			
Recursos tecnológicos financeiros	M		49,03	43,13	36,32	38,41	47,19	5,63	0,001*	1>3
	DP		19,91	19,11	13,79	18,40	19,76			
Vencimento	M		41,93	31,65	27,44	19,26	39,06	4,76	0,003*	--
	DP		33,22	28,56	26,40	30,36	32,49			
Local de trabalho e equipamento	M		54,35	51,75	42,98	52,78	53,30	2,65	0,048*	--
	DP		20,64	19,51	21,11	28,95	20,75			
Qualidade na prestação cuidados	M		80,71	72,74	62,75	75,24	78,35	26,99	0,000*	1>2>3
	DP		10,77	14,07	16,19	12,88	12,62			
Melhoria contínua da qualidade	M		83,96	73,51	61,15	67,78	80,74	43,93	0,000*	1>2>3 1>4
	DP		11,46	12,80	14,57	26,54	13,75			

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

Na Tabela 35 apresenta-se a relação entre a satisfação profissional, através das várias dimensões, e as dimensões consideradas para avaliar a satisfação global: “sente

que a formação é adequada para o seu trabalho?"; "recomendaria os serviços desta USF a familiares ou amigos, caso necessitassem de cuidados?"; "recorreria a esta USF caso necessitasse de cuidados?"; "se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta USF para trabalhar?". Assinalam-se as situações em que se encontrou associação estatisticamente significativa.

Verificámos que a satisfação com o vencimento está relacionada apenas com a questão "(...) escolher de novo", com os que afirmaram "claro que sim" com um nível de satisfação mais elevado (Tabela 34).

Com exceção da satisfação com o vencimento, todas as outras dimensões da satisfação profissional estão relacionadas com as questões "recomendar (..)", "recorrer (...)" e "(...) escolher de novo", sendo a satisfação mais elevada no que reponderam "claro que sim".

Tabela 35 - H4: Satisfação profissional e satisfação global

Escala Subescala Faceta	Formação adequada	Recomendar USF	Recorrer à USF	Escolher de novo
Qualidade do local de trabalho (QLT)		X	X	X
Política de recursos humanos (PRH)	X	X	X	X
Órgãos de gestão (OG)		X	X	X
Recursos humanos (RH)	X	X	X	X
Moral (M)		X	X	X
Estado de espírito (EE)		X	X	X
Coordenador (CO)		X	X	X
Recursos tecnológicos e financeiros (RTF)		X	X	X
Vencimento (V)				X
Local de trabalho e equipamento (LTE)		X	X	X
Qualidade na prestação de cuidados (QPC)	X	X	X	X
Melhoria contínua da qualidade (MCQ)	X	X	X	X

Satisfação Global segundo a categoria profissional

H₀5. Não existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo a categoria profissional.

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

No que respeita à satisfação global, pretendemos observar, dentro de cada questão que compõe esta dimensão, se haveria variação de acordo com o setor profissional (Tabela 36). Verificámos, em relação à questão "sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho?", que a resposta "sim" é de

99% para enfermeiros/as, 95,9% para médicos/as e 93,1% para secretários/as clínicos, havendo diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$).

Para um nível de significância $\alpha = 0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_05) nas restantes questões que compõe a dimensão “satisfação global”, em relação aos grupos constituídos pelos profissionais segundo o setor profissional.

Tabela 36 - H₅: Satisfação Global segundo o setor profissional

		Enf (199)	Médico (170)	Secret (130)	Total (499)	χ^2	gl	p
Formação adequada	Sim	99,0%	95,9%	93,1%	96,4%	8,11	2	0,017*
	Não	1,0%	4,1%	6,9%	3,6%			
Recomendar USF	CSim	88,4%	94,1%	90,0%	90,8%	4,87	4	0,30
	PSim	10,1%	5,9%	8,5%	8,2%			
Recorrer à USF	Não	1,5%	0,0%	1,5%	1,0%	1,37	4	0,85
	CSim	91,0%	93,5%	90,8%	91,8%			
Se pudesse voltar escolheria de novo esta USF	PSim	8,0%	5,3%	7,7%	7,0%	0,002	2	0,99
	Não	1,0%	1,2%	1,5%	1,2%			
	Sim	93,0%	92,9%	93,1%	93,0%			
	Não	7,0%	7,1%	6,9%	7,0%			

* $p < 0,05$; Enf: enfermeiro/a; Médico: médico/a; Secret: secretário/ clínico/a; gl: graus de liberdade

Satisfação Global segundo o modelo de desenvolvimento da USF

H₀₆. Não existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo o modelo de desenvolvimento da USF.

H₁. Existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo o modelo de desenvolvimento da USF.

Ainda em relação à satisfação global, observámos dentro de cada questão que compõe esta dimensão, se haveria variação de acordo com o modelo de desenvolvimento das USF (Tabela 37). Verificámos, em relação à questão “Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta Unidade de Saúde para trabalhar?”, que a resposta “sim” é de 90% para profissionais de USF do “modelo A” e de 98,3% para modelo B”, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Para um nível de significância de $\alpha = 0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_06) nas restantes questões que compõe a dimensão “satisfação global”, em relação aos grupos constituídos pelos profissionais, segundo o modelo de desenvolvimentos das USF.

Tabela 37 - H₆: Satisfação Global segundo o modelo de USF

		A n=321	B n=178	Total n=499	χ^2	gl	p
Formação adequada	Sim	96,0%	97,2%	96,4%	0,51	1	0,476
	Não	4,0%	2,8%	3,6%			
Recomendar USF	Sim	98,4%	100,0%	99,0%	2,80	1	0,094
	Não	1,6%	0,0%	1,0%			
Recorrer à USF	Sim	98,1%	100,0%	98,8%	3,37	1	0,066
	Não	1,9%	0,0%	1,2%			
Se pudesse voltar escolheria de novo esta USF	Sim	90,0%	98,3%	93,0%	12,05	1	0,001*
	Não	10,0%	1,7%	7,0%			

* $p < 0,01$; A: modelo A; B: modelo B; gl: graus de liberdade

O tempo de permanência na equipa e nível de satisfação profissional

H₀₇. Não existe correlação entre o tempo de permanência na USF e o nível de satisfação profissional.

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

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

O modelo testado indica que apenas 1,1% da variância da “satisfação profissional” é explicada pela satisfação com o trabalho em equipa. Apesar do nível de significância encontrado ser 0,030 ($p < 0,05$), não se rejeita a hipótese H₀₇, ou seja, não existe correlação significativa entre o tempo de permanência na USF e o nível de satisfação profissional.

Idade do profissional e nível de satisfação profissional

H₀₈. Não existe correlação entre o nível de satisfação total e a idade dos profissionais.

H1. Existe correlação entre a satisfação profissional total e a idade dos profissionais.

Avaliou-se a relação entre a idade do profissional e o nível de satisfação profissional, utilizando um modelo de regressão linear.

O modelo apresentado representa apenas 0,2% da variância da satisfação profissional. O nível de significância encontrado, que foi 0,394 ($p > 0,05$), não permite rejeitar a hipótese H₀₈, ou seja, a idade do profissional não está correlacionada significativamente com o nível de satisfação profissional.

Nível de satisfação com o coordenador e nível de satisfação profissional

H₀₉. Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o coordenador das USF.

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

O modelo testado explica 36,9% da variância da “satisfação profissional”, sendo esta correlação significativa ($p < 0,001$) quanto à variância do nível de “satisfação

profissional” em função do nível de “satisfação com o coordenador”. A intensidade da relação linear entre as variáveis é moderada ($r=0,607$).

Conclui-se que, para um nível de significância $\alpha=0,05$, rejeita-se a hipótese nula (H_09), ou seja, existe correlação significativa entre a satisfação profissional e a satisfação com o coordenador, sendo o modelo representado por:

$$\text{Satisfação Profissional} = 55,306 + 1,174 \times \text{Satisfação com o coordenador}$$

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

H₀₁₀. Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas.

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

O modelo explica 49,4% da variância da “satisfação profissional”, sendo esta correlação significativa ($p<0,001$) quanto à variância do nível de “satisfação profissional”, em função da “satisfação com o relacionamento entre equipas”.

A intensidade da relação linear entre as variáveis é moderada ($r=0,703$).

Conclui-se que, para um nível de significância de $\alpha=0,05$, se rejeita a hipótese nula (H_010), ou seja, existe correlação significativa entre a satisfação profissional e a satisfação com a equipa, sendo o modelo representado por:

$$\text{Satisfação Profissional} = 69,626 + 9,046 \times \text{Satisfação com a equipa}$$

Nível de satisfação profissional e nível de satisfação com o vencimento

H₀₁₁. Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento.

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

O modelo explica 8,2% da variância da “satisfação profissional”. Apesar do nível de significância encontrado ser $<0,001$, não se rejeita a hipótese H_011 , em virtude da variância da variável dependente, explicada pela variável preditora, ser baixa, ou seja, não existe correlação significativa entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento.

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

H₀12. O nível de satisfação profissional não está relacionado significativamente com o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas, com a satisfação com o coordenador e com a satisfação com o vencimento.

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

Para a verificação da hipótese utilizámos uma regressão linear múltipla. O modelo explica 61,4% da variância da “satisfação profissional”, sendo esta correlação significativa ($p < 0,001$) quanto ao efeito do nível de satisfação com o “relacionamento entre equipas”, com a satisfação com o “coordenador” e com a satisfação com o “vencimento” na perceção da “satisfação profissional”. A intensidade da relação linear múltipla é moderada ($r = 0,783$).

Para um nível de significância $\alpha = 0,05$, rejeita-se a hipótese nula (H_011), concluindo-se que o nível de “satisfação profissional” está correlacionado significativamente com o nível de satisfação com o “relacionamento entre equipas”, com a satisfação com o “coordenador” e com a satisfação com o “vencimento”, sendo o modelo representado por:

$$\text{Satisfação Profissional} = 69,626 + 4,517 \times \text{Satisfação com a equipa} + 0,548 \times \text{Satisfação com o coordenador} + 0,745 \times \text{Satisfação com o vencimento}$$

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos discutir os principais resultados desta investigação, tendo presente a revisão bibliográfica efetuada.

A confidencialidade e o anonimato são condições absolutas, que devem ser garantidas pelo investigador (Madge, 2007) a quem colabora num inquérito por questionário. As condições de confidencialidade foram explicitadas na folha de rosto do questionário e garantidas pelo comportamento ético do investigador. Para uma maior garantia desta questão ética, optou-se por deixar como opcional a resposta às questões relacionadas com as características sociodemográficas. Esta possibilidade foi utilizada pelos profissionais que optaram por não responder, num total de 74 para a questão relativa à identificação do sexo, 89 para a idade, 81 para a situação familiar e 47 para as habilitações académicas.

Relativamente ao anonimato, este foi assegurado uma vez que não foi solicitada a identificação dos profissionais em nenhuma das questões.

A taxa de resposta obtida na nossa investigação foi de 66%, inferior à conseguida por Ferreira e Antunes (2009), que foi de 85%, mas semelhante, ou até mesmo superior, à encontrada em outros estudos que também utilizaram a versão *online* (Bälter, Bälter, Fondell, & Lagerros, 2005; Birnbaum, 2000; Kongsved et al., 2007; Manfreda et al., 2008)

A inferior taxa de resposta, por nós encontrada, pode eventualmente ser justificada pela falta de motivação dos profissionais, pela escassez de tempo devida a sobrecarga de trabalho, por eventuais dificuldades associadas à utilização de ferramentas informáticas e, também, pelo facto de algumas USF terem aplicado, recentemente, os seus próprios questionários para avaliação de satisfação profissional.

A impessoalidade associada aos procedimentos de recolha de dados *online*, poderia ter constituído uma limitação ao nosso estudo (Terrível et al., 2014). Contudo, esta foi ultrapassada com o envolvimento conseguido por parte da ARSC e da maior parte dos coordenadores das USF, através dos vários contactos estabelecidos durante o planeamento da investigação e no decurso da aplicação do questionário.

A amostra, composta por 514 profissionais, é predominantemente do sexo feminino (82%) e está de acordo com a distribuição real dos profissionais, nas várias USF's, que é de 81,5% para o sexo feminino e de 18,5% para o sexo masculino.

Comparando a distribuição dos profissionais da nossa amostra com os existentes nas várias USF, por categoria profissional, verificamos que não existe diferença significativa, sendo de 34,2% vs 36,4% para enfermeiros, de 39,8% vs 37,0% para médicos e de 26,0% vs 27,6% para secretárias clínicas.

Determinar a satisfação profissional era o objetivo principal do nosso estudo. Relativamente a este objetivo obtivemos a média de satisfação profissional de 71,5%, considerada “bom”, de acordo com os parâmetros por nós definidos. Outros estudos, utilizando o IASP, não apresentaram esta conclusão. No entanto, tendo em consideração a satisfação obtida nas escalas QLT, QPC e MCQ, em estudos realizados em ACeS, o nível de satisfação encontrado por Azevedo (2012), seria de 71,6% e o de Matos (2012) 67,7%, que se aproximam do encontrado do nosso estudo. Por outro lado, Tavares (2008), num estudo efetuado num serviço hospitalar encontrou um nível de satisfação de 44%, claramente inferior ao encontrado na nossa amostra.

O nível de satisfação profissional encontrado no nosso estudo, apesar de se fixar próximo do máximo encontrado nos estudos referidos, é inferior ao verificado por Ferreira e Antunes, em 2009, que foi 76,9%, pelo que, de 2009 a 2014, a satisfação profissional nas USF reduziu 5,4%.

O nosso estudo não permitiu avaliar o motivo deste decréscimo. No entanto, a reforma do SNS, ocorrida recentemente, poderá constituir uma explicação já que, segundo Sibbald et al. (2003), a reforma ocorrida no serviço nacional de saúde inglês, na década de 1990, também provocou descontentamento e intenção de abandono da prática clínica.

Em relação às dimensões da satisfação, medida através das escalas QLT, QPC e MCQ, verificámos uma média de 67,42%, 78,28% e 80,71%, respetivamente. Ferreira e Antunes (2009) verificaram valores superiores para a QLT (72%) e MCQ (81,1%) e ligeiramente inferior na QPC (77,6%).

A escala MCQ apresentava a maior média de satisfação, em ambos os estudos. Este facto também foi verificado por Matos (2012) que encontrou 72.2% e por Tavares (2008) com 47.0%, sendo de esperar que a satisfação profissional seja influenciada diretamente por esta dimensão, uma vez que a perceção da qualidade do trabalho desenvolvido tem relação clara com a satisfação profissional (Kvist et al., 2013; Tyssen et al., 2013).

Entre todas as facetas do IASP, o “vencimento” foi aquele que apresentou a média inferior (39%, $\pm 32,4$). Ferreira e Antunes (2009) encontraram um nível de satisfação com o vencimento de 48,6% e, apesar de ser a faceta com a pior avaliação na sua investigação, situava-se 16,2% acima da encontrada no nosso estudo. Esta situação é, em nosso entender, preocupante em termos de satisfação profissional e é confirmada pela teoria de Herzberg (2003), segundo a qual o vencimento, não provocando satisfação, apenas pode aumentar ou diminuir a insatisfação. Por outro lado, analisando os itens desta faceta à luz da teoria de Lawler (1973), que avalia a discrepância entre a remuneração e as

responsabilidades e a experiência e o desempenho, consideramos que os profissionais têm uma remuneração francamente inferior à que esperavam obter.

A faceta que avalia a satisfação com o “coordenador” foi aquela que, no estudo, apresentou o maior nível de satisfação (80,74%, $\pm 16,2$), situando-se dentro do valor obtido por Ferreira e Antunes (2009), que foi de 80,3%. Podemos assim verificar que esta dimensão não sofreu oscilação nos últimos anos. Na verdade, era expectável que os coordenadores fossem avaliados com níveis de satisfação elevados, uma vez que as USF se baseiam em pequenas equipas, organizadas de forma voluntária, lideradas pelo coordenador e, segundo Passos (2001) e Santos et al. (2007a), o trabalho em equipa aumenta a satisfação profissional.

A satisfação com os “órgãos de gestão” ocupa, no presente estudo, o penúltimo lugar (51,07%, $\pm 22,7$), sendo o item “forma como os órgãos de direção lidam com as queixas dos profissionais” o que apresenta o nível de satisfação inferior (48,5%, $\pm 25,5$). Na análise das sugestões efetuadas, os profissionais referem a necessidade de uma maior aproximação por parte dos órgãos de gestão, bem como o reconhecimento das atividades desenvolvidas.

Numa época em que o trabalho se tem vindo a demarcar como menos compensador, e os trabalhadores se sentem menos reconhecidos pelas chefias e colegas (APPSO, 2013), compreende-se que os profissionais atribuam aos órgãos de gestão do ACeS uma parte importante dessas dificuldades. A perceção de que não se é reconhecido pelos órgãos de gestão pode, segundo Herzberg (2003), conduzir a uma diminuição da satisfação profissional, situação que também tem vindo a ser confirmada em vários estudos (Hespanhol et al., 2000; Van Ham et al., 2006).

No estudo já referido, realizado por Ferreira e Antunes (2009), o nível de satisfação com os “órgãos de gestão” era de 71,3%. Esta faceta foi a que sofreu a maior redução de perceção de satisfação, quando se comparam os dois estudos. Atendendo à evolução da conjuntura socioeconómica a que ficaram expostos os profissionais, de 2009 a 2014, é compreensível esta redução do nível de satisfação de 71,3% para 51,07%.

Relativamente à dimensão “satisfação global”, que traduz a atitude dos profissionais perante o trabalho, verificamos que aproximadamente 99% responderam “claro que sim” ou “provavelmente sim”, o que indicia que recomendariam esta USF aos amigos, em caso de necessidade, e admitiam utilizá-la para a prestação de cuidados de saúde, o que poderá traduzir confiança nos cuidados prestados. No entanto, quando questionados sobre se voltariam a escolher aquela USF, se pudessem voltar atrás, 7% responderam “provavelmente não” ou “claro que não”. No estudo de Ferreira e Antunes (2009) esta

situação foi encontrada em 5,8% dos profissionais. Este aumento na percentagem de profissionais que reconhecem que teriam colocado outras opções como local de trabalho poderá estar relacionado com a insatisfação com os fatores extrínsecos ao trabalho, nomeadamente a remuneração, as condições de trabalho, a organização do trabalho e o relacionamento com as chefias (Gomes, 1992; Herzberg, 2003).

Na análise das sugestões apresentadas pelos profissionais, numa das questões do IASP, destacam-se, pelo seu número, as relacionadas com o “local de trabalho e equipamento”. Recomendam mais atenção à limpeza das unidades de saúde, à segurança, à organização dos espaços e às condições precárias das instalações.

Em relação à limpeza, podem estar relacionadas com a aquisição dos serviços a empresas externas, orientados por cadernos de encargos que não traduzem as realidades de cada serviço e com pouca intervenção dos coordenadores das USF e à dispensa das assistentes operacionais ligadas aos centros de saúde.

A segurança é, também, alvo de várias sugestões, relacionadas com a integridade física dos profissionais relativamente aos utentes. Em nossa opinião, esta situação está relacionada com a dispensa recente dos vigilantes contratados a empresas externas.

Por fim, a organização dos espaços e as condições precárias estão relacionadas com o trabalho em contentores. Esta situação será de curta duração e tem em vista a reabilitação dos edifícios.

Seguidamente iremos analisar alguns determinantes da satisfação profissional, de acordo com as hipóteses de investigação.

Satisfação profissional e fatores sociodemográficos.

Relativamente ao sexo verificámos não haver diferença estatisticamente significativa nas escalas QPC e MCQ. Contudo, os homens estão mais satisfeitos do que as mulheres na escala QLT (71,52% vs 66,93%), registando-se esta diferença nas facetas satisfação com a política de “recursos humanos” (79,49% vs 74,42%), “vencimento” (45,61% vs 36,32%) e “local de trabalho e equipamento” (60,95% vs 52,29%). Este resultado contraria o encontrado noutros estudos, que utilizaram a mesma metodologia (Ferreira, 2011; Matos, 2012), bem como no estudo realizado por Tyssen et al. (2013) apenas com médicos. Por outro lado, alguns estudos (Carrillo-Garcia et al., 2013; Clark, 1997; Perez-Ciordia et al., 2013) referem que as mulheres têm maior nível de satisfação profissional que os homens.

Face ao exposto, podemos considerar como inconclusiva a diferença registada nos níveis de satisfação, segundo o sexo, ainda que no nosso estudo, a satisfação se relacione como o mesmo, em algumas dimensões.

Em relação ao grupo etário não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos, relativamente à satisfação, nas escalas QPC e MCQ. No entanto, verificámos que os profissionais com idade superior a 54 anos se encontram mais satisfeitos do que aqueles que apresentavam idade inferior a 44 anos, em relação à escala “qualidade do local de trabalho” (70,36% vs 67,74%).

Outros estudos (Joyce et al., 2011; Nylenna & Aasland, 2010) referem que a satisfação profissional aumenta com a idade, ainda que Matos (2012) não tenha encontrado diferenças na satisfação e que Ferreira (2011) refira que os mais novos sejam os mais satisfeitos. Este último autor refere, ainda, que a satisfação com o “vencimento” é mais elevada nos mais velhos. No nosso estudo os mais velhos também estão mais satisfeitos que os mais novos, ainda que o nível de satisfação seja considerado baixo (46,38%).

A satisfação profissional não se correlaciona com o estado civil nem com o nível de escolaridade, em nenhuma das escalas do IASP, o que está de acordo com outros estudos (Azevedo, 2012; Matos, 2012), mas é diferente em relação ao grau de escolaridade, em que estes verificaram que o nível de satisfação foi mais elevado nos profissionais com maior grau de escolaridade.

Satisfação profissional e fatores organizacionais.

Relativamente à relação entre satisfação profissional e fatores organizacionais, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões QPC e MCQ. Contudo, Ferreira (2011) encontrou relação significativa com o tipo de “horário de trabalho”, “vínculo profissional” e exercício de “funções de chefia”. Já Matos (2012) apenas encontrou relação com o “tipo de vínculo profissional”.

Atendendo à teoria de Herzberg (2003), os fatores organizacionais não estão relacionados com a satisfação mas com o evitar, ou não, a insatisfação, facto que pode explicar os resultados encontrados. Por outro lado, segundo Hackman e Oldham (1980), a satisfação resulta do desempenho da função e da necessidade de desenvolvimento do individuo, pelo que aqueles que procuram desafios, e revelam mais interesse no trabalho, estariam mais satisfeitos.

A criação das USF tem por base a autonomia organizativa, funcional e técnica e pressupõe alguma capacidade de iniciativa dos profissionais e a procura de desafios. Sendo os profissionais das USF aqueles que se destacaram nos CS na organização destas novas unidades, admite-se que sejam mais propensos a aceitar novos desafios, o que poderá explicar o nível de satisfação de cerca de 80%. A existir diferença, atendendo a esta ultima teoria, ela estaria no modelo de desenvolvimento, admitindo que os

profissionais das USF em modelo B seriam mais competitivos. De facto constatou-se que nas dimensões QPC e MCQ os profissionais das USF modelo B estão mais satisfeitos do que os do modelo A.

Satisfação profissional e modelo de desenvolvimento das USF

Relativamente à satisfação com a QPC e a MCQ, verificámos que existe diferença segundo o modelo de desenvolvimento da USF, com as do modelo B a apresentarem um maior nível de satisfação, admitindo-se, como já referimos, que esta diferença possa ser explicada pela teoria de Hackman e Oldham (1980).

Nas restantes dimensões existe também diferença significativa, sendo as USF do modelo B as que obtiveram maiores níveis de satisfação, com exceção da satisfação com o “coordenador” e com o “local de trabalho e equipamento”, onde não foram encontradas diferenças significativas.

A satisfação com o “vencimento” mostra uma grande diferença entre os profissionais dos modelos A (28,18%) e B (58,43%). Na realidade, a diferença de vencimento acontece, sendo superior no modelo B.

A teoria de Adams (1965), também conhecida por teoria da equidade, refere que os profissionais comparam o seu esforço, competência e experiência, bem como a remuneração, com outros semelhantes.

Atendendo a que os profissionais do modelo A têm uma recompensa menor, em virtude do seu nível de organização, compreende-se a diferença de satisfação encontrada. Acontece que uma inferior remuneração, relativamente a outros, pode levar a um desinvestimento ou diminuição do esforço no trabalho, ou até mesmo ao abandono da organização (Neves, 2001), situação preocupante dada a grande escassez de profissionais que atualmente se verifica nos CSP, sobretudo nas UCSP, onde os níveis de remuneração são semelhantes aos das USF modelo A.

Ainda em relação ao nível de satisfação com o “vencimento”, verificámos que é baixo em ambos os modelos de USF, comparativamente ao nível de satisfação registado nas outras dimensões do IASP. Esta situação pode encontrar justificação na teoria de Herzberg (2003) a qual coloca o vencimento nos fatores de carácter externo ao trabalho, ou seja, naqueles que não produzem satisfação, mas que apenas podem evitar, ou não, a insatisfação. No nosso estudo a remuneração não evita a insatisfação.

Atendendo à teoria de Lawler (1973), a discrepância entre o que os profissionais consideram que deveriam receber e o que realmente recebem é superior nas USF modelo A, devido ao seu menor nível de satisfação. Tratando-se de um processo de gestão de expectativas, entre recompensa esperada e recebida, a satisfação será tanto maior quanto

menor for a discrepância registada entre estas admitindo-se, por isso, que o nível de satisfação com o vencimento seja maior nos profissionais das USF modelo B. Aliás, esta área foi alvo das sugestões dos profissionais, que recomendaram a correção das desigualdades entre modelos de USF.

Como anteriormente referido, não encontramos diferença significativa no nível de satisfação com o coordenador entre os modelos de USF, sendo de 80,44% e de 81,28% para o modelo A e B, respetivamente. Ferreira e Antunes (2009) encontraram um nível de satisfação semelhante (80,3%), ou seja, nos cinco anos que separam os dois estudos não houve variação do nível de satisfação com os coordenadores. Esta situação poderá ser explicada pelo modo como são criadas as equipas e a afinidade pessoal dos seus membros em torno do coordenador. Siqueira et al. (2008) referem que a dependência entre os elementos do grupo e os respetivos ganhos, devidos à identificação com a equipa, podem estar relacionados com a satisfação profissional.

Satisfação profissional e satisfação global

A satisfação global pode ser encarada como a atitude do profissional perante vários cenários propostos nas questões efetuadas. Verificámos que, em regra, o nível de satisfação é superior nos que responderam afirmativamente às questões colocadas (recomendar a USF, recorrer o próprio à USF se necessitar e escolher de novo a USF para trabalhar). Esta associação está relacionada, segundo Martinez e Paraguay (2003), com o que o profissional sente e com a opinião que tem em relação ao trabalho, ou seja, os que têm maior nível de satisfação apresentam também uma atitude mais positiva.

Satisfação profissional e satisfação com o vencimento, as equipas e o coordenador

Verificámos uma correlação positiva entre a satisfação profissional e a satisfação com o coordenador, facto também encontrado por Scheurer et al. (2009), sendo que o nosso modelo explica 36,9% da variância da satisfação profissional.

Por outro lado, não considerámos significativa a correlação entre a satisfação profissional e a satisfação com o vencimento, pelo facto do modelo apenas explicar 8,2% da variância da satisfação profissional, o que está de acordo com o verificado por Santana e Cerdeira (2011). No entanto, outros autores (Diaz-Serrano & Cabral Vieira, 2005; Tanne, 2012; Van Ham et al., 2006; Vieira et al., 1995) associam o menor nível de satisfação a salários mais baixos, situações que se podem enquadrar na teoria de Herzberg (2003).

Por fim, testámos o modelo que correlaciona a satisfação profissional com a satisfação com o coordenador, com as equipas e com o vencimento. Esta correlação é positiva e representa 61,4% da variância da satisfação profissional sendo, por isso, o modelo que melhor explica o nível de satisfação profissional do nosso estudo.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O nosso estudo tinha como principal objetivo avaliar a satisfação dos profissionais das USF da ARS Centro e, tendo como pressuposto o princípio da investigação-ação, fazer algumas sugestões de melhoria. Assim, neste capítulo apresentaremos as principais conclusões da nossa investigação, algumas limitações encontradas, faremos sugestões para futuras investigações e apresentaremos algumas recomendações finais.

A presente investigação envolveu 45 das 47 USF existentes na ARS Centro, uma vez que dois coordenadores recusaram participar, apesar do estudo ter o patrocínio do Conselho Diretivo da ARS. A amostra ficou constituída por 514 profissionais, a que corresponde uma taxa de resposta ao questionário de 66%. Exerciam funções nas USF modelo A 64,8% dos participantes no estudo e 35,2% nas do modelo B. Os profissionais foram na sua maioria do sexo feminino (82%), casados ou em união de facto (80,4%), situando-se 52,6% acima dos 45 anos.

Relativamente à categoria profissional, 34,2% eram enfermeiros, 39,8% médicos e 26% secretários clínicos. A grande maioria (93%) continuaria a escolher trabalhar na mesma USF, se pudesse voltar atrás e escolher de novo. No entanto, 7% admitiam mudar de local de trabalho. Destes, apenas 1,7% eram profissionais das USF modelo B.

O nível de satisfação profissional (71,5%) é inferior, em 5,4%, ao encontrado noutro estudo efetuado em 2009, com a mesma metodologia.

Considerando o grau de satisfação profissional e os fatores sociodemográficos, verificou-se que a escala “qualidade do local de trabalho” está relacionada apenas com o sexo e o grupo etário, estando os homens mais satisfeitos que as mulheres e os mais velhos (≥ 55 anos) mais satisfeitos que os mais novos (≤ 44 anos).

Relativamente à mesma escala, e em relação aos fatores organizacionais, a satisfação apenas está relacionada com o “tipo de vínculo”, com “exercer funções de chefia” e com o “setor profissional”. Assim, os profissionais com “contrato de trabalho em funções públicas a termos certo” e os que exercem funções de chefia são os que se apresentam mais satisfeitos. Os médicos apresentam um maior nível de satisfação que os enfermeiros.

As escalas “qualidade na prestação de cuidados” e “melhoria contínua da qualidade” são sensíveis apenas ao modelo de organização das USF, com as modelo B a apresentarem maiores níveis de satisfação que as modelo A.

O 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, em que não se verificou diferença entre os modelos A e B.

A satisfação com o vencimento é inferior nas USF modelo A (28,2%), relativamente ao B (58,4%), sendo esta a subescala que apresenta o menor nível de satisfação. Os enfermeiros apresentem um menor nível de satisfação com o vencimento (30,4%) que os médicos (44,3%) e que os secretários clínicos (45,2%).

Não encontramos correlação significativa entre a satisfação profissional (72%) e a satisfação com o vencimento (39%), como era de esperar, uma vez que a satisfação com o vencimento é baixa.

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

Limitações do estudo e perspectivas de investigação futura

Apresentadas as conclusões e, tendo em conta a metodologia desenvolvida, consideramos importante tecer algumas considerações em torno do que nos parecem ser algumas das fragilidades deste estudo e sugerir recomendações para estudos futuros, na área da satisfação profissional.

A abrangência deste estudo, no que se refere à sua incidência numa região específica, a ARS Centro, e ao tipo e número de unidades envolvidas, poderá representar algumas limitações associadas à opção metodológica de seleção da amostra, as quais não nos permitem generalizar os resultados a outros contextos. Assim, sugerimos a realização de um novo estudo nas restantes UF's da ARS Centro, já que esta também é a pretensão do seu Conselho Diretivo e, aproveitando as potencialidades proporcionadas pelos procedimentos de recolha de dados *online*, no que se refere à facilidade de acesso e economia de custos a populações geograficamente dispersas, realizar também um estudo nacional, que envolva todas as USF.

A taxa de resposta conseguida neste estudo (66%) está em linha com outros estudos, mas, ainda assim, inferior à conseguida por Ferreira e Antunes (2009). Apesar dos esforços desenvolvidos no sentido da sua otimização designadamente, o planeamento em conjunto com a ARS Centro, o facto de se ter procurado envolver os coordenadores das USF e de se terem estabelecidos alguns contactos com os mesmos durante o período em que a aplicação esteve disponível para preenchimento *online*, no sentido de apelar à importância da sua colaboração para o sucesso desta investigação, não conseguimos a colaboração de dois coordenadores. Por outro lado, entre os que aceitaram colaborar, registaram-se alguns casos com taxas de resposta inferior a 60%. Deste modo, parece-nos importante que, em estudos futuros, se proceda a uma prévia sensibilização junto dos profissionais destes serviços alertando para a importância e necessidade de se conhecer

e monitorizar a satisfação já que esta constitui, a par da satisfação dos utentes, um dos critérios de avaliação do SNS.

Sentimos ainda, que a opção metodológica assumida, de realização de um estudo de cariz predominantemente quantitativo, no que se refere aos procedimentos de recolha (questionário com questões fechadas e apenas uma questão aberta) e análise de dados, poderá considerar-se uma limitação do estudo, pelo facto de as respostas tenderem a ser mais superficiais e independentes dos contextos em que se situam os respondentes. Julga-se assim pertinente que, em estudos futuros, seja considerado um desenho de investigação onde, para além do estudo quantitativo, haja lugar a metodologias qualitativas, no sentido de descobrir novas teorias e não, apenas, a confirmação de hipóteses (Amado, 2010; Bogdan & Biklen, 1994).

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

Recomendações finais

Dando voz aos anseios e principais recomendações dos profissionais, reforçamos a necessidade de um maior investimento, por parte dos órgãos de gestão dos ACeS, nas UF, designadamente ao nível dos equipamentos e instalações e, sobretudo, no estreitamento das relações entre estes órgãos e os profissionais.

Face ao baixo nível de satisfação com a remuneração, à associação deste fator extrínseco do trabalho com a insatisfação, e levando em conta as recomendações dos próprios profissionais sobre esta questão, sugere-se uma redução da discrepância verificada entre os diferentes grupos profissionais e, sobretudo, entre os modelos de USF, sendo que esta deve atender, entre outros fatores, ao desempenho dos mesmos.

Por último, sugerimos que os estudos de avaliação da satisfação profissional sejam incluídos nos objetivos contratualizáveis, a par do que acontece com a satisfação dos utentes.

De um ponto de vista geral, torna-se importante enfatizar ou promover hábitos que permitam aumentar o valor de componentes motivacionais e diminuir o tempo entre a perceção e a exibição de comportamentos de insatisfação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2009). *Metodologia de contratualização: USF modelo A e modelo B*. Lisboa: Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o_USF_2009.pdf [5 de dezembro de 2013].
- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2º. pp. 267-299). New York: Academic Press.
- Afonso, P. B. (2010, Volume temático: 9). Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 59-64.
- Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho *in: Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 281-306). Lisboa: Mc Graw Hill.
- Almeida, A. P., Lima, F. M. V., Lisboa, S. M., Júnior, A. J. d. A. F., & Lopes, A. P. (2013). Comparação entre as teorias de aprendizagem de Skinner e Bandura. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FITS*, 1(3), 81-90.
- Amado, J. (2010). Ensinar e aprender a investigar—reflexões a pretexto de um programa de iniciação à pesquisa qualitativa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 44(1), 119-142. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316.2/4804> [18 de março de 2013]
- APPSO. (2013). Trabalhadores sentem-se cada vez menos recompensados. *iOnline*. Retrieved from iOnline website: <http://www.ionline.pt/artigos/portugal/trabalhadores-sentem-se-cada-vez-menos-recompensados/pag/-1> [3 de dezembro de 2013]
- ARSC. (2013). Relatório de Atividades 2012. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro.
- Azevedo, R. (2012). *Satisfação no trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários*. (Dissertação de mestrado em Psicologia), Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto. Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3719/3/DM_RosemereAzevedo.pdf [5 de novembro de 2013]
- Bälter, K. A., Bälter, O., Fondell, E., & Lagerros, Y. T. (2005). Web-based and mailed questionnaires: A comparison of response rates and compliance. *Epidemiology*, 16(4), 577-579.
- Batista, V., Santos, R., Santos, P., & Duarte, J. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. *Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem, II Série*(12), 57-69.
- Birnbaum, M. H. (2000). *Psychological experiments on the Internet*. San Diego, USA: Academic Press.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático nº2, 5-12.
- Buchbinder, S., Wilson, M., Melick, C., & Powe, N. (2001). Primary care physician job satisfaction and turnover. *The American Journal of Managed Care*, 7(7), 701-713.

- Bueno, M. (2002). As teorias de motivação humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow. *Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão-CESUC-Ano IV*(06-10).
- Cabrita, J., & Perista, H. (2006). Measuring job satisfaction in surveys: Comparative analytical report. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, 1-30. Retrieved from <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0608TR01/TN0608TR01.pdf> [15 de novembro de 2013]
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Almedina.
- Campos, C., & Malik, A. (2008). Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, 42(2), 347-368.
- Carrillo-Garcia, C., Solano-Ruiz, M., Martinez-Roche, M., & Gomez-Garcia, C. (2013). Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1314-1320.
- Chiavenato, I. (1987). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Atlas.
- Clark, A. E. (1997). Job satisfaction and gender: Why are women so happy at work? *Labour Economics*, 4(4), 341-372.
- Cooper, C., & Faragher, B. (2013). The impact of the workplace on health. *British Medical Journal*, 347, f4944.
- Dawis, R., England, G., & Lofquist, L. (1964). *A theory of work adjustment. (Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation: XV)*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Declaration of Alma-Ata*. (1978). Paper presented at the Primary health care. Report on the international conference on primary health care, Alma-Ata. Retrieved from http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [5 de dezembro de 2013]
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (22/2/2008) *Diário da República nº 38 SÉRIE I* (pp. 1182 a 1189): Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
- Decreto-Lei n.º 60/2003. (1/4/2003) *Diário da República nº 77 SÉRIE I-A* (pp. 2118 a 2127): Cria a rede de cuidados de saúde primários.
- Decreto-Lei n.º 117/98. (5/5/1998) *Diário da República nº 103/98 SÉRIE I-A* (pp. 1991 a 1995): Estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral.
- Decreto-Lei n.º 157/99. (10/5/1999) *Diário da República nº 108/99 SÉRIE I-A* (pp. 2424 a 2435): Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.
- Decreto-Lei nº88/2005. (3/6/2005) *Diário da República nº 107 SÉRIE I-A* (pp. 3606): Cria a rede de cuidados de saúde primários e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.
- Decreto-Lei nº 298/2007. (12/8/2007) *Diário da República nº 161 SÉRIE I* (pp. 5587 a 5596): Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

- Despacho n.º 24101/2007. (22/10/2007). Aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C.
- Despacho Normativo n.º 9/2006. (16/2/2006) *Diário da República n.º 34, I SÉRIE-B* (pp. 1256): Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar.
- Diaz-Serrano, L., & Cabral Vieira, J. (2005). *Low pay, higher pay and job satisfaction within the European Union: Empirical evidence from fourteen countries*. Retrieved from: <http://ideas.repec.org/p/iza/izadps/dp1558.html> [7 de dezembro de 2013]
- Dormann, C., & Zapf, D. (2001). Job satisfaction: A meta-analysis of stabilities. *Journal of Organizational Behavior*, 22(5), 483-504.
- DQS. (2013). *Estratégia Nacional Para a Qualidade na Saúde: Prioridades Estratégicas. Departamento da Qualidade na Saúde*. Retrieved from <http://www.dqs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521> [13 de dezembro de 2013]
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Steen, N., & Kalliomäki-Levanto, T. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: a multilevel analysis of job control and personality. *Journal of occupational health psychology*, 5(2), 269-277.
- ERS. (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Retrieved from Entidade Reguladora da Saúde website: Retrieved from www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS_-_Estudo_do_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude_Primarios_-_Relatorio.pdf [21 de novembro de 2013]
- Faragher, E., Cass, M., & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 62(2), 105-112.
- Ferreira, J., Neves, J., & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Mc Graw Hill.
- Ferreira, P. (1996). Satisfação dos profissionais de enfermagem: construção e aplicação de um instrumento de medição. *Saúde Infantil*, 18, 29-38.
- Ferreira, P., & Antunes, P. (2009). *Monitorização da satisfação dos profissionais das USF. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)*.
- Ferreira, V. (2011). *A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de braga*. (Dissertação de mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde), Universidade do Porto, Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf> [5 de dezembro de 2013]
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362.
- Gestão de Sistemas e Infra-estruturas de Informação e Comunicação (GSIIC). (2013). *Alojamento de Servidores (housing)*. Retrieved 21 de fevereiro, 2014, from http://www.uc.pt/ciuc/servicos_geral/servicos_inst/housing
- Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Brodowski, M., Steinhäuser, J., Wensing, M., & Szecsenyi, J. (2013). Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: an observational study. *Family practice*, 30(4), 411-417.

- Goetz, K., Campbell, S., Steinhäuser, J., Broge, B., Willms, S., & Szecsenyi, J. (2011). Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. *BMC Family Practice*, 12(1), 1-6.
- Gomes, A. D. (1992). Formas de organização e técnicas de gestão: Análise comparativa e Níveis de análise. *Revista Portuguesa de Gestão*, 11, 29-47.
- Gosling, S., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59(2), 93.
- Governo de Portugal. (2011). *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. Retrieved from Retrieved from http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf [20 de dezembro de 2013].
- Graça, L. (1999). A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Parte III [Portuguese Family Doctors' Job Satisfaction. Part III]. Retrieved from www.ensp.unl.pt/lgraca/textos36.html [4 de dezembro de 2013]
- Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP. (2009). Acontecimento extraordinário: SNS proximidade com qualidade. Portal da Saúde.
- Hackman, J., & Oldham, G. (1980). *Work redesign*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied psychology*, 60(2), 159-170.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. Oxford, England: World.
- Herzberg, F. (2003). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard business review*, 81(1), 3-11.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1993). *The motivation to work* (12^o ed.). Cleveland, Ohio: Transaction Publishers.
- Hespanhol, A. (2008). Satisfação dos profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(6), 665-670.
- Hespanhol, A., Pereira, A., & Pinto, A. (2000). Insatisfação profissional em medicina geral e familiar: um problema intrínseco dos médicos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 16(3), 183-199.
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário* (2^a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2013). *Designing clinical research* (4^a ed.). Philadelphia, USA: LWW.
- Ironson, G. H., Smith, P. C., Brannick, M. T., Gibson, W., & Paul, K. (1989). Construction of a Job in General scale: A comparison of global, composite, and specific measures. *Journal of Applied psychology*, 74(2), 193-200.
- Joyce, C. M., Schurer, S., Scott, A., Humphreys, J., & Kalb, G. (2011). Australian doctors' satisfaction with their work: results from the MABEL longitudinal survey of doctors. *The Medical journal of Australia*, 194(1), 30-33.
- Kenrick, D. T., Giskevicius, V., Neuberg, S. L., & Schaller, M. (2010). Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspectives on psychological science*, 5(3), 292-314.

- Kongsved, S. M., Basnov, M., Holm-Christensen, K., & Hjollund, N. H. (2007). Response rate and completeness of questionnaires: a randomized study of Internet versus paper-and-pencil versions. *Journal of medical Internet research*, 9(3), 1-10.
- Kvist, T., Mäntynen, R., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Does Finnish hospital staff job satisfaction vary across occupational groups? *BMC health services research*, 13(1), 376.
- Lapão, L. V. (2010). Papel Crítico dos Sistemas de Informação da Saúde: Considerações no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
- Lawler, E. (1973). *Motivation in Work Organizations*. Califórnia: Brooks/Cole Publishing Company.
- Lei n.º 48/90. (24/8/1990) *Diário da República n.º 195 Série I* (pp. 3452-3459): Lei de Bases da Saúde.
- Lloyd, S., Streiner, D., Hahn, E., & Shannon, S. (1994). Development of the emergency physician job satisfaction measurement instrument. *The American journal of emergency medicine*, 12(1), 1-10.
- Locke, E. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309-336.
- Locke, E. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.
- Locke, E. (1986). Work motivation theories. In Cary Cooper & Ivan Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 1, pp. 1-35). New York: Willey and Sons.
- Lopes, N. (2006). Equipas de saúde: uma perspectiva sociológica sobre o exercício profissional. *Re (habilitar)*, 3, 25-35.
- Lopes, S. F., Vieira, R. M., & Moreira, A. (2013). WEBQDA na análise qualitativa de interações no contexto de uma oficina de formação de professores. *Indagatio Didactica*, 5(2).
- Madge, C. (2007). Developing a geographers' agenda for online research ethics. *Progress in human geography*, 31(5), 654-674.
- Manfreda, K. L., Bosnjak, M., Berzelak, J., Haas, I., & Vehovar, V. (2008). Web surveys versus other survey modes: A meta-analysis comparing response rates. *Journal of the Market Research Society*, 50(1), 79-104.
- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78.
- Martins, M., & Santos, G. (2006). Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *Psico-USF*, 11(2), 195-205.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Matos, V. M. (2012). *Monitorização da satisfação profissional num agrupamento de centros de saúde da região centro*. (Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde), Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/21497> [10 de dezembro de 2013]
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa.

- Ministério da Saúde. (2004). Relatório de Primavera 2004: Sistema de saúde português : riscos e incertezas. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*. Lisboa: Retrieved from http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf [5 de dezembro de 2013].
- Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing research*, 39(2), 113-116.
- Mullins, L. J. (2004). *Gestão da hospitalidade e comportamento organizacional* (Bookman Ed. 4ª ed.). Porto Alegre.
- Nelson, E., Larson, C., Hays, R., Nelson, S., Ward, D., & Batalden, P. (1992). The physician and employee judgment system: reliability and validity of a hospital quality measurement method. *Quality review bulletin*, 18(9), 284-292.
- Neri de Souza, F., Costa, A. P., & Moreira, A. (2011). Questionamento no Processo de Análise de Dados Qualitativos com apoio do software WebQDA. *EDUSER: revista de educação*, Vol 3(1).
- Neves, J. (2001). Aptidões individuais e teorias motivacionais. In J. Ferreira, J. Neves & A. Caetano (Eds.), *in: Manual de psicossociologia das organizações*. (pp. 221-254). Amadora: McGraw-Hill.
- Ng, S. H. (1993). A job satisfaction scale for nurses. *New Zealand Journal of Psychology*, 22(1), 46-53.
- Nylenna, M., & Aasland, O. G. (2010). Job satisfaction among Norwegian doctors. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 130(10), 1028-1031.
- Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Forde, R., & Aasland, O. G. (2005). Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(4), 198-202.
- Passos, A. (2001). Grupos e equipas de trabalho *in: Manual de psicossociologia das organizações* (pp. 335-356). Amadora: McGraw-Hill.
- Paulo, G. (2003). *Satisfação dos profissionais de saúde—avaliação em dois modelos de gestão hospitalar: Adaptação e validação cultural do hospital employee judgment system*. (Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde), Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Perez-Ciordia, I., Guillen-Grima, F., Brugos, A., & Aguinaga, I. (2013). Job satisfaction and improvement factors in primary care professionals. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(2), 253-262.
- Portaria n.º 394-A/2012 (29/11/2012) *Diário da República n.º 231, Série I, 4.º Suplemento* (pp. 6832-(6832) a 6832-(6835)): Reorganiza os Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., e revoga a Portaria n.º 274/2009, de 18 de março.
- Portaria n.º 377-A/2013. (30/12/2013) *Diário República n.º 252, Série I, 4.ª Suplemento*: Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

- Quarstein, V. A., McAfee, R. B., & Glassman, M. (1992). The situational occurrences theory of job satisfaction. *Human Relations*, 45(8), 859-873.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rentsch JR, & Steel RP. (1992). Construct and concurrent validation of the Andrews and Withey Job Satisfaction Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 52, 357-367.
- Richardson, R. J., & Peres, J. A. (1985). Métodos quantitativos e qualitativos *in: Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, R. (2012). *Factores motivacionais do indivíduo na manutenção e selecção de um trabalho*. (Dissertação de mestrado em Gestão/MBA), Universidade Aberta, Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/2586> [20 de dezembro de 2013]
- Roehr, B. (2012). Young US doctors are satisfied with the present but pessimistic about the future. *British Medical Journal*, 344(e2773), 1.
- Rollinson, D. (2008). *Organisational behaviour and analysis: an integrated approach*. England: Pearson Education Limited.
- Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático nº2*, 101-108.
- Salancik, G., & Pfeffer, J. (1978). A social information processing approach to job attitudes and task design. *Administrative science quarterly*, 23(2), 224-253.
- Santana, S., & Cerdeira, J. (2011). Satisfação no trabalho dos profissionais do ACeS Baixo Vouga II. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 589-600.
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondiére, P. (2007a). Os centros de saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento actual & prioridades de reforma. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Estudo_CS_Portugal.pdf [20 de dezembro de 2013]
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondiére, P. (2007b). *Os centros de saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Sarathy, R., & Barbosa, J. D. (1981). Fatores explicativos da permanência e saída do emprego. *Revista de Administração de Empresas*, 21, 17-29.
- Scheurer, D., McKean, S., Miller, J., & Wetterneck, T. (2009). U.S. physician satisfaction: A systematic review. *Journal of Hospital Medicine*, 4(9), 560-568.
- Sibbald, B., Bojke, C., & Gravelle, H. (2003). National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *British Medical Journal*, 326(7379), 22.
- Siqueira, M., Tamayo, Á., & Bastos, A. (2008). *Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre: Artmed.
- Souza, I., Reche, P., & Sachuk, M. (2013). O comprometimento organizacional e a satisfação no trabalho em funcionários de um hospital da cidade de Umurama. *Qualit@s Revista Eletrônica, Vol. 14, No 1*.

- Spector, P. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American journal of community psychology*, 13(6), 693-713.
- Swan, J., De Moraes, L., & Cooper, C. (1993). Developing the occupational stress indicator (OSI) for use in Brazil: a report on the reliability and validity of the translated OSI. *Stress Medicine*, 9(4), 247-253.
- Tamayo, A. (2000). Prioridades axiológicas e satisfação no trabalho. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 35(2).
- Tanne, J. H. (2012). Income and job satisfaction fall among US doctors. *British Medical Journal*, 344(e3109), 1-2.
- Tavares, O. (2008). *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Aplicação do instrumento de avaliação de satisfação profissional*. (Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde), Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9700/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf> [10 de janeiro de 2014]
- Terrível, J., Rodrigues, A. T., Ferreira, M., Neves, C., Roque, F., da Cruz, O. A., . . . Herdeiro, M. T. (2014). Conhecimento dos médicos relativo à prescrição de antibióticos e à resistência microbiana: Estudo piloto de comparação de questionário online vs papel. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 3(3), 93-98.
- Traynor, M., & Wade, B. (1993). The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 127-136.
- Tyssen, R., Palmer, K. S., Solberg, I. B., Voltmer, E., & Frank, E. (2013). Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. *BMC health services research*, 13(516), 1-10.
- Van Ham, I., Verhoeven, A. A., Groenier, K. H., Groothoff, J. W., & De Haan, J. (2006). Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *The European journal of general practice*, 12(4), 174-180.
- Van Saane, N., Sluiter, J., Verbeek, J., & Frings-Dresen, M. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction--a systematic review. *Occupational Medicine (Lond)*, 53(3), 191-200.
- Vieira, D., Viegas, I., & Furtado, N. (1995). Satisfação profissional em médicos da carreira de clínica geral. *Acta Médica Portuguesa*, 8(10), 531-535.
- Vieira, J., Couto, J., & Tiago, M. (2004). Wages and Job Satisfaction in Portugal. *ERSA conference papers. European Regional Science Association*. Retrieved from <http://www-sre.wu-wien.ac.at/ersa/ersaconfs/ersa04/PDF/667.pdf> [7 de dezembro de 2013]
- Virtanen, M., Nyberg, S., Batty, G., Jokela, M., Heikkilä, K., Fransson, E., & Kivimäki, M. (2013). Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 347(f4746), 2-16.

Weiss, D., Dawis, R., England, G., & Lofquist, L. (1967). *Minnesota studies in vocational rehabilitation: Manual for the Minnesota satisfaction questionnaire*. Minnesota: University of Minnesota.

ANEXOS

ANEXO I: IASP - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL



Esta Unidade de Saúde Familiar como o seu local de trabalho

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

Este questionário contém perguntas que nos ajudarão a compreender a imagem que os profissionais têm desta Unidade de Saúde Familiar (USF). Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas. A sua honestidade no preenchimento deste questionário é-nos essencial. Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer. Nunca ninguém poderá ser identificado a partir dos resultados deste inquérito.

Obrigado por partilhar connosco a sua opinião.

DADOS SOBRE AS SUAS FUNÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE

1. Informação sobre a sua unidade de saúde

[01] Em que ACeS/ULS está inserida a sua USF?

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

- ACeS Baixo Mondego
- ACeS Baixo Vouga
- ACeS Dão Lafões
- ACeS Pinhal Interior Norte
- ACeS Pinhal Litoral
- ULS Guarda

[01A] Indique, por favor, o nome da sua USF no ACeS Baixo Mondego.

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

A resposta for 'ACeS Baixo Mondego' na pergunta '[01]'.
Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- USF Araceti
- USF As Gândras
- USF Biosa
- USF Buarcos
- USF CelaSaúde
- USF Condeixa
- USF Cruz de Celas
- USF Fernando Namora
- USF Marquês de Marialva
- USF Mondego
- USF Progresso e Saúde
- USF Rainha Santa Isabel
- USF S. Julião da Figueira
- USF Topázio
- USF VitaSaurium

[01B] Indique, por favor, o nome da sua USF no ACeS Baixo Vouga.

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

A resposta for 'ACeS Baixo Vouga' na pergunta '[01]'.

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

- USF Águeda Mais Saúde
- USF Alpha
- USF Barrinha
- USF Beira-Ria
- USF Costa de Prata
- USF Flor de Sal
- USF João Semana
- USF Moliceiro
- USF Rainha D. Tereza
- USF Salinas
- USF Santa Joana
- USF S. João de Ovar
- USF Terras de Antuã

[01C] Indique, por favor, o nome da sua USF no ACeS Dão Lafões.

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

A resposta for 'ACeS Dão Lafões' na pergunta '[01]'.

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

- USF Alves Martins
- USF Estrela do Dão
- USF Grão Vasco
- USF Infante D. Henrique
- USF Lafões
- USF Lusitânia
- USF Montemuro
- USF Rio Dão
- USF Terras de Azurara
- USF Viriato
- USF Viseu - Cidade

[01D] Indique, por favor, o nome da sua USF no ACeS Pinhal Interior Norte.

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

A resposta for 'ACeS Pinhal Interior Norte' na pergunta '[01]'.

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

- Penela
- Serra da Lousã
- Trevim Sol

[01E] Indique, por favor, o nome da sua USF no ACeS Pinhal Litoral

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

A resposta for 'ACeS Pinhal Litoral' na pergunta '[01]'.

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

- Cidade do Lis
- Condestável
- D. Diniz
- Santiago de Leiria

[01F] Indique, por favor, o nome da sua USF na ULS Guarda.

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

A resposta for 'ULS Guarda' na pergunta '[01]'.

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

- USF A Ribeirinha

2. Tipo de horário? Escolha apenas um

- ₁ Fixo
₂ Por turnos
₃ Outro (por favor, especifique) _____

3. Qual o seu horário de trabalho? Escolha apenas um.

- ₁ Menos de 35 horas semanais
₂ 35 horas semanais
₃ 40 horas semanais
₄ 42 horas semanais
₅ Outro (por favor, especifique) _____

4. Qual o tipo de vínculo que possui? Escolha apenas um.

- ₁ Contrato por tempo indeterminado em funções públicas
₂ Contrato de trabalho em funções públicas a termo certo
₃ Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado
₂ Contrato individual de trabalho a termo certo
₄ Outro (por favor, especifique) _____

5. Desempenha funções de coordenação, de gestão ou de chefia?

- ₁ Sim ₂ Não

6. Qual a sua categoria profissional? Escolha apenas uma.

- ₁ Enfermeiro/a
₂ Médico/a
₃ Secretário/a Clínico/a

7. Aproximadamente há quanto tempo trabalha nesta USF?

_____ anos

_____ meses

7A. Há quanto tempo exerce a sua profissão?

_____ anos

_____ meses

A QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO

Pense no/a Coordenador/a da sua USF. Como é que classificaria essa pessoa nos seguintes itens?

8. O/A COORDENADOR/A DA UNIDADE DE SAÚDE

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

9. A SUA UNIDADE E O EQUIPAMENTO

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

10. RECURSOS HUMANOS

- a. **CONTINUIDADE DO PESSOAL:** *estabilidade da equipa da sua Unidade.*
- b. **PROPORÇÃO HIERÁRQUICA:** *relação entre o número de pessoas com funções de coordenação e de supervisão e com funções de execução.*
- c. **NÚMERO DE PROFISSIONAIS:** *adequação entre o número de profissionais do serviço e a quantidade de trabalho.*

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

11. RELACIONAMENTO ENTRE EQUIPAS E PROFISSIONAIS

- a. **TRABALHO DE EQUIPA:** *forma como as várias equipas colaboram com a sua equipa.*
- b. **COMUNICAÇÃO:** *forma como é feita a comunicação entre profissionais.*

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

12. ESTADO DE ESPÍRITO NO LOCAL DE TRABALHO

- a. **DOS OUTROS:** *forma como pensa ser encarado/a pelos outros pelo facto de trabalhar nesta Unidade.*
- b. **DO SEU:** *forma como encara o facto de trabalhar nesta Unidade.*

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

13. COMO CARACTERIZA O SEU VENCIMENTO EM RELAÇÃO...

- a. ... à sua responsabilidade nesta Unidade
- b. ... à sua experiência como profissional
- c. ... ao seu desempenho nesta Unidade

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

14. ÓRGÃOS DE DIRECÇÃO E DE POLÍTICA DO SEU AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)

- a. **RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE DIRECÇÃO:** *forma como os órgãos de direcção tratam, apreciam e apoiam os profissionais.*
- b. **COMUNICAÇÃO:** *forma como os órgãos de direcção comunicam e dialogam com os profissionais.*
- c. **QUEIXAS E OBJECÇÕES:** *forma como os órgãos de direcção lidam com as queixas dos profissionais.*
- d. **PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES:** *forma como os órgãos de direcção informam os profissionais acerca dos projetos e objetivos do ACES, no seu conjunto.*

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

A QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS NA SUA USF

15. Como classifica a qualidade dos cuidados que esta Unidade presta aos utentes

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

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

16. Este próximo grupo de perguntas servirá para avaliar a forma como a sua Unidade está a caminhar na melhoria da qualidade. Por favor responda tendo em atenção a sua Unidade

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. MELHORIA DA QUALIDADE: esforço da sua Unidade na melhoria contínua, na relação com os doentes e profissionais.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
b. BEM À PRIMEIRA VEZ: forma como a sua Unidade <u>tenta fazer</u> bem à primeira, em vez de corrigir os erros depois.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
c. CONHECIMENTOS SOBRE QUALIDADE: forma como foi preparado/a para melhorar a qualidade no serviço.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
d. AMBIENTE DE TRABALHO: confiança e afecto que os profissionais da sua Unidade têm uns pelos outros.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
e. DIMINUIR O DESPERDÍCIO: esforço desenvolvido no sentido de evitar desperdícios e repetição de tarefas.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
f. PARTILHA DE IDEIAS: encorajamento e partilha de ideias que permitam melhorar o serviço.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
g. ORGULHO DA PROFISSÃO: orgulho que sente no desempenho de funções da sua profissão.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
h. EXPECTATIVAS NA QUALIDADE: compreensão da missão e dos objectivos da sua Unidade e as suas expectativas de qualidade.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

SATISFAÇÃO GLOBAL

17. Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho? ₁ Sim ₂ Não

18. Recomendaria os serviços desta Unidade de Saúde a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados?

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

19. Recorreria a esta Unidade de Saúde caso necessitasse de cuidados?

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

20. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta Unidade de Saúde para trabalhar?

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

RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

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

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

22. Qual o seu local de residência?

Concelho _____

Distrito _____

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

24. Qual é a sua idade? _____ anos

25. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Casado/a ou em união de facto
- ₂ Solteiro/a
- ₃ Viúvo/a
- ₄ Divorciado/a
- ₅ Separado/a

26. Que grau de ensino é que completou?

- ₁ Ensino Básico (até ao 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ₂ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ₃ Bacharelato
- ₄ Licenciatura
- ₅ Pós-Graduação
- ₆ Mestrado
- ₇ Doutoramento
- ₈ Outro (por favor, especifique)

27. Há mais algum comentário que queira acrescentar?

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

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.

ANEXO II: OG - ÓRGÃOS DE GESTÃO

Referências:

- OG 1 “sem autonomia financeira. pouca autonomia na relação com as estruturas centrais” “
- OG 2 “mudança da forma como o ACeS presta apoio à Unidade e veículos de comunicação que (não) usa6 - elementos da USF que continuam pouco motivados a prestar o seu apoio nas atividades propostas desenvolvidas - ATITUDE PASSIVA e pouco empreendedora”
- OG 3 “A falta do reconhecimento pelo desempenho desenvolvido, começando pelos ACES, nada é devidamente valorizado na minha opinião, se assim não fosse as queixas e reclamações seriam valorizadas e trabalhadas”
- OG 4 “A maioria das melhorias de qualidade de cuidados que poderia e deveria ser melhorada não depende diretamente dos profissionais envolvidos nesta USF. Sendo que os órgão dirigentes possuem conhecimento acerca da necessidade dessas melhorias mas que a economia vigente não o permite ou o dificulta, por hora, aguardo com expectativa de brevidade, melhores tempos vindouros, que o possam possibilitar”
- OG 5 “Adequação dos materiais fornecidos pela ARS para os cuidados prestados.”“
- OG 6 “Através de uma melhor comunicação entre a usf e o ACES. - Responsabilização do ACES; Cumprimento de prazos por parte do ACES;”“
- OG 7 “tudo é muito complicado pela parte do ACES!”“
- OG 8 “Com a resolução de todos os aspetos que não dependem diretamente dos profissionais da USF”
- OG 9 “Mais abertura da parte do ACCES quando solicitado para a melhoria do funcionamento da USF.”“
- OG 10 “Reuniões regulares com o ACES o as outras Unidades do ACES”
- OG 11 “.Diálogo e abertura dos órgãos superiores para resolução conjunta dos problemas, de forma realista.”“
- OG 12 “Garantir e aprofundar a "Autonomia" das USFs prevista na lei, permitindo desenvolver serviços e áreas de intervenção clínica para além da carteira básica de serviços através de protocolos com Hospital de referencia ou com apoio protocolizado com industria farmaceutica. Refiro-me a áreas como Nutricionismo Terapia da fala . Psicologia . Pequena Cirurgia .Medicina Dentária e Formação Continua entre outras.”“
- OG 13 “Mais programação atempada das necessidades de resposta ás ACES .Mais autonomia administrativa”
- OG 14 “Melhorando a articulação com o ACES/ARS”
- OG 15 “.MAIOR ARTICULAÇÃO E PRESENÇA DO ACES PARA DISCUSSAO DE OBJECTIVOS GLOBAIS DE ATIVIDADE”
- OG 16 “Melhorar materiais de "infraestrutura", como serviços de limpeza, sanitários, notando-se uma desresponsabilização do ACES na sua manutenção (só falta de dinheiro?)”“
- OG 17 “O nosso ACES é muito mau!!! Não tem a minima formação para resolver os problemas da nossa USF, quase ninguém sabe como funciona uma USF em modelo B”
- OG 18 “melhoria da comunicação ACeS - USF”
- OG 19 “Maior proximidade com o CC e ACES”
- OG 20 “colaboração ACeS em arranjos de uma forma mais fácil e com menos burocracia, com atrasos na resolução de problemas”
- OG 21 “Melhoria na comunicação entre USF e Direcção ACeS Reconhecimento do ACes quanto ao trabalho executado Reconhecimento do ACeS das falhas que são sua responsabilidade - material, conhecimento de objectivos e indicadores; organização atempada de reuniões tendo em conta a actividade clínica dos profissionais”
- OG 22 “Poderia haver uma descentralização dos locais de formação cedidas pela ARS de forma a que todos os profissionais pudessem ter acesso à formação de que necessitam.”“
- OG 23 “Haver mais empenho, por parte do ACES na resolução de problemas e mais celeridade nas respostas do mesmo às questões.”“
- OG 24 “O ACES e ARS devem estar mais próximos e não exigir tanta burocracia na resolução dos problemas”

OG 25 “Pelo investimento da tutela na proximidade com as equipas, visitando-as, conhecendo in loco as condições do exercício profissional; pela melhoria da transparência na relação, resposta atempada às questões colocadas, e sobretudo a gentileza em responderem à correspondência que lhes é endereçada”

OG 26 “Quando surge algum problema que não pode ser resolvido apenas por nós (USF), a resposta dos órgãos superiores é muito lenta, limitando o desenvolvimento das acções.”

OG 27 “Todas as melhorias que podiam ser efetuadas não dependem da USF mas dos ACES que dificultam muito essas melhorias”

OG 28 “um maior apoio da direção executiva do ACES”

ANEXO III: RH - RECURSOS HUMANOS

Referências:

- RH 1 “- Dotar a USF de recursos humanos e materiais que se encontram em falta desde a abertura da mesma;”
- RH 2 “ Maior espírito de equipa e colaboração de alguns elementos.”
- RH 3 “Não aumentar o número de horas de trabalho semanais”
- RH 4 “Se a equipa médica passasse a ter Internos de Especialidade”
- RH 5 “O fato de haver regimes de trabalho diferentes, e que á partida parceria facil de ultrapassar, com o tempo nota-se fricção. .setor administrativo com pouca formação/frequencia de formações .”
- RH 6 “ Aumentar a equipa (mais 1 conjunto Med+Enf+ Sec CI)”
- RH 7 “Qualificação de base para trabalho em USF dos elementos do Secretariado;”
- RH 8 “trabalho de equipa”
- RH 9 “O maior desafio neste momento é por todos a "vestir a camisola" e motivar permanentemente, o que penso se está a conseguir”
- RH 10 “Ajudando-se mais uns aos outros”
- RH 11 “,a comunicação por vezes é confundida com "à vontade", podendo correr-se o risco de interferir na esfera/espaco pessoal de cada um (por ex entrar nos gabinetes sem bater à porta, iniciar um diálogo sem dizer bom dia, não deixar o espaço utilizado tal como o encontra...)”
- RH 12 “Pedir opinião/ajuda a outros profissionais de outras USFs também creio que seria uma forma de melhorar a qualidade, assim como a Entidades competentes em diversas áreas”
- RH 13 “Toda a equipa remar com a mesma vontade, força e disponibilidade para o mesmo caminho, e termos a noção clara que o bem da USF é implicitamente o nosso bem.”
- RH 14 “Colocação de dois médicos em substituição de dois que se reformaram recentemente”
- RH 15 “Com a união da equipa e com uma maior colaboração de todos os profissionais”
- RH 16 “Com mais recursos humanos”
- RH 17 “Contratação de mais um médico e um secretário ou Diminuição do ° de utentes por médico de família”
- RH 18 “Criar estabilidade profissional a todos os elementos que integram a USF”
- RH 19 “Dotar a USF do número de profissionais médicos necessários”
- RH 20 “É FUNDAMENTAL O TRABALHO EM EQUIPA SER EXCELENTE”
- RH 21 “Penso também que temos muito a melhorar em relação à Comunicação, organização documental e à tomada de decisões em Equipa.”
- RH 22 “motivar alguns profissionais combatendo as atitudes tendenciosas seria um bom começo.”
- RH 23 “Estabilidade e maturidade da Equipa; Relação mais humanizada entre os profissionais; Mais partilha, melhor espírito de equipa e de missão de alguns profissionais”
- RH 24 “reconhecimento pelo trabalho já realizado, pelos superiores hierarquicos.”
- RH 25 “evitar pequenas quezílias feitas por membro da unidade, evitar pequenos conflito sem frente em publico por certos profissionais.”
- RH 26 “Haver mais espírito de equipa e inter-ajuda .”
- RH 27 “Manter o número dos profissionais de Enfermagem que existem atualmente, para que possamos dar continuidade ao nosso projeto de melhorias dos cuidados aos utentes dependentes, pois infelizmente nota-se uma maior preocupação com uma política economicista do que com a qualidade dos cuidados que são prestados.”
- RH 28 “A equipa de secretárias clínicas é insuficiente para o volume de trabalho, beneficiaria de mais um elemento a fim de melhorar o atendimento.”
- RH 29 “Todos os profissionais fizessem esforço para melhorar”
- RH 30 “Mudança de postura por parte dos profissionais de modo a libertarem-se de estigmas do passado, deveriam adotar postura aberta a novos projetos, respeito pelos colegas, critica construtiva e não destrutiva”
- RH 31 “Na minha opiniao a melhoria dos serviços prestados tem a ver com o aumento dos recursos humanos”

RH 32 “Não concordo que o enfermeiro designado para o Conselho tecnico seja designado por votação, quando existem enfermeiros de qualificação mais elevada e mais antiga na categoria e com maior experiencia profissional a nivel dos cuidados de Saude Primarios; è eticamente incorrecto, lesando outros no desempenho de funções.”

RH 33 “Não ser preciso tanto stress para cumprir tempos de consulta (gestão dos atrasos), haver mais espaço no horario para reuniões/ convívios entre todos- o facto dos horarios terem de estar dispersos pelas 12 horas de abertura leva a que os profissionais tenham poucos "intervalos em comum para o cafezinho"; não haver tanto stress em atingir indicadores por estes serem cada vez mais exigentes e por vezes provavelmente impossiveis de atingir!”

RH 34 “penso que os cuidados prestados pela USF poderiam melhorar significativamente se a AUSÊNCIA PROLONGADA de um médico fosse suprimida. A acessibilidade dos utentes melhoraria e o stress/exaustão dos profissionais seria francamente diminuido”

RH 35 “Deveria existir mais motivação e maior trabalho em equipa. Os profissionais deveriam ter maturidade suficiente para aceitarem as criticas construtivas como algo positivo para melhorar a prestação de cuidados e não como algo negativo em que muitas vezes pensam que os restantes profissionais estão a controlar o seu trabalho”

RH 36 “Outra coisa que acharia de grande importância é que a equipa da USF não fosse só constituída por secretários clínicos, médicos e enfermeiros mas também pelas assistentes operacionais, na medida que muitas vezes são elas o elo de ligação entre os diferentes profissionais que compõe a USF.”

RH 37 “Poder-se-ia melhorar os serviços prestados, se a equipa funcionasse como um todo e não individualmente. O que traria ganhos quer para a equipa quer para os utentes. Haver melhor relacionamento entre os profissionais, aceitando cada qual como ele é.”

RH 38 “Proceder a substituição atempada dos profissionais por doença prolongada”

RH 39 “A necessidade de um técnico informático para agilizar procedimentos e dar apoio quando necessário A necessidade de material adequado muitas vezes não disponível A necessidade de segurança efectiva”

RH 40 “Se fossem resolvidos os constantes problemas de ausência prolongada de profissionais (substituição rápida por outros profissionais)que, nos últimos 3 anos têm sido uma constante nesta unidade, diminuiria o desgaste de toda a equipa que se verifica neste momento. Todos estamos no limite das nossas capacidades e com níveis de stress elevadíssimos”

RH 41 “Só precisava de haver um bocadinho mais de acessibilidade de alguns medicos e alguns enfermeiros”

RH 42 “Um melhor empenho por parte das pessoas responsaveis, levaria um melhor desempenho de todos na sua actividade”

RH 43 “Maior colaboração e espirito de equipa”

“

ANEXO IV: EE - ESPIRITO DE EQUIPA

Referências:

- EE 1 “Maior espírito de equipa e colaboração de alguns elementos”
- EE 2 “Manter constante o espírito de trabalho de equipa e a necessidade de formação contínua”
- EE 3 “Mais partilha, melhor espírito de equipa e de missão de alguns profissionais”
- EE 4 “Haver mais espírito de equipa e inter-ajuda”
- EE 5 “0.05% mais espírito de inter-ajuda na equipa”
- EE 6 “Melhorando o espírito de equipa”
- EE 7 “Melhorar o espírito de equipa e relações interpessoais. Melhorar a gestão de conflitos internos.”
- EE 8 “Melhoria do espírito de equipa e valorização do trabalho de enfermagem.”
- EE 9 “Mudança de algumas mentalidades.”
- EE 10 “Maior colaboração e espírito de equipa”

“

ANEXO V: CO - COORDENADOR

Referências:

- CO 1 “Terem em atenção em todo o esforço e dedicação de todos os profissionais das USF, pois trata-se de um trabalho mais exigente”
- CO 2 “definição exata de procedimentos e cumprimento dos mesmos”
- CO 3 “Melhor liderança com imparcialidade; Informações em tempo útil; Ter liberdade de aumentar o tempo de consulta”
- CO 4 0.18% reunião de serviço, quer por sectores médico/enfermagem e secretariado clinico. Mais reuniões de serviço para Discussão de temas clinicos”
- CO 5 “Fazendo reuniões regulares com todos os profissionais de saude”
- CO 6 “Havendo mais tempo disponível para a discussão dos problemas e propostas de medidas de correção discutidas e assumidas por todos”
- CO 7 “Investir ainda mais no trabalho em equipa , debater os problemas abertamente. Motivar os profissionais pela positiva, com elogios e não apontando sempre os defeitos. Pessoas mais abertas e dinâmicas com a aposta na formação externa e interna com troca de experiências com outras USF.”
- CO 8 “Maior discussão e partilha da informação relevante”
- CO 9 “Maior envolvimento de determinados profissionais em fazer cumprir os procedimentos realizados e aprovados.”
- CO 10 “O coordenador com perfil para coordenador;”
- CO 11 “Maior clareza das orientações e cumprimento das mesmas”
- CO 12 “mudança de coordenação. estabilizar a equipa.”
- CO 13 “Mudaria a forma como são marcadas as consultas de enfermagem pelos administrativos”
- CO 14 “Os Coordenadores deveriam ter formação em Liderança e em gestão de equipas para fomentarem o bom funcionamento da mesma internamente e isso poder transparecer na prestação de cuidados”
- CO 15 “Repartir as tarefas Responsabilizar os profissionais pelas atitudes menos profissionais realizadas e diminuir a sobreposição e duplicação de tarefas , o que poderia acontecer , caso houvesse uma melhor atribuição de tarefas”
- CO 16 “Sou de opinião que devíamos aumentar o TEMPO DE CONSULTA- temos consultas de 15mn , o que é insuficiente para ouvir o utente e fazer os registos de forma adequada. Tentamos faze-lo o que leva a que haja por vezes atrasos consideráveis o que leva á saturação por parte dos profissionais (BURNOUT) Devia haver mais HORAS NAO ASSISTENCIAIS, nao compreendo como passaram de 5 para 3 onde esta incluído o horário das reuniões-Com a morosidade do SISTEMA INFORMATICO damos imenso tempo ao serviço pois é completamente impossível fazer tudo a que nos propomos no horário expresso.”
- CO 17 “utilização de ideias dos elementos da USF, independentemente da categoria profissional, na inovação do espaço e interação com os/ dos utentes”
- CO 18 “Talvez darem-nos mais tempo para cumprimos as tarefas, já que nos dão cada vez mais tarefas para fazer e com prazos muito curtos para as desempenhar”

“

ANEXO VI: V - VENCIMENTO

Referências:

- V 1 “Aumentar os ordenados”
- V 2 “Com incentivo dos profissionais-corrindo as desigualdades salariais dos profissionais das USF” com trabalho igual, salario igual”
- V 3 “Melhores vencimentos”
- V 4 “Cito os cortes nos salários”
- V 5 “É preciso motivar os profissionais com melhores vencimentos para aumentar a produtividade e a qualidade.”
- V 6 “Remunerações adequadas às funções e desempenho dos profissionais assim como às melhorias e poupança conseguidas”
- V 7 “melhoraria as remunerações dos funcionários”
- V 8 “Melhoria no vencimento;”
- V 9 “vencimento melhorado de acordo com o desempenho e produtividade mas sem as imposições irrealistas que por vezes são impostas”
- V 10 “Melhores remunerações”
- V 11 “Na minha opinião, a minha USF funciona muito bem e acho que somos um bom exemplo na prestação de cuidados, mas face ao cenário actual do país e ao ver o meu ordenado a diminuir constantemente e tal como qualquer outra pessoa, sinto um grande desalento em cumprir com o que, neste momento me sinto obrigada. Trabalho há pouco tempo, em condições melhores, piores, mas sempre "por amor à camisola". Hoje já não sinto o mesmo.”
- V 12 “remuneração compensatória adequada e teríamos os dois ingredientes mais importantes na evolução positiva da constante melhoria da qualidade dos serviços, seja qual for a atividade e o serviço a prestar”
- V 13 “Neste momento não existe nenhum incentivo e existe um enorme desalento”

“

ANEXO VII: LTE - LOCAL DE TRABALHO E EQUIPAMENTO

Referências:

LTE 1 “- Necessidade de segurança. Atualmente partilhado com as várias unidades deste centro apenas existe um segurança das 17,30 às 20 e 30.- Falta de estacionamento está a tornar-se um grave problema para os profissionais, desta e das outras unidades deste”

LTE 2 “Melhoria de equipamento, os computadores são muitissimo lentos, chegam a parar, temos que os desligar e voltar a ligar várias vezes. - A falta de quiosque eletrónico permite que os utentes abandonem a sala de espera e fiquem em aglomerados nos corredor”

LTE 3 0.2% Alargar o espaço físico;- Melhorar as condições de limpeza;- Ter segurança a tempo inteiro, já aconteceu haver problemas fora do horário dos seguranças”

LTE 4 “Segurança durante as 12h em que os serviços estão abertos ao publico.”

LTE 5 “(1) - Se a equipa passasse a trabalhar num edifício novo, conforme prometido na abertura da USF. (2) - Se a equipa trabalhasse apenas num pólo. (Seria muito benéfico para a equipa se houvesse junção dos dois pólos) (3)”

LTE 6 “* Melhoria do espaço físico (aumento de instalações)* Melhor limpeza, especialmente as instalações sanitárias.* Melhoria no equipamento informático, mais apoio da parte do gabinete de informática (com manutenção regular do equipamento e deslocações às instalações)*”

LTE 7 “1 - melhoria das instalações 2 - melhoria do material informático (antigo e com memórias internas baixas; impressoras não são substituídas) 3 - aumento da largura de banda da Internet 4 - retirar aplicação PEM de prescrição (não funciona conveniente/ e atrasa substancialmente o trabalho; não dá informação correta da prescrição crónica e é difícil de atualizar a prescrição crónica”

LTE 8 “ Aumentar e melhorar as instalações”

LTE 9 “1. Melhorando o atendimento telefónico, sem necessidade de telefonista para receber ou efectuar chamadas telefónicas.2. Aumentando as dimensões da sala de espera.3. Utilizando um sistema informático tipo "quiosque" de chamada de Utentes no balcão de atendimento e pelos profissionais de saúde.4. Melhorando a climatização (ar condicionado no verão - existe mas encontra-se danificado).”

LTE 10 “ Ambiente mais limpo”

LTE 11 “ Instalações mais amplas4º- Melhor equipamento em termos de recursos materiais”

LTE 12 “ter gabinetes individuais”

LTE 13 “A estrutura física da USF está desadequada para a evolução que a equipa tem vindo e quer vir a desenvolver. Apesar de inumeras tentativas para a realização de obras, estas ainda nao foram concretizadas. A equipa sente-se esgotada pelo facto do imprevisto, do ajuste constante, e da instabilidade no ritmo de trabalho que tudo isto gera”

LTE 14 “A falta de material”

LTE 15 “as nossas instalações são muito antigas e por isso se encontra em obras neste momento. O barulho é de tal forma insuportável que se torna muito difícil o nosso dia a a dia.”

LTE 16 “funciona em instalações provisórias (contentores), sendo o espaço exíguo, nomeadamente a secretaria que so tem espaço para 2 secretarias....nao tendo espaço de BackOffice...sendo q existem 3 secretarias clinicas , e com atendimento ao publico permanente de 2 profissionais , a secretaria clinica q esta em horario de rectaguarda, tera q fazer o seu trabalho ou na sala de reunioes(que nao tem impressora ha bastante tempo),ou nalgum gabinete medico.que nao esteja a ser usado em vigilancias,o que transtorna bastante (andar c pastas de um lado para o outro, etc...); O sistema informatico, ora vai abaixo, ou e lento...”

LTE 17 “Actualmente o factor que mais perturba e compromete a qualidade dos serviços prestados aos utentes e a satisfação dos profissionais de saúde, nomeadamente na área médica é a lentidão do sistema informático, nomeadamente da nova aplicação de prescrição médica (PEM).Esta situação tem de ser urgentemente repensada pois está a tornar-se incomportável os atrasos constantes secundários a prescrição médica”

LTE 18 “Programas informaticos mais rapidos e user friendly Menos falhas na rede informática”

LTE 19 “Adequar o espaço físico ao numero de utentes atendido diariamente e às diversas actividades desempenhadas”

LTE 20 “Adequar o espaço físico e os meios informáticos à existência de médicos em fase avançada de formação em MGF”

LTE 21 “Aquisição de um quiosque eletrónico.”

LTE 22 “atendimento telefonico--ter uma pessoa especifica só para esse efeito actualmente sao os assistentes tecnicos que atendem os telefones e ao mesmo tempo fazem o atendimento ao publico”

LTE 23 “Maior segurança não só dos profissionais como dos utentes não há vigilantes .”

LTE 24 “Aumentando o espaço físico e melhorando o existente”

LTE 25 “Aumentando o número de gabinetes, nomeadamente de enfermagem, uma vez que não há um gabinete/computador por enfermeiro”

LTE 26 “Aumentar as dotações de material de consumo clínico e medicamentos, assim como disponibilizarem o material que é pedido mensalmente, porque nem sempre é fornecido”

LTE 27 “Aumentar o número de profissionais e melhorar os recursos disponíveis (sobretudo o material informático).”

LTE 28 “Aumentar a quantidade de material fornecido para a enfermagem: os oentes pagam cada vez mais e tem de trazer o material de penso com eles”

LTE 29 “Aumento/Mudança de Instalações; Acabar com as cada vez mais constantes faltas gritantes de materiais essenciais para prestar bons cuidados; Indicadores com metas exequíveis e justas relativamente aos desempenhos anteriores”

LTE 30 “Com a realização das obras necessárias na área do secretariado clínico.”

LTE 31 “Com a realização de obras, a falta de espaço é, sem dúvida, o nosso calcanhar de Aquiles, Somos 6 enfermeiras e existem apenas 3 salas de consulta e uma sala de tratamento (dividida em duas apenas por uma cortina...)Esta falta de espaço faz com que haja atrasos nas consultas, falta de privacidade no caso da sala de tratamentos... enfim , influenciando inevitavelmente a qualidade dos cuidados prestados”

LTE 32 “pequenos arranjos e manutenção, resolução atempada da reposição de materiais e atualização do parque informático”

LTE 33 “melhores instalações e equipamentos”

LTE 34 “Com melhoramento do espaço físico (obras) e dos recursos materiais”

LTE 35 “com pequenas obras de melhoria das instalações e fornecimento de alguns equipamentos básicos, constantes da lista de materiais e equipamentos e ainda não fornecidos”

LTE 36 “funcionamento do quiosque electrónico, que se encontra avariado á mais de um ano,*Instalação de ar condicionado”

LTE 37 “um segurança”

LTE 38 “Renovação de alguns equipamentos”

LTE 39 “disponibilizar equipamentos adequados aos profissionais da USF”

LTE 40 “Computadores com mais capacidade”

LTE 41 “Um segurança”

LTE 42 “Creio que a melhoria dos serviços passaria, em primeiro lugar por melhores infra-estruturas e equipamentos”

LTE 43 “Por exemplo uma coisa que temos a melhorar é o tempo de espera na consulta, que é agravado pela lentidão do sistema informático”

LTE 44 “parte informática (programa marcação e agendamento de consultas, muitissimo lento e com avarias constantes.”

LTE 45 “Melhorar rede informática Melhora climatização do edificio”

LTE 46 “Deveríamos ter instalações próprias, sem ter de as partilhar com o Centro de Saúde. Balcão de atendimento apropriado ao atendimento de utentes.”

LTE 47 “Dotando a USF do equipamento que necessita (tensiometros, especulos auriculares, etc).Fornecendo os materiais em quantidade e atempadamente”

LTE 48 “ Melhorando o espaço físico de um modo geral”

LTE 49 “É importante melhorar a limpeza no local de trabalho”

LTE 50 “É urgente a melhoria do sistema informático, que devido à sua lentidão, nos obriga a aumentar o tempo de espera dos utentes e nos leva à saturação, frustração e por vezes até desespero, por não conseguirmos efectuar os registos em tempo útil, o que compromete seriamente a qualidade dos serviços prestados...por vezes, fica a sensação de que "despachamos" o utente, em vez de o "atendermos", de forma humanizada desejada (a capacidade de escuta activa, fica muitas vezes

comprometida, pelo ecrã do computador, para o qual "ficamos a olhar", à espera que desencrave ou que "ande")...sinceramente, é a minha maior frustração profissional, actualmente!.”

LTE 51 “melhorar também a qualidade dos programas informáticos, bem como do equipamento informático.”

LTE 52 “estamos a precisar de obras o mais urgente possível, falta de ficheiros, armarios para arquivo”

LTE 53 “Atualmente a USF encontra-se dividida em 2 "módulos" de atendimento, dificultando a comunicação entre os profissionais que trabalham em sítios opostos. Sem querer formaram-se 2 "equipas" que se encontram apenas nas reuniões gerais. Se não existisse essa "divisão" física, se houvesse uma sala de "convívio" nas próprias instalações da USF e não no Centro de Saude, mais longínqua, tenho a certeza que as ligações entre as diferentes equipas seriam melhores”

LTE 54 “Enquanto administrativa, as dificuldades maiores que encontro são:- barulho na sala comum de atendimento dos utentes; a sala que serve para os utentes aguardarem pela sua vez no atendimento ao guichet, é a mesma sala que serve de espera dos utentes que aguardam a chamada do médico e/ou enfermeiro. Por vezes não conseguimos ouvir o utente que está ao telefone e nem o utente que está à nossa frente.- por outro lado o utente que espera pelo seu atendimento, se não estiver a conversar com outros utente que estão na sala, está a prestar atenção ao atendimento do utente à sua frente e toma como sendo para si a informação que damos a este utente e, que na maioria das vezes não serve para ele, depois diz que foi mal informado ou faz confusão”

LTE 55 “Mais apoio do Serviço Informático Equipamento informático mais desponível Programas informáticos, mais adequados Melhoramento da rede informática Mais segurança”

LTE 56 “Esta usf está instalada em Contentores, pelo que poderia melhorar com a mudança para instalações definitivas”

LTE 57 “Deficiente "resposta do PEM”

LTE 58 “Apoio deficitário, por vezes arrogante, indelicado e "forçado" por parte do sector de informática”

LTE 59 “Outro problema que se verifica é a qualidade dos serviços de limpeza. Não faltam meios,falta sim qualidade no serviço efetuado.”

LTE 60 “Melhoria do Sistema informático, quer para todo o serviço, em particular o serviço clinico, e o tratamento estatístico e de indicadores da USF”

LTE 61 “Melhoria de equipamentos de apoio á actividade clinica, como simples oximetria, aspirador ORL para cerumen, equipamentos de MAPA”

LTE 62 “Existirem mais gabinetes e sobretudo mais equipamento informático”

LTE 63 “Falta de equipamentos básicos para prestação de cuidados médicos e de enfermagem, como por exemplo, falta de pilhas, esfigmomanómetros, balanças, otoscópios, lanternas, doppler, folhas de papel, clips, envelopes, sabonete para as mãos, rolo de marquesa, papel para as mãos, ausência de máscaras de nebulização, dotação insuficiente de medicação nas salas de tratamento, entre outros”

LTE 64 “Limpeza inadequada das instalações”

LTE 65 “Fazer alguma melhoria nas instalações, nomeadamente na Sala de Espera, nas Instalações Sanitários, e nos Gabinetes de Saúde da Mulher”

LTE 66 “Fornecer a USF mais recursos humanos, nomeadamente na parte da limpeza e higienização da mesma,”

LTE 67 “Gabinetes médicos e de enfermagem com equipamento necessário á prestação de cuidados. Mais gabinetes, pois há partilha de gabinetes. Salas de espera maiores Mais um atendimento administrativo, e com condições de privacidade”

LTE 68 “Um pequeno bar”

LTE 69 “Que houvesse mais limpeza e segurança”

LTE 70 “Gostaria que a minha USF tivesse mais espaço, Um pequeno refeitório onde pudessemos tomar as nossas refeições, uma vez que só temos uma sala polivalente onde se fazem as reuniões semanais, que serve de biblioteca, de armazém de algum material.e tudo o mais que seja necessário. Assim como uma secretaria onde não fosse preciso encolhermo-nos quando passamos umas pelas outras”

LTE 71 “Equipamento informático que não falhasse tantas vezes, pelas mais variadas razões.”

LTE 72 “Limpeza adequada, assistente operacional a tempo inteiro”

LTE 73 “material informático renovado e modernizado “

LTE 74 “Melhoria das capacidades da rede informática e da ligação entre os vários programas utilizados”

LTE 75 “Maior espaço (gabinetes, sala de espera, secretaria)”

LTE 76 “Melhoria do material informático (computadores, impressoras, servidores mais potentes....)”

LTE 77 “Termos um segurança de serviço pois estamos numa zona onde existe etnia cigana e quase todos os dias temos situações muito desagradáveis.”

LTE 78 “Mais espaços de consulta - gabinetes - para se poder investir ainda mais na formação de profissionais e aproveitar ao máximo os recursos humanos disponíveis. Um espaço próprio, de modo a não haver "confusão" nos utentes entre as duas unidades a funcionar no mesmo edifício”

LTE 79 “gabinetes suficientes e equipados com computadores e impressoras que funcionem eficazmente.”

LTE 80 “Melhor equipamento informatico”

LTE 81 “Melhor equipamento principalmente informatico, com alargamento da banda”

LTE 82 “Melhor material informático, leitores chip, mais salas, mais material (papel) etc”

LTE 83 “Melhorando a infraestrutura e qualidade das instalações existentes face ao número de utentes inscritos”

LTE 84 “Melhorando a qualidade dos instrumentos e objectos do consultório a usar durante as actividades na USF (ex. Otoscópios, cadeiras, CP, etc.) e sobretudo melhorando o funcionamento do sistema informático e da rede informática e aumentando a autonomia na gestão do parque informático pelos próprios profissionais.”

LTE 85 “Melhorando o apoio informático, nomeadamente a velocidade e interface do PEM, que atualmente tem contribuído para o atraso sistemático da consulta e para o desespero dos médicos Melhorando a quantidade e a qualidade do material. Neste momento temos espelhos de má qualidade, um único candeeiro para duas salas de Planeamento Familiar, computadores avariados”

LTE 86 “Melhorando o espaço físico existente e os serviços de rectificação, nomeadamente:”
fornecimento/reposição de material de consumo clínico e de farmácia”

LTE 87 “Melhorando os espaços físicos, nomeadamente com a ampliação dos espaços dedicados ao secretariado. Mais espaço físico para se conseguir gabinetes em falta para serviço de enfermagem e pequena cirurgia”

LTE 88 “Melhorar o acesso na sala de espera”

LTE 89 “É frequente faltar material - espelhos auriculares, toalhetes das mãos, pilhas... o que impede o bom funcionamento das consultas. O material de penso que pode ser requisitado tem diminuído o que dificulta a execução dos mesmos.”

LTE 90 “temos viaturas em muito mau estado, algumas sem condições de segurança para circular, e com horários rígidos que nos limitam bastante na nossa atividade”

LTE 91 “Melhorar a organização é o passo fundamental para melhorar os serviços prestados e qualidade dos mesmos. Se cada um de nós tivesse a sua própria sala de trabalho de forma a trabalhar MESMO como enf de família penso que a qualidade dos cuidados seria melhorada”

LTE 92 “incentivos financeiros aos profissionais mediante a satisfação dos utentes”

LTE 93 “melhorar as condições de segurança perfeitamente desadequadas e não cumprem os requisitos legais de uma instituição em funcionamento muito menos da área da saúde”

LTE 94 “Por outro lado há um excesso de carga informática (programas) sobre a generalidade dos técnicos, o que para o curto tempo de consulta que se possui, quase não permite "olhar" para o doente. A referir a falta de interligação de vários programas informáticos o que nos leva a ter que trabalhar com programas diferentes em simultâneo, que ultrapassam a capacidade dos PCs - o que demonstra tb. um desconhecimento da nossa prática relativamente a quem decide pelos objectivos informáticos”

LTE 95 “substituição do equipamento informático que já se encontra obsoleto”

LTE 96 “Melhores equipamentos e que os programas informáticos funcionassem a 100%”

LTE 97 “Melhores instalações e equipamentos”

LTE 98 “melhoria nos instrumentos de trabalho (computadores sempre avariados; impressoras avariadas...); melhoria e aumento de material (há sempre falta de pilha; falta de material para realização de tratamentos..”

LTE 99 “não ter falta de material tal como falta de papel para a impressora e falta de rolo de marcação; ter material de trabalho em boa condução de funcionamento: esfigomanómetro operacional e repostado em tempo quando avariado.”

LTE 100 “Melhores meios informáticos. PDS mais efectiva e alargada. Mais equipamentos.”

LTE 101 “Melhoria das condições físicas, visto, estar em condições provisórias há já cerca de 4 anos, e termos a possibilidade de ter um edifício só, para toda a equipa tal como "prometido" aquando da abertura em 2009”

- LTE 102 “O facto de se trabalhar em dois pólos é desmoralizante, desmotivador para a equipa! Faz-se um grande trabalho mesmo assim sem estas condições, mas, penso já ser altura de organizar-se a este nível. No entanto, é algo que não depende dos profissionais , mas sim, dos gestores superiores.”
- LTE 103 “melhoria do espaço físico”
- LTE 104 “Melhoria do espaço físico (mais consultórios e uma sala para trabalho de retaguarda) sanitários condignos; área de armazenamento de material; espaço para sala de reuniões condigno e bem equipado. Equipamento audio-visual nas salas de espera (foram adquiridos com o dinheiro dos incentivos mas não funcionam por falta de antena!!!); promessa de um computador portátil nunca cumprida. Sistema informático obsoleto”
- LTE 105 “Melhoria do sistema informático”
- LTE 106 “Melhoria franca dos meios informáticos - capacidade, velocidade.”
- LTE 107 “Melhoria do material informático”
- LTE 108 0.15% melhoria dos equipamento e instalações , bem como melhor qualidade na informatica e nos equipamentos informaticos”
- LTE 109 “Melhoria na comunicação entre USF e Direcção ACeS Reconhecimento do ACes quanto ao trabalho executado Reconhecimento do ACeS das falhas que são sua responsabilidade - material, conhecimento de objectivos e indicadores; organização atempada de reuniões tendo em conta a actividade clínica dos profissionais”
- LTE 110 “Melhoria substancial das condições físicas. Faltam gabinetes de consulta de enfermagem e a sala de espera é muito pequena . Secretária demasiado exposta aos utentes”
- LTE 111 “Mudança de instalações”
- LTE 112 “Mudar de instalações físicas, uma vez que estamos aguardar já há 3 anos, o que provocou desmotivação da equipa.”
- LTE 113 “Mudar de instalações ou adequar as existentes”
- LTE 114 .041%na melhoria das infraestruturas”
- LTE 115 “Um telefone com linha direta ao exterior num dos gabinetes de enfermagem, pois o que existe na secretaria não tem privacidade e se queremos contactar alguém para saber ou informar situações pessoais, intimas, é complicado quando existe uma fila de utentes a ouvirem a conversa.....”
- LTE 116 “Na minha opinião falta-nos segurança,(temos por vezes agressão de utentes)”
- LTE 117 “se tivéssemos umas instalações novas uma vez que trabalhamos em contentores e temos pouco espaço, para armazém (estão improvisados nos corredores, não temos vestiários. Casas de banhos para os dois sexos etc.”
- LTE 118 “Não haver, como há falhas constantes de material para trabalhar.”
- LTE 119 “De referir, ainda, os meios informáticos que não dão resposta atempada às necessidades/exigências do serviço; é muito difícil preocuparmo-nos com os registos (sem os quais não atingiremos os objectivos pretendidos), com os programas que não respondem”
- LTE 120 “Termos um elemento de segurança em todo o horario de abertura, que possa zelar pela segurança dos que aqui trabalham”
- LTE 121 “.Termos mais espaço de gabinetes de consulta/tratamentos , para q os nossos internos pudessem fazer as suas consultas ou atividades sem termos de andar a disputa-los com os outros”
- LTE 122 “Necessários melhores equipamentos informáticos e condições físicas a nível de instalações, muito degradadas e sem qualquer tipo de segurança.”
- LTE 123 “não temos espaço, nem material de mobiliário, para poder trabalhar de forma condigna”
- LTE 124 “Necessitamos de material informático (PC) novos, pois estes que temos bloqueiam (por vezes a meio das consultas) resultando daí o atendimento mais moroso e por vezes embaraçoso.”
- LTE 125 “Novas instalações”
- LTE 126 “Novas instalações.”
- LTE 127 “novas instalações”
- LTE 128 “O espaço físico onde a Unidade funciona, é muito restrictivo e limitativo, no que diz respeito a espaço. Há falta de gabinetes que permitam uma prática ainda melhor dos cuidados prestados à comunidade”

- LTE 129 “O principal ponto a melhorar e com urgência, é o espaço físico. É insuficiente para o nº de profissionais que temos, o que dificulta o atendimento atempado dos utentes. Outro ponto é a manutenção dos espaços e equipamentos”
- LTE 130 “Os principais problemas situam-se na qualidade dos sistemas informáticos de suporte a toda a actividade da USF. Existe alguma falta de Segurança nas instalações”
- LTE 131 “Obras que estão próximas”
- LTE 132 “A limpeza das instalações devia ser melhorada”
- LTE 133 “Os serviços desta USF, melhorariam em muito, se estivesse em instalações próprias, sem ter que partilhar com o Centro de Saúde, porque assim controlaríamos melhor a entrada dos utentes para perto dos consultórios médicos/enfermeiros.”
- LTE 134 “Os serviços poderiam ser melhores se houvesse um segurança, acho mto importante a segurança no trabalho, pois nunca sabemos com quem estamos a lidar.”
- LTE 135 “Refiro-me essencialmente aos problemas realcionados com a falta de material que muitas das vezes é constrangedora, principalmente quando temos utentes a pagar taxas moderadores e têm que ser eles a trazer o material mais adequado ao tratamento”
- LTE 136 “Os serviços seriam melhorados se tivessemos melhores intalações ou seja maiores e mais salas, tanto de trabalho como de estar para utentes, mais casas de banho, pois só existe uma para 21 pessoas homens e senhoras. Equipamento adequado seja mobiliario e equipamento informatico.”
- LTE 137 “Para melhorar os serviços prestados teriamos que ter mais espaço trabalhamos com falta de gabinetes, com uma sala de espera pequena”
- LTE 138 “falta de material informatico nao temos scanner, as impressoras avariam com frequencia porque trabalham muito”
- LTE 139 “Na nossa USF más condições de trabalho do sector administrativo, espaço exiguo face à dimensão da população servida. A equipa precisava de ter um outro espaço o que seria simples de realizar, houvesse vontade”
- LTE 140 “Penso que seria útil repor algum material em falta, que já foi pedido e que viria contribuir para melhor prestação de cuidados e menos interrupções de outros profissionais”
- LTE 141 “Penso que todos estamos motivados para cada vez mais prestarmos cuidados de qualidade aos nossos utentes. E para atingirmos esse objectivo, temos uma proposta de remodelação (obras) da USF (que está a ser analisada pelo ACES), para facilitar essa mesma prestação de cuidados.”
- LTE 142 “.Em relação à qualidade do local de trabalho era importante temos mais serviço de limpeza fora da hora do expediente, para se poder fazer limpezas mais ao pormenor.”
- LTE 143 “Podia ser melhorada se o apoio informático fosse mais eficiente”
- LTE 144 “Primeiro, começaria por instalações dignas de trabalho e não estar há 4 anos a trabalhar em contentores, só por aí ha falta de organização, espaço para atendimento dos utentes, espaço privado para que os utentes possam falar à vontade com os profissionais na secretaria, imenso barulho para os profissionais da secretaria que nem se conseguem concentrar e muitas vezes nem ouvir as chamadas telefónicas. Acho essencial a dignidade do locar de trabalho para que se consiga melhorar cada vez mais os nossos serviços”
- LTE 145 “Proporcionando melhores condições físicas (novo edificio, por exemplo) e maior quantidade e melhor qualidade de material de trabalho.”
- LTE 146 “Providenciando mais e melhor equipamento de trabalho”
- LTE 147 “Realização de manutenção do material.”
- LTE 148 “Recursos adequados:- rapidez mínima no sistema informático;- programas informáticos actualizados, nomeadamente Word; Exel, ...; - telefones com acesso directo ao exterior (para contacto com os utentes com privacidade e não no balcão de entrada)- Linha telefónica directa para a USF- mais computadores que funcionem (em todos os gabinetes de enfermagem, na sala de reuniões)- material de escritório adequado (carimbos; nº de envelopes necessários, ...)”
- LTE 149 “Resguardar mais a área de atendimento dos utentes (secretaria) de modo a haver mais privacidade de exposição das situações, mudar zona/porta de acesso à USF, não ficar junto à secretaria”
- LTE 150 “São necessários mais instrumentos de uso clínico, como por exmpleo esfingomanómetros, otoscópios, medicação, material para fazer pensos, sempre em falta.”
- LTE 151 “resolução dos problemas informáticos no sentido da rapidez simplicidade e facilidade seria o ponto primordial.”

- LTE 152 “Colocação de um sistema de controlo de temperatura ambiente.”
- LTE 153 “Seria também fundamental resolver o problema de falta de gabinetes de trabalho e de equipamentos essenciais ao desempenho da actividade assistencial”
- LTE 154 “Se tivéssemos mais gabinetes disponíveis para os profissionais, poderíamos ter uma consulta específica para o pé diabético, mas estamos limitados em espaço físico.”
- LTE 155 “Seria importante que o material solicitado nomeadamente o quiosque eletrónico fosse fornecido. Assim como outro material diretamente ligado à prestação de cuidados.”
- LTE 156 “Sistema informático inadequado Sistema telefónico péssimo Falta de iluminação no inverno Muito calor no verão Sistema de chamada de utentes péssimo Falta de precianas Falta de material”
- LTE 157 “substituição de equipamento informático - hardware e software; actualização de algum do equipamento dos gabinetes médicos e enfermagem e secretaria, já foi pedido para ser substituído muitas vezes e até agora nunca foi”
- LTE 158 “Substituição do equipamento uma vez que começa a ficar muito danificado.Melhoria da memória dos computadores”
- LTE 159 “Ter os gabinetes devidamente equipados para realização de todas as tarefas”
- LTE 160 “Tornar os sistemas de informação eficientes em termos de tempo. A largura de banda em que trabalham os sistemas consome tempo desnecessário e naturalmente diminui a produtividade e satisfação.”
- LTE 161 “Ultrapassar a falta de material e reposição de materiais de consumo clínico sempre que estes se encontrem avariados”
- LTE 162 1.071%Um dos maiores problemas desta USF são as instalações. Uma parte da USF(sede) são contentores, que se degradam a cada dia que passa. Na minha opinião a construção das novas instalações, previstas há tantos anos, proporcionaria aos profissionais melhores condições de trabalho e aos nossos utentes, ainda melhores cuidados de saúde em ambiente mais acolhedor e confortável.» Outro dos problemas que nos preocupa é o facto de estarmos divididos em dois pólos. É minha convicção de que o trabalho seria mais rentável se toda a equipa estivesse a trabalhar junta.» A precariedade da situação profissional de alguns de nós, a minha inclusivé, proporciona à equipa uma "sombra" constante. Tememos constantemente as más notícias... Gostaríamos tanto que a nossa situação melhorasse e a estabilidade fosse uma realidade.”
- LTE 163 “instalações Mais seguras e adequadas à dinamica de trabalho de equipas nucleares. - o circuito dos utentes Não deveria interferir com a qualidade de trabalho e privacidade dos serviços prestados a cada individuo.”
- LTE 164 “Melhoria na higiene dos espaços”

“

ANEXO VIII: ESTAC - ESTACIONAMENTO

Referências:

- ESTAC 1 “Falta de estacionamento está a tornar-se um grave problema para os profissionais, desta e das outras unidades deste”
- ESTAC 2 “Ter mais estacionamento para os funcionários”
- ESTAC 3 “Aumento do parque de estacionamento, criando área reservada para profissionais.”
- ESTAC 4 “Maior disponibilidade de espaço para estacionamento”
- ESTAC 5 “Melhorar estacionamento para funcionários e utentes (Francamente insuficiente)”
- ESTAC 6 “Aumento de parque de estacionamento”

“

ANEXO IX: QPC - QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Referências:

QPC 1 “ Ambiente mais limpo”

QPC 2 “Esterilização eficaz.”

QPC 3 “Melhor climatização dos espaços”

QPC 4 “Através da limpeza que é péssima nas nossas instalações, a pessoa que faz limpeza por conta de uma empresa externa (Da. Cristina), passa a vida a falar pelos corredores em vez de limpar, não obstante já ter sido chamada à atenção várias vezes mas a situação mantém-se. É deplorável haver alguém para fazer a limpeza e as instalações estarem sempre numa miséria.”

QPC 5 “correta higienização ao longo do dia dos locais críticos (sala de tratamentos...).Visto a higiene geral das instalações ser deficitária”

QPC 6 “Aumentar a autonomia em prescrever receituário e EADS”

QPC 7 “É importante melhorar a limpeza no local de trabalho”

QPC 8 “Esta usf está instalada em Contentores, pelo que poderia melhorar com a mudança para instalações definitivas”

QPC 9 “Outro problema que se verifica é a qualidade dos serviços de limpeza. Não faltam meios,falta sim qualidade no serviço efetuado.”

QPC 10“Uma vez que a maioria das consultas tem apenas 15 minutos desde que o doente é chamado e a consulta seguinte, reduzindo-se praticamente para 10 minutos, o que torna impossível realizar uma consulta com qualidade e mais humanizada, é a negação da medicina! Com a multiplicidade de funções burocráticas, plataformas on-line que não funcionam, registo de inumeros exames complementares sem interface dos resultados, um absurdo numa geração com tecnologia de ponta! Gerando, conseqüentemente, insatisfação para o utente e para o profissional.”

QPC 11“Limpeza inadequada das instalações”

QPC 12“Melhorar os procedimentos de Marcação de Consultas, de forma a aumentar a eficácia e satisfação dos utentes no que respeita à acessibilidade aos Serviços. Aumentar a acessibilidade telefónica para marcação de consultas. Expor aos utentes, de forma bem visível e simplificada Informação Basica relativa à USF, seu funcionamento e modo de acesso à prestação de serviços e sua concretização, assim com outra informação que se julgue adequada à sua satisfação”

QPC 13“Melhoria das condições de trabalho como climatização, material, equipamentos e segurança.”

QPC 14“Fornecer a USF mais recursos humanos, nomeadamente na parte da limpeza e higienização da mesma,”

QPC 15“Que houvesse mais limpeza e segurança”

QPC 16“Há elementos do secretariado clinico que não possuem a formação de base e profissional necessária a uma actividade profissional em contexto de USF com qualidade e proactividade. Estão em numero demasiado alto para não interferirem no desenrolar do trabalho diário com qualidade. Não cumprem procedimentos, mantêm conversas inadequadas com os utentes no atendimento, repetem erros, não têm evoluído favoravelmente.”

QPC 17“Havendo mais humanização por parte dos Clínicos, serem mais receptivos aos problemas dos utentes, ouvi-los.”

QPC 18“Limpeza adequada, assistente operacional a tempo inteiro”

QPC 19“Limpeza adequada, higienização especifica”

QPC 20“Melhorar o serviço de limpeza das instalações”

QPC 21“Maior oferta de consultas, por parte de quem está ao serviço, quando estão algumas pessoas ausentes.”

QPC 22“Melhor desempenho da parte do secretariado clínico, afinal este sector e a cara da USF. Mais empenhamento por parte deste sector”

QPC 23“Melhorar a limpeza.”

QPC 24“limpeza geral”

QPC 25“Motivar os profissionais de saúde a dispender tempo para fortalecer laços entre a equipa e a trabalhar em conjunto para as metas da USF.”

QPC 26“MELHORAR A QUALIDADE DA HIGIENE DO LOCAL DE TRABALHO”

QPC 27“A limpeza e higienização dos espaços também é um factor a considerar nesta melhoria continua como local de trabalho”

QPC 28“melhorar as condições da propria usf relativamente ao espaço fisico, nomeadamente no conforto e climatização da sala de espera e gabinetes”

QPC 29“MELHORAR AS CONDIÇÕES DE LIMPEZA.”

QPC 30“Melhorar as instalações e as condições de limpeza e higiene.”

QPC 310.05% melhorar serviços de limpeza e higiene”

QPC 32“Melhoria das condições de limpeza”

QPC 33“devia haver um melhor controlo na limpeza e desinfeção de gabinetes e materiais para um contolo de infeção eficiente”

QPC 34“Na fase inicial de formação da USF, deveria ter sido dada formação, nomeadamente sobre o processo de qualidade. Sinto que há uma grande dificuldade dos profissionais, na forma como são feitos os registos. Os cuidados prestados são de elevada qualidade, no entanto se os registos forem mal feitos, os indicadores não refletem o trabalho realizado.”

QPC 35“Um aspecto que interfere com a qualidade do local de trabalho tem a ver com défices técnicos e de equipamento, nomeadamente aparelhos de controlo de temperatura ambiental (sempre desajustados à estação do ano), que interfere com o bem estar de utentes e profissionais, assim como a inexistência de ventiladores/extratores na sala de espera e nos WC's.”

QPC 36“Necessita de uma limpeza mais eficaz”

QPC 37“Também os serviços de limpeza poderiam ser melhorados”

QPC 38“Penso que passa por uma maior entrega e responsabilização de alguns profissionais”

QPC 39“um atendimento com menos tempo de espera”

QPC 40“ Melhoria climatização”

“

ANEXO X: MCQ - MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Referências:

- MCQ 1 0.06% finalização do plano de melhoria da qualidade”
- MCQ 2 “Acções de formação na área administrativa”
- MCQ 3 “Ainda falta mais trabalho de conhecimento...”
- MCQ 4 “Apostar na formação contínua por causa de procedimentos que estão sempre a sofrer alterações.”
- MCQ 5 “Aumento da formação do sector administrativo.”
- MCQ 6 “Formação continua”
- MCQ 7 “ formações direccionadas para o pessoal administrativo”
- MCQ 8 “mais formação dos profissionais, principalmente assistentes técnicos, no atendimento aos utentes”
- MCQ 9 “com mais humanidade e mais bom senso”
- MCQ 10 “Cumprimento do acordado com a ARS e ACES a nível do suporte, nomeadamente nas actividades programadas de Gestão do Risco Clínico e Não Clínico, que já deveriam ter sido executadas e ainda não foram na sua totalidade.”
- MCQ 11 “Dando mais formação ao sector administrativo”
- MCQ 12 “Desenvolvimento do processo de Acreditação”
- MCQ 13 “Formação em diversas areas como por exemplo no atendimento ao balcão, no controle de infecção”
- MCQ 14 “Formação específica da liderança em processos de gestão Formação dos diversos grupos profissionais nas áreas da comunicação interpessoal e gestão de conflito Formação específica nas áreas específicas que cada profissional identifica como lacunas”
- MCQ 15 “Haver mais espírito de equipa e inter-ajuda .”
- MCQ 16 “Incrementando as reuniões inter pares.”
- MCQ 17 “Investir ainda mais no trabalho em equipa , debater os problemas abertamente. Motivar os profissionais pela positiva, com elogios e não apontando sempre os defeitos. Pessoas mais abertas e dinâmicas com a aposta na formação externa e interna com troca de experiências com outras USF.”
- MCQ 18 “Maior comunicação e ainda melhor interação entre os profissionais”
- MCQ 19 “Maior formação em qualidade e gestão em saúde”
- MCQ 20 “Mais acções de formação dirigidas às necessidades dos profissionais”
- MCQ 21 “mais reuniões de serviço para discussão de ideias inter-pares e com todos os profissionais da USF para melhorar o desempenho geral, discussão de problemas de gestão e científicos melhoria da articulação entre sede e pólos da USF”
- MCQ 22 0.05% mais espirito de inter-ajuda na equipa”
- MCQ 23 “Melhoria na higienização dos serviços, estabelecimentos de normas e regras para controle do serviço de higienização.”
- MCQ 24 “Melhorar o espírito de equipa e relações interpessoais. Melhorar a gestão de conflitos internos.”
- MCQ 25 “Melhor conhecimento da gestão do risco”
- MCQ 26 “Mais sinceridade entre todos os profissionais”
- MCQ 27 “Melhoria das dinâmicas internas, através do aumento da partilha de ideias”
- MCQ 28 “Melhoria do circuito de higiene e desinfecção, com sala de tratamentos com pia de despejos”
- MCQ 29 “Formação em todas as áreas de saude, mas principalmente no relacionamento com o utente, relações interpessoais”
- MCQ 30 “Na minha opinião esta USF presta um excelente serviço, de momento não me ocorre nenhuma situação capaz de melhorar ainda mais o serviço que já prestamos aos utentes.”

- MCQ 31 “Penso que os profissionais desta USF deveriam estar mais empenhados para a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados”
- MCQ 32 “Acções de formação sobre gestão; qualidade (claramente não existentes ao longo da formação médica e fundamentais)”
- MCQ 33 “Também é importante haver formação para os diversos profissionais, nas varias áreas de trabalho, para actualização de conhecimentos - não existe há anos.”
- MCQ 34 “Ter formação na área da qualidade e da acreditação.”

ANEXO XI: CONT - CONTRATUALIZAÇÃO

Referências:

- CONT 1 “Acho que já trabalhamos tanto e tão bem que apenas podemos ir limando pequenas "arestas" e disciplinar-mos no registo de tudo o que fazemos”
- CONT 2 “Friso que os profissionais das USF´s tem um tempo contratualizado para cada utente e que muitas vezes, não conseguem atingir os objectivos, por falhas sistemáticas do programa de marcação de consultas”
- CONT 3 “simplificação do necessário processo de avaliação que deve ser muito eficiente”
- CONT 4 “Se organizando para realmente oferecer um serviço com qualidade aos utentes ao invés de focar os interesses em discutir estratégias para atingir indicadores”
- CONT 5 “Estudar os indicadores e aquilo que eles nos podem transmitir sobre a qualidade dos serviços prestados, sobretudo no objectivo final que são os ganhos em saúde da população servida”
- CONT 6 “Decisões cada vez mais baseadas na eficácia e eficiência e menos em pressupostos e avaliações erróneas”
- CONT 7 “E, não deveria ser tão importante a questão de numeros, mas sim haver mais humanidade no tratamento de determinados casos clínicos. O valor monetário e estatísticos prevalecem sempre mais do que os interesses dos utentes”
- CONT 8 “Contratualização atempada Menos trabalho por objetivos económicos”
- CONT 9 “ alguns indicadores e algumas metas a atingir que não são negociáveis”
- CONT 10 “diminuir a pressão dos indicadores na nossa atividade”
- CONT 11 “Haver mais clareza em definir objectivos”
- CONT 12 “Penso que a energia emocional neste momento está toda voltada para mecanismos de gestão. Isso faz com que o objectivo principal dos cuidados de saúde (ver os doentes) fique colocado em segundo plano. As USFs estão emperradas em burocracias que exigem um tempo enorme do profissional de saúde, que é pago para prestar cuidados de saúde, o que neste momento torna-se extremamente frustrante para o profissional. Parece mentira, mas mesmo após poucos anos da reforma já se faz necessário o SIMPLEX das USFs....O que menos custa no nosso trabalho é atender os utentes”