



INSATISFAÇÃO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS MILITARES EM PORTUGAL

Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde

Carlos Manuel Vaz Folgado

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professor Doutor Jesús Rodríguez Marín
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche (España)



D. Juan Carlos Marzo Campos,
Director del Departamento de Psicología de la Salud
de la Universidad Miguel Hernández de Elche,

AUTORIZA:

Que el trabajo de investigación titulado "INSATISFAÇÃO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS MILITARES EM PORTUGAL", realizado por Don CARLOS MANUEL VAZ FOLGADO, bajo la dirección del Dr. D. Jesús Rodríguez Marín, sea depositado en la Secretaría de Doctorado y en este Departamento, y defendido posteriormente como TESIS DOCTORAL en esta Universidad ante el Tribunal correspondiente.

Lo que firmo a los efectos oportunos en Elche a de diciembre de 2015.

Fdo. Juan Carlos Marzo Campos.



Jesús Rodríguez Marín, Catedrático de Universidad Emérito de la Facultad de Medicina, y del Departamento de Psicología de la salud, en la Universidad Miguel Hernández de Elche,

CERTIFICA:

Que la tesis doctoral titulada "INSATISFAÇÃO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS MILITARES EM PORTUGAL", cuyo autor es Don CARLOS MANUEL VAZ FOLGADO, ha sido realizada bajo mi dirección y reúne las condiciones para su lectura y defensa, pudiendo optar al Grado de Doctor por la Universidad Miguel hernández de Elche.

Y para que surta los efectos oportunos, firmo el presente certificado en Elche a 10 de diciembre de 2015.

Fdo. Dr. D. Jesús Rodríguez Marín.

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Doutor em Psicologia da Saúde, sendo apresentado na Universidad Miguel Hernández de Elche.

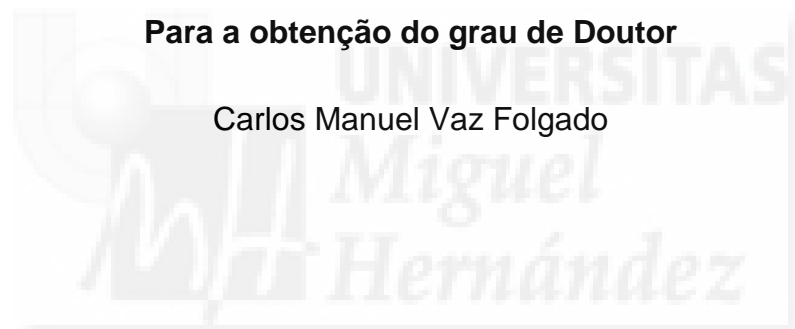
TESE DE DOUTORAMENTO

Apresentada na

Universidad Miguel Hernández

Para a obtenção do grau de Doutor

Carlos Manuel Vaz Folgado



INSATISFAÇÃO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS MILITARES EM PORTUGAL

Júri:

Síntese

Nas últimas décadas, a satisfação profissional tem sido, encarada como condição importante, se não mesmo essencial, para melhorar o funcionamento de empresas e demais organizações, logo, a satisfação no trabalho reflecte-se na qualidade da prestação de cuidados prestados aos utentes e na instituição.

O presente estudo tem como objectivos, aferir a satisfação dos profissionais que trabalham nos Hospitais Militares em Portugal face aos factores sociodemográficos, organizacionais e verificar quais as dimensões da satisfação profissional que têm um maior papel preditor na satisfação global.

Para avaliar o grau de satisfação profissional utilizamos o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP).

A população alvo foi constituída por 143 enfermeiros que exerciam funções nos referidos hospitais e o apuramento dos resultados foi realizado de acordo com as orientações metodológicas dos autores do questionário.

O estudo revelou que:

A satisfação profissional dos enfermeiros depende do tipo de horário, do facto de os mesmos desempenharem funções de gestão, assim como desenharem funções de responsabilidade de supervisão perante outros, do local de residência e da idade. Constata-se ainda que a satisfação global dos inquiridos depende do local de residência, tipo de horário, funções de gestão de serviços na unidade e a responsabilidade perante outros.

Na satisfação global, a satisfação com as chefias (faceta Superior Hierárquico e a satisfação com a qualidade da unidade de saúde na prestação de cuidados e a melhoria contínua da qualidade) pesam na satisfação global percebida pelo enfermeiro.

Síntesis

En las últimas décadas, satisfacción en el trabajo se ha considerado como condición importante, si no esencial, para mejorar el funcionamiento de las empresas y otras organizaciones, la satisfacción laboral se refleja en la calidad de la atención proporcionada a los clientes y en la institución.

El presente estudio tiene como objetivos, evaluar la satisfacción de los profesionales que trabajan en los hospitales militares de factores demográficos, organización del cara de Portugal y comprobar cuáles son las dimensiones de la satisfacción en el trabajo que tienen un papel más importante en la satisfacción global del Predictor.

Para evaluar el grado de satisfacción en el trabajo utilizamos la herramienta de evaluación de satisfacción en el trabajo (IASP).

La población consistió en 143 enfermeras que ejercitaron funciones en los hospitales y el establecimiento de los resultados se llevó a cabo siguiendo las directrices metodológicas de los autores del cuestionario.

El estudio reveló:

Satisfacción laboral de las enfermeras depende del tipo de programa, el hecho de que el mismo realizar funciones de administración, así como llamar la responsabilidad de supervisión funciones antes que otras, el lugar de residencia y edad. Toma nota de que la satisfacción total de los encuestados depende del lugar de residencia, tipo de horario, funciones de gestión de servicios en la unidad y la responsabilidad hacia los demás.

En la satisfacción general, satisfacción con los cacicazgos (faceta Superior jerárquico y la satisfacción con la calidad de atención de la salud y la mejora continua de la calidad) pesan en satisfacción global percibida por la enfermera.

Synthesis

In recent decades, professional satisfaction has been seen as an important condition, if not essential, to achieve the improvement of the functioning of companies and other organizations thus the work satisfaction is reflected in quality of the care provided to users and the institution.

The objectives of the present study is to explore the satisfaction of professionals working in Military Hospitals in Portugal regarding socio-demographical and organizational factors and verify which dimensions of professional satisfaction play the greatest predictive role in global satisfaction.

We use the Professional Satisfaction Assessment Instrument (IASP) in order to assess the level of professional satisfaction.

The target population was composed by 143 nurses working in the aforesaid hospitals. Data treatment followed the methodological orientations of the questionnaire's authors.

The study revealed that:

The professional satisfaction of the nurses depends on their working schedule, on whether or not they perform management or supervisory tasks, as well as their place of residence and on their age. Moreover, the global satisfaction of the respondents depends on their place of residence, their working schedule, on whether or not they perform management tasks and on nurses' accountability towards others.

The global satisfaction and the satisfaction with supervisors (facet immediate superior, satisfaction with the quality of the health unit in care and continuous improvement of quality) account for overall satisfaction perceived by nurses.

Dedicatória



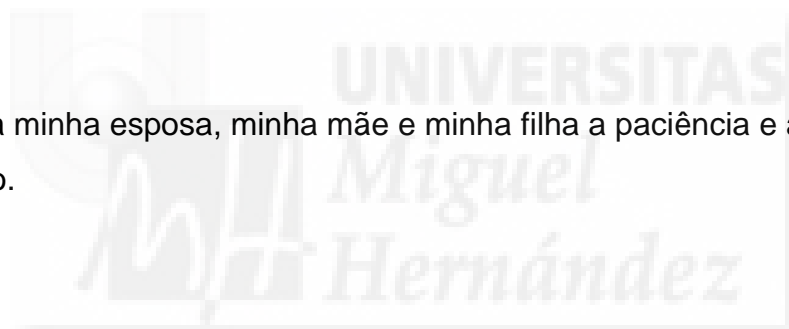
**À MINHA FILHA EMILIA, MINHA ESPOSA
SUSANA, MINHA MÃE MARIA EMILIA, E EM
MEMÓRIA DE MEUS AVÓS, MEU IRMÃO E
MEU PAI, SUPORTE DAS MINHAS
PRETENSÕES E MOLA IMPULSORA DAS
MINHAS CONCRETIZAÇÕES...**

Agradecimentos

Agradeço ao orientador desta dissertação Professor Doutor Jesús Rodríguez-Marín pelo apoio, interesse, ensinamentos e disponibilidade manifestada ao longo deste percurso.

Agradeço ao Sr. General Artur Neves Pina Monteiro, Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas Portuguesas na cooperação concedida.

Agradeço a minha esposa, minha mãe e minha filha a paciência e apoio despendido.



Índice

Resumo desenvolvido.....	16
Resumen desarrollado.....	22
Extended abstract.....	27
Introdução.....	32
Capítulo 1 – Satisfação profissional.....	36
1. Conceito de satisfação profissional.....	37
1.1. Motivação profissional – Satisfação profissional.....	43
2. Abordagem histórica.....	46
3. Conceitos relacionados (compromisso com a organização; moral no trabalho; qualidade de vida profissional; condições de trabalho,).....	58
4. Teorias da satisfação profissional.....	65
4.1. Teorias explicativas da satisfação profissional.....	65
4.2. Teoria da hierarquia de necessidades de Maslow.....	67
4.3. Teoria dos dois factores de Herzberg.....	69
4.4. Teoria das expectativas de Vroom.....	73
4.5. Teoria da equidade de Adams.....	77
4.6. Teoria da determinação de metas de Edwin Locke.....	80
5. Determinantes da satisfação no profissional de enfermagem.....	82
Capítulo 2 – Os cuidados de enfermagem.....	86
1. Breve epítome histórico dos cuidados de enfermagem.....	87
2. A qualidade do atendimento.....	88
3. As competências necessárias para a profissão de enfermagem.....	90
4. O objectivo da enfermagem.....	94
5. Compromisso para a valorização e evolução da carreira.....	98
6. O trabalho em equipa.....	100
7. A capacidade de tomar decisões.....	102
8. A relação com os superiores.....	104
Capítulo 3 – Os Hospitais das Forças Armadas – Uma organização.....	107
1. Breve resenha histórica dos cuidados de enfermagem militar.....	108
2. A cultura organizacional dos hospitais militares.....	113
2.1. Características da cultura organizacional.....	113
2.2. Instituições totais.....	117
2.3. Características das instituições totais.....	120
3. O hospital das Forças Armadas – HFAR.....	123
3.1. Origem do HFAR.....	123

3.2. Os hospitais dos três ramos das Forças Armadas	127
Parte II – Estudo Empírico	133
1. Problemática.....	134
2. Metodologia	137
2.1. Amostra.....	140
2.2. Instrumento	148
2.3. Procedimento.....	151
3. Resultados.....	153
Significância estatística das dimensões da satisfação com preditores da Satisfação Global	197
Discussão e conclusões	200
Conclusão	208
Limitações	209
Sugestões	209
Referências bibliográficas:	210
Legislação	228
Anexos	229



Índice de tabelas

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de enfermagem a nível profissional.	146
Tabela 2 - Caracterização dos profissionais de enfermagem a nível pessoal.	147
Tabela 3 - Medidas descritivas de interesse para a variável idade (anos).	148
Tabela 4 - Estrutura das escalas, Sub-escalas e Facetas do IASP.	151
Tabela 5 – Escala: Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde como Local de Trabalho.	155
Tabela 6 – Escala: Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos Cuidados.	157
Tabela 7 – Escala: Melhoria Contínua da Qualidade.	158
Tabela 8 - Satisfação Global.	159
Tabela 9 – Nova Estrutura do Instrumento.	160
Tabela 10 - Fiabilidade das Escalas.	161
Tabela 11 - Satisfação com a qualidade da sua Unidade de Saúde como local de trabalho (Variáveis profissionais).	166
Tabela 12 - Satisfação com a qualidade da sua Unidade de Saúde como local de trabalho (Variáveis pessoais).	167
Tabela 13 - Política de Recursos Humanos (Variáveis profissionais).	169
Tabela 14 - Política de Recursos Humanos (Variáveis pessoais).	170
Tabela 15 - Moral (Variáveis profissionais).	171
Tabela 16 - Moral (Variáveis pessoais).	172
Tabela 17 - Características laborais (Variáveis profissionais).	174
Tabela 18 - Características Laborais (Variáveis pessoais).	175
Tabela 19 - Faceta: Superior Hierárquico (Variáveis profissionais).	177
Tabela 20 - Superior Hierárquico (Variáveis pessoais).	178
Tabela 21 - Recursos Tecnológicos e Financeiros (Variáveis profissionais). ..	180
Tabela 22 - Recursos Tecnológicos e Financeiros (Variáveis pessoais).	181
Tabela 23 - Vencimento (Variáveis profissionais).	183
Tabela 24 - Vencimento (Variáveis pessoais).	184
Tabela 25 - Local de Trabalho e Equipamento (Variáveis profissionais).	185
Tabela 26 - Local de Trabalho e Equipamento (Variáveis pessoais).	186

Tabela 27 - Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos cuidados (Variáveis profissionais).	188
Tabela 28 - Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos cuidados (Variáveis pessoais).	189
Tabela 29 - Melhoria contínua da qualidade (Variáveis profissionais).	191
Tabela 30 - Melhoria contínua da qualidade (Variáveis pessoais).	192
Tabela 31 - Satisfação global (Variáveis profissionais).	194
Tabela 32 - Satisfação global (Variáveis pessoais).	195



Índice de figuras

Figura 1 - Piramide da Teoria das necessidades de Maslow. Fonte: Robbins, 2002.	68
Figura 2 - Estado civil dos inquiridos.....	141
Figura 3 - Idade dos inquiridos.....	142
Figura 4 - Habilitações académicas dos inquiridos.	143
Figura 5 - Tipo de horário praticado pelos inquiridos.	143
Figura 6 - Funções de responsabilidade exercidas pelos inquiridos.	144
Figura 7 - Especialidade dos inquiridos.....	144
Figura 8 - Tempo de serviço dos inquiridos.....	145



Resumo desenvolvido

No início deste novo milénio, os governos de vários países têm reconhecido a crise que percorre todo o sector de prestação de cuidados de saúde, particularmente na existência de um reduzido número de enfermeiros em todo o mundo, o que, de certa forma, provoca nestes profissionais de saúde, esgotamento e conduz a um conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos que prejudicam ou impedem a realização normal da sua actividade, com origem na atmosfera envolvente em que se encontram no seu local de trabalho.

Neste sentido, um variado número de investigadores assinalam que a relação entre a satisfação profissional e o desempenho dos trabalhadores é mais clara e directa que a relação entre ambiente e desempenho, assinalando que a satisfação é um indicador do desempenho (Kopelman et al., 1990; Parker et al., 2003; Patterson et al., 2004; Griffith, 2006). Outros porém, encontraram uma relação significativa negativa entre a satisfação profissional e aspectos relacionados com o desempenho, designadamente com o absentismo e a rotatividade no trabalho e significativa positiva com o rendimento e a produtividade (Saari et al., 2004). Por sua vez, Patterson et al. (2004) assinalam que a satisfação profissional relaciona-se mais com o desempenho quando este é medido através de aspectos económicos, sendo a satisfação profissional um indicador deste tipo de desempenho. Salinas et al. (1994) afirmam que os modelos de satisfação, como por exemplo, o modelo de Vroom, enfatizam que os indivíduos estão satisfeitos com o seu trabalho até ao ponto em que este lhes permita obter o que ambicionam e o seu desempenho será eficiente na medida em que este os conduza à satisfação das suas necessidades.

A satisfação no trabalho é importante em qualquer tipo de profissão, não só em termos de bem-estar desejável das pessoas onde quer que trabalhem, mas também em termos de produtividade e qualidade. Assim, no nosso caso, a amostra seleccionada de um grupo de profissionais de saúde, enfermeiros, de uma instituição militar, a variável satisfação profissional reveste-se de singular

importância no âmbito da qualidade da gestão dos grupos de trabalho e no modo de relacionamento destes profissionais, quer com os colegas, quer com os seus superiores hierárquicos e fundamentalmente com os pacientes.

Na vertente da saúde, a motivação dos indivíduos e a sua satisfação no seu local de trabalho são fundamentais e relevantes para os profissionais de enfermagem, cuja razão de ser, é cuidar da saúde física e mental dos que estão a seu cargo e prestar-lhes um serviço de qualidade. Por isso, o conhecimento e a compreensão do nível de motivação e de satisfação dos enfermeiros constituem factores fundamentais para a organização de modo a alcançar os resultados a que se propõem.

Diversos estudos afirmam que existe uma variedade de características individuais que exercem uma influência significativa na satisfação laboral dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. As mais relevantes são contudo, o sexo, a raça, a idade, o estado civil, os filhos e as habilitações académicas. A estas acresce-se outras características que podem, devido à sua relevância afectar a satisfação profissional dos enfermeiros, que são as dissemelhantes particularidades laborais dos funcionários, tais como, o local de trabalho, o horário de trabalho, o tipo de horário, o tipo de vínculo contractual, a responsabilidade de supervisão, as funções de gestão, a especialidade e o tempo de serviço.

Diferentes investigações indicam que grande parte dos enfermeiros com habilitações académicas muito elevadas revelam uma propensão maior para a insatisfação laboral (Yakting et al., 2003). Estes profissionais tendem a mudar frequentemente de trabalho, pelo facto das organizações onde trabalham não pretenderem satisfazer as suas necessidades ou não terem capacidade para o fazer (Cavanagh, 1992; Blegen, 1993). Por sua vez, Yamashati (1995) argumenta que existe uma expressão de ligação positiva entre as variáveis idade e satisfação profissional. Isto é, para além das habilitações académicas mais elevadas, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros com menos idade e não casados apresentam índices mais elevados de insatisfação com a sua actividade laboral.

Neste sentido, vários factores parecem ter impacto na satisfação no trabalho destes profissionais, nomeadamente, a remuneração, as promoções, o reconhecimento por parte das chefias e dos pares, as condições físicas de trabalho e os recursos existentes, as oportunidades de desenvolvimento pessoal

Partindo desta preocupação pelo bem-estar profissional surgiu a intenção de compreender e aferir os determinantes da satisfação profissional dos enfermeiros militares portugueses.

O objectivo geral deste trabalho é verificar se as características pessoais (o sexo, a idade, o estado civil e as habilitações académicas) e as características laborais (local trabalho, horário de trabalho, tipo de horário, tipo de vínculo, responsabilidade de supervisão, funções de gestão, especialidade e tempo de serviço) têm efeitos significativos na satisfação profissional dos enfermeiros.

Neste contexto, emergem as seguintes hipóteses de investigação:

: Verificar se a satisfação dos enfermeiros em relação às diferentes dimensões da satisfação depende de características como: Género; Idade; Habilitações literárias; Situação familiar; Local de residência; Tipo de horário; Tipo de vínculo; Tipo de responsabilidade na Unidade; Tipo de cargo (com função de gestão ou não); Especialidade; Tempo de serviço; e Categoria profissional.

: Determinar, de entre as várias dimensões da satisfação para com a unidade de saúde, as que têm poder de predição da satisfação global.

Face ao exposto, o método adequado ao tipo de investigação é caracterizado por investigação quantitativa.

No presente estudo optou-se pela aplicação do questionário do Instrumento de Avaliação da Satisfação dos Profissionais (IASP) de Ferreira e Antunes (2009). Adaptado cultural e linguisticamente do Hospital Employee Judgment System (HEJS), desenvolvido por Nelson et al. (1992), com perguntas abertas e fechadas, a enfermeiros, no Hospital das Forças Armadas em Lisboa e no Pólo do Porto.

No que diz respeito à análise e tratamento estatístico dos dados, recorremos ao software SPSS Statistics, onde, sempre que necessário, se considerou uma probabilidade de erro de tipo I de exactamente 5% ($\alpha = 0,05$).

Relativamente à amostra os enfermeiros são, na sua maioria, do sexo masculino (n=93;66.4%), residentes na zona centro e sul do país (n=108;80.6%), e em particular no distrito de Lisboa (n=67;50.0%), casados (n=77;56.2%) e com idade compreendida entre 26 e 55 anos (39.51 ± 7.94).

A quase totalidade deles tem um vínculo efectivo para com o Hospital (n=139;97.2%) e possuem a patente de Sargento (n=131;92.9%), sem função de gestão e/ou chefia (n=96;67.1%), com graduação ao nível de Licenciatura (n=133;95.0%) dos quais quase cerca de um terço é pelo menos pós-graduado (n=41;29.3%).

Pouco mais de metade dos enfermeiros trabalha por turnos (n=72;50.3%) e desempenha um cargo com funções de responsabilidade de supervisão (n=76;53.5%) ao passo que apenas uma quantidade residual é especialista em alguma área (n=18;12.6%) sendo que dentro dessa minoria a especialidade dominante é “Enfermagem médico-cirúrgica” (n=8;44.4%).

Finalmente, e no que à experiência diz respeito (tempo de serviço) podemos afirmar que estamos perante uma amostra de enfermeiros “princiantes”: não só a maior parte deles tem um tempo de serviço compreendido entre 5 e 10 anos (n=47;33.3%) como também aproximadamente metade dos enfermeiros inquiridos tem um tempo de serviço que não excede 10 anos (n=72;51.1%).

A primeira parte da pesquisa foi exploratória, sendo a técnica de recolha de dados exclusivamente documental.

A segunda parte do estudo foi dominada pelo método quantitativo sendo que o instrumento privilegiado para a recolha de dados foi o inquérito por questionário, o que possibilitou completar as informações recolhidas nos documentos escritos sobre as questões em estudo, bem como analisar a forma como algumas questões identificadas pelo modelo teórico proposto, são

consideradas pelos enfermeiros, o que nos permitiu verificar as hipóteses teóricas avançadas.

Assim, numa primeira fase foi aplicado um pré-teste a seis enfermeiros para adequação e reavaliação do instrumento, os quais por correio electrónico. Chegando-se à versão final do questionário que foi enviado por correio electrónico aos destinatários.

O nosso estudo chegou à conclusão que:

As características pessoais e profissionais dos enfermeiros tornaram-se preponderantes em alguns dos resultados obtidos.

Verificamos que a satisfação profissional depende: do local de trabalho; da idade; do horário de trabalho; da responsabilidade perante outros (responsabilidade de supervisão perante outros) e das funções de gestão de serviços na unidade;

Os enfermeiros com horário fixo, com responsabilidade de supervisão perante outros e com funções de gestão na Unidade onde prestam serviço têm, em média, um maior nível de satisfação na maioria das onze escalas neste estudo consideradas.

A faixa etária e sobretudo o distrito de residência do enfermeiro são as características pessoais que mais condicionam o nível médio de satisfação.

Das características (pessoais ou profissionais) que permitiram um estudo inferencial destaca-se o género e o tempo de serviço por não se mostrarem (para o nível de significância estipulado) condicionadores do nível médio de satisfação nas onze escalas analisadas.

A satisfação com as chefias - faceta Superior Hierárquico e a satisfação com a qualidade da unidade de saúde na prestação de cuidados e a melhoria contínua da qualidade pesam na satisfação global percebida pelo enfermeiro.

Já a satisfação global depende apenas do local de residência, mas sobretudo de factores ligados à profissão, ou seja, o tipo de horário, responsabilidade perante outros e funções de gestão de serviços na unidade.



Resumen desarrollado

Al comienzo de este nuevo milenio, los gobiernos de varios países han reconocido la crisis que atraviesa el sector de la salud, en particular la existencia del poco número de personal de enfermería de todo el mundo, en cierto modo, hace que estos profesionales de la salud sufran sobrecarga laboral, lo que lleva al agotamiento y a un conjunto de trastornos psíquicos y fisiológicos causados por diversos agentes que dificultan o impiden el desarrollo normal de su actividad en su lugar de trabajo.

En este sentido, una serie de diferentes investigadores señalan que la relación entre la satisfacción laboral y el rendimiento de los empleados es más clara y directa que la relación entre el medio ambiente y el rendimiento, señalando que la satisfacción es un indicador de desempeño (Kopelman et al., 1990 ; Parker et al 2003; Patterson et al., 2004; Griffith, 2006). Otros, sin embargo, encontraron una relación negativa significativa entre la satisfacción laboral y los aspectos de rendimiento, especialmente con absentismo y la rotación en el trabajo, y una relación positiva significativa con los ingresos y la productividad (Saari et al., 2004). A su vez, Patterson et al. (2004) indican que la satisfacción laboral se relaciona más con el rendimiento cuando se mide por los aspectos económicos Salinas et al. (1994) afirman que los modelos de la satisfacción, como el modelo de Vroom, hacen hincapié en que las personas están satisfechas con su trabajo en la medida en que esto les permite obtener lo que aspiran, y su rendimiento será eficiente en la medida que les lleva a la satisfacción de sus necesidades.

La satisfacción en el trabajo es importante en cualquier profesión, no sólo en términos de deseable bienestar de las personas dondequiera que trabajen, sino también en términos de productividad y calidad. Así, en nuestro caso, la muestra seleccionada de un grupo de profesionales de la salud, enfermeras, una institución militar, la satisfacción profesional variable es de singular importancia para la gestión de la calidad de los grupos de trabajo y en el relación que estos profesional, ya sea con compañeros o con sus superiores ierárquicos y los pacientes.

En el ámbito sanitario, la motivación y la satisfacción laborales son esenciales y relevantes para los profesionales de enfermería, cuya razón de ser, es cuidar de la salud física y mental de las personas a cargo y proporcionarles un servicio de calidad. Por lo tanto, el conocimiento y la comprensión del nivel de motivación y satisfacción del personal de enfermería son factores clave para la organización logre los resultados que se proponen.

Varios estudios afirman que hay una variedad de características individuales que ejercen una influencia significativa en la satisfacción laboral de los profesionales de la salud, incluido el personal de enfermería. Las más relevantes son, el sexo, la raza, la edad, el estado civil, los niños y nivel académico. Hay, además otras características que pueden, por su relevancia, afectar a la satisfacción laboral de personal de enfermería, que son características de empleo diferentes de los empleados, tales como el lugar de trabajo, las horas de trabajo, tipo de horario, el tipo de relación contractual, la responsabilidad de supervisión, la función de gestión, la especialidad y la antigüedad.

Diversas investigaciones indican que la mayoría de los enfermeros y enfermeras con calificaciones académicas muy altas son ligeramente más propensos a la insatisfacción laboral (Yakting et al., 2003). Estos profesionales tienden a cambiar con frecuencia de puestos de trabajo, debido a que las organizaciones para las que trabajan no tienen la intención de satisfacer sus necesidades o no pueden hacerlo (Cavanagh, 1992; Blegen, 1993). A su vez, Yamashati (1995) sostiene que hay una relación positiva entre las variables edad y satisfacción laboral. Es decir, a un mayor nivel académico, los profesionales de la salud, incluyendo personal de enfermería, con menor edad y no casadas tienen mayor nivel de insatisfacción con su trabajo.

En este sentido, varios factores parecen tener impacto en la satisfacción laboral de estos profesionales, en particular, la compensación, las promociones, el reconocimiento por parte de sus jefes y sus compañeros, las condiciones físicas de trabajo, los recursos existentes, las oportunidades para el desarrollo personal

A partir de esta preocupación por el bienestar profesional nació el intento de comprender y evaluar los determinantes de la satisfacción en el trabajo en el personal de enfermería militar portugués.

El objetivo general de este trabajo es comprobar si las características personales (sexo, edad, estado civil y nivel educativo) y las características del empleo (mano de obra local, las horas de trabajo, el tipo de horario, tipo de enlace, la responsabilidad de supervisión, las funciones de gestión, de la especialidad y antigüedad) tienen efectos significativos sobre la satisfacción laboral del personal de enfermería militar portugués.

En este contexto, surgen los siguientes objetivos de investigación:

: Comprobar si la satisfacción laboral de ese personal de enfermería depende de las características como el género, la edad, nivel de estudios, situación familiar, lugar de residencia, tipo de horario, tipo de relación, tipo de responsabilidad en la Unidad, tipo de cargo (con función de gestión o no), especialidad, duración del servicio y categoría profesional.

: Determinar cuál de las diversas dimensiones de la satisfacción con la unidad de salud, tienen el poder de predicción de la satisfacción general.

Teniendo en cuenta lo anterior, el método apropiado para el tipo de investigación es una investigación cuantitativa.

En este estudio, se decidió aplicar el cuestionario de la Herramienta de Evaluación de Satisfacción Profesional (IASP) de Ferreira y Antunes (2009). Cultural y lingüísticamente adaptado el Sistema de Juicio del Hospital del Empleado (HEJS) desarrollado por Nelson et al. (1992), con preguntas abiertas y cerradas, las enfermeras en el Hospital de las Fuerzas Armadas en Lisboa y Porto Polo.

En relación con el análisis y el procesamiento de los datos, se utilizó el software SPSS Statistics, se consideró un error de tipo I probabilidad de exactamente 5% ($\alpha = 0,05$).

En cuanto a la muestra personal de enfermería, son en su mayoría hombres ($n = 93$; 66,4%), que viven en la parte central y sur del país ($n = 108$; 80,6%),

especialmente en el distrito de Lisboa (n = 67; 50,0%), casados (n = 77; 56,2%) y la edad entre 26 y 55 años ($39,51 \pm 7,94$).

Casi todos ellos tienen un vínculo real con el hospital (n = 139; 97,2%) y tienen el rango de sargento (n = 131; 92,9%), sin la función de gestión de y/o jefatura (n = 96; 67,1%), con el grado de licenciatura (n = 133; 95,0%), de los cuales casi un tercio por lo menos tiene un título de post-grado (n = 41; 29,3%).

Poco más de la mitad de sujetos trabajan en turnos (n = 72; 50,3%) y desempeñan un puesto con funciones de responsabilidad de supervisión (n = 76; 53,5%), mientras que sólo una cantidad residual se especializa en un área determinada (n = 18; 12,6%), y dentro de esa minoría la especialidad dominante es "Enfermería Médico-Quirúrgica" (n = 8; 44,4%).

Por último, y en lo que toca a la experiencia (tiempo de servicio), se puede decir que esto es una muestra de personal "novato": no sólo la mayoría de ellos tiene una vida útil de entre 5 y 10 años (n = 47; 33,3%), si no que casi la mitad de los encuestados tienen una antigüedad no superior a 10 años (n = 72; 51,1%).

La primera parte de la investigación fue exploratoria, con la técnica de recolección de datos exclusivamente documental.

En la segunda parte del estudio usó el método cuantitativo, siendo el principal medio de recolección de datos el cuestionario, lo que permitió complementar la información obtenida en las pruebas escritas sobre las cuestiones objeto de estudio y analizar cómo ciertos temas identificado por el modelo teórico propuesto, son considerados el personal de enfermería, lo que nos permitió verificar las hipótesis teóricas avanzadas.

Por lo tanto, en un principio se aplicó un pretest a seis enfermeras para adaptar y re-evaluar el instrumento, que se les envió por correo electrónico. Una vez redactada la versión final, el cuestionario fue enviado igualmente por correo electrónico a los sujetos de la muestra.

Nuestro estudio encontró que:

Las características personales y profesionales del personal de enfermeira fueron preponderantes en algunos de los resultados obtenidos.

La satisfacción laboral depende de: el lugar de trabajo, la edad, las horas de trabajo, la responsabilidad; ante terceros (responsabilidad de supervisión de los demás) y las funciones de gestión de servicio en la unidad;

Los sujetos con horario fijo, responsabilidad de supervisión de otros y con funciones de gestión en la unidad que proporcionan servicios tienen, en promedio, un mayor nivel de satisfacción en la mayoría de los once escalas consideradas en este estudio.

La edad y, sobre todo, el distrito de residencia son las características personales que más afectan el nivel medio de satisfacción.

Características (personal o profesional) que permitieron un estudio inferencial destacan el género y la duración del servicio por no demostrar (a nivel de significación establecido) predictores de satisfacción en la once escalas analizadas.

Satisfacción con los jefes y la satisfacción con la calidad de la unidad de salud en la que prestan servicio y la mejora continua de la calidad son relevantes para la satisfacción global percibida por el personal de enfermería.

La satisfacción general depende del lugar de residencia, de factores relacionados con la profesión, es decir, el tipo de horario, responsabilidad sobre otros en las funciones de gestión de la unidad.

Extended abstract

In the beginning of this new millennium, several governments recognised the crisis which has been affecting the entire health sector, especially in terms of the shortage of nurses on a global scale, which, in a certain way, is harmful to these health professionals, leading to exhaustion and causing several psychological and physiological disorders, caused by several and harmful factors that keep nurses from doing their normal work; in turn, these factors are a product of the environment surrounding their workplace.

In this sense, several investigators register that the connection between job satisfaction and employee performance is clearer and more direct than the connection between environment and performance, noting that satisfaction is a performance indicator (Kopelman et al., 1990; Parker et al., 2003; Patterson et al., 2004; Griffith, 2006). However, other investigators have found a significant and negative link between job satisfaction and the aspects associated with performance, namely job absenteeism and rotation, and a positive link between income and productivity (Saari et al., 2004). In turn, Patterson et al. (2004) note that job satisfaction is more associated with performance when the latter is measured according to economic aspects, being job satisfaction an indicator for this type of performance. Salinas et al. (1994) state that satisfaction models, such as Vroom's model, stress that individuals are happy with their job to the extent that it allows them to obtain whatever they desire, and that their performance will be efficient to the extent that it fulfills their own needs.

Job satisfaction is always important, regardless of the career, not only in terms of someone's desirable well-being, but also in terms of productivity and quality. Thus, in our case, the selected sample consists of a group of health professionals, nurses, as well as a military institution, and the varying job satisfaction is extremely important, especially within the scope of the working groups' quality management, and in terms of the way these professionals relate with their colleagues, immediate superiors, and essentially with their patients.

In the field of health, motivation and job satisfaction are deeply relevant for nursing professionals, whose purpose is to care for their patients' physical and

mental health and provide a quality service. Therefore, it is extremely important to understand and be aware of the nurses' level of motivation and satisfaction, which allow the organisation to achieve the outcomes proposed.

Several studies claim that there are many individual features which deeply influence the job satisfaction of health professionals, namely nurses. However, gender, race, age, marital status, number of children and academic qualifications are the most important, as well as other specifications that may, due to their relevance, affect the nurses' job satisfaction – the dissimilar occupational features of nursing professionals, such as workplace, working hours, shift type, type of contract, responsibility of supervision, management functions, field of expertise and service time.

According to several research studies, most nurses with high academic qualifications will most likely be unhappy with their job (Yakting et al., 2003). These professionals tend to frequently change jobs, mainly due to the unwillingness or inability shown by the institutions they work for to fulfill their needs (Cavanagh, 1992; Blegen, 1993). In turn, Yamashati (1995) claims that there is a positive connection between the variables age and job satisfaction; that is, in addition to higher academic qualifications, health professionals, namely younger and unmarried nurses, show a higher level of discontent regarding their job.

To that extent, several factors seem to have affected the job satisfaction of the health professionals, namely payment, job promotions, peer and superior recognition, physical working conditions and existing resources, as well as opportunities for personal development.

Based on this concern for occupational well-being, the intention to understand and assess the determinants of job satisfaction among Portuguese military nurses arose.

The main purpose of this study is to determine if personal characteristics (gender, age, marital status and academic qualifications), as well as occupational (workplace, working hours, shift type, type of contract, supervisory

roles, management functions, field of expertise and service time) have significant effects on nurses' job satisfaction.

In this context, the following research hypotheses arise:

: Verify if contentment among nurses, regarding the several aspects of job satisfaction, depends on several features, such as: Gender, Age, Academic qualifications, Family status, Place of residence, Shift type, Type of contract, Type of role within the institution, Type of employment (with management task or not), Field of expertise, Service time, and Professional category.

: Determine which scope(s) of satisfaction regarding the health unit can predict overall satisfaction.

Considering what has been presented, the appropriate method for this type of investigation involves a quantitative research.

While developing this study, we conducted the IASP (Personal Satisfaction Assessment Tool) questionnaire, developed by Ferreira and Antunes (2009). The IASP questionnaire was culturally and linguistically adapted from the Hospital Employee Judgment System (HEJS) questionnaire, developed by Nelson et al. (1992), which includes open and closed-ended questions posed to nurses working at the Hospital das Forças Armadas (Armed Forces Hospital), in Lisbon, and in the Porto Pole.

Regarding the analysis and statistical processing of data, we used the SPSS Statistics software, having considered, whenever necessary, a 5% ($\alpha = 0,05$) precise probability of type I error.

The sample presented in this study includes mostly male nurses ($n=93;66.4\%$), who live in the central and southern regions of Portugal ($n=108;80.6\%$), particularly in the Lisbon district ($n=67;50.0\%$), married ($n=77;56.2\%$) and between the ages of 26-55 (39.51 ± 7.94).

Almost every nurse included in this sample has an effective connection with the Hospital ($n=139;97.2\%$), is a Sergeant ($n=131;92.9\%$), has no management

and/or leading role (n=96;67.1%), and has a Degree (n=133;95.0%); almost a third of them has at least a post-graduate certificate (n=41;29.3%).

Slightly more than a half of those nurses work in shifts (n=72;50.3%) and are responsible for supervisory roles (n=76;53.5%); on the other hand, only a small number of nurses have specialised in any field (n=18;12.6%), being the “Medical-Surgical Nursing” field of expertise the most common among them (n=8;44.4%).

Finally, and with regards to experience (service time), we can say that this sample consists of “beginner” nurses: not only do most of them have 5-10 years of service time (n=47;33.3%), but nearly half of the nurses questioned also have a service time of less than 10 years (n=72;51.1%).

The first part of our research was exploratory, and the data collection technique was exclusively documental.

The second part of our study mostly consisted of a quantitative method, and the survey by questionnaire was the preferred instrument used for data collection, which allowed us to complete the information gathered in the written documents about the issues under consideration, as well as analyse the way nurses regard some of the questions identified by the proposed theoretical method, which allowed us to verify the advanced theoretical hypotheses.

Therefore, we initially presented six nurses with a pre-test, sent via e-mail, in order to adapt and reevaluate the instrument. The final version of the questionnaires were sent via e-mail to the recipients.

We thus conclude that:

The nurses’ personal and professional features have become predominant in some of the outcomes.

Job satisfaction depends on the: workplace, age, working hours, liability towards other employees (supervisory roles), and service management tasks within the health unit.

Nurses with a fixed schedule, as well as those who perform supervisory and management roles within the unit they work at, have, on average, a higher level of satisfaction in most of the eleven scales considered in this study.

The age-group, along with the place of residence, deeply influences the average satisfaction level.

Gender and service time stand out among the characteristics (both personal and professional) that allowed us to develop an inferential study, considering that these features did not influence (regarding the significance level established) the average satisfaction level in the eleven scales analysed.

The level of satisfaction regarding immediate superiors and the quality of the health unit, in terms of healthcare provision and the continuous quality improvement, deeply influence the overall satisfaction of the nursing professional.

As for overall satisfaction, it merely depends on the place of residence, but mainly on factors associated with the job, that is, shift type, liability towards others, and service management tasks within the health unit.

Introdução

No início deste novo milénio, os governos de vários países têm reconhecido a crise que percorre todo o sector de prestação de cuidados de saúde, particularmente na existência de um reduzido número de enfermeiros em todo o mundo, o que, de certa forma, provoca nestes profissionais de saúde, esgotamento e conduz a um conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos que prejudicam ou impedem a realização normal da sua actividade, com origem na atmosfera envolvente em que se encontram no seu local de trabalho. A fadiga, mesmo na sua dimensão física, é frequentemente associada à relação do enfermeiro em oposição ao paciente, ou seja, uma simples dor nas costas do enfermeiro, surge como uma desvantagem nas boas relações com o paciente, quando os enfermeiros têm que transportar cargas pesadas (Harber, 1988; Loriol, 2000).

A avaliação deste problema tem sido efectuada por um grande número de relatórios, dos quais se destacam resultados consistentes, e, em quase todos surgem afirmações de “crise insustentável”, “necessidade urgente de reparar os efeitos nocivos” para além de demonstrarem a degradação contínua da qualidade do sistema de saúde nos diferentes países. Contudo, esses relatórios também exigem medidas urgentes, cuja finalidade assenta na resolução dos problemas do sector da enfermagem com o objectivo primário de melhorar a assistência aos pacientes. A satisfação no trabalho é um factor primordial associado às boas relações com os pacientes (Paugam, 2000).

Em presença das diversas alterações efectuadas no sector da saúde nas últimas décadas, com este trabalho instituímos como objectivo contribuir e avaliar como as diversas reformas têm sido aplicadas, nomeadamente no que diz respeito ao aumento da satisfação dos enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados nos hospitais militares, designadamente no Hospital das Forças Armadas nos seus polos de Lisboa e do Porto.

Os investigadores interessam-se geralmente pela avaliação das atitudes, ou opiniões, que os profissionais de uma actividade laboral têm relativamente aos diferentes aspectos do seu trabalho. Uma atitude geralmente é definida

como uma tendência psicológica expressa pela evolução de uma entidade particular com um determinado grau de favorabilidade ou não. Classicamente, este grau de favorabilidade é constituído por três elementos, uma componente cognitiva, ou seja as crenças relativas ao objecto, uma componente afectiva, relativa à evolução do objecto e uma componente comportamental, isto é o comportamento face-a-face com o objecto. Segundo Rodrigues et al. (2009, p. 81). “As definições de atitudes, embora diverjam nas palavras utilizadas, tendem a caracterizar as atitudes sociais como sendo variáveis intervenientes (não observáveis, porém directamente inferíveis e observáveis), e como sendo integradas por três componentes claramente discerníveis: o componente cognitivo, o componente afectivo e o componente comportamental”. A satisfação profissional tem sido elaborada em conceitos relativos à emoção (Locke, 1976, citado por Lima et al, 1995), ou como atitude (Schneider, 1975, citado por Lima et al. 1995). Ambos os casos têm como objectivo fundamental expor uma condição emocional positiva, de uma atitude positiva face ao trabalho e das práticas nesse mesmo contexto.

Das diversas razões que podem explicar a grande atenção dedicada à satisfação laboral, devemos considerar as seguintes, a satisfação no trabalho é um resultado importante da vida organizacional e, a satisfação surgiu nas diversas investigações como um indicador significativo de condutas disfuncionais importantes, nomeadamente o absentismo e a rotatividade de postos de trabalho e de organização (Schneider, 1985).

O conceito de satisfação profissional é a disposição ou a tendência relativamente estável perante o trabalho, assente em crenças e valores desenvolvidos a partir de uma experiência ocupacional. É um conjunto de sentimentos e emoções favoráveis ou desfavoráveis através das quais os trabalhadores vêm o seu trabalho. Trata-se de uma atitude afectiva, um sentimento de agrado ou desagradado relativo face a algo (Davis et al., 2003).

Um variado número de investigadores assinalam que a relação entre a satisfação profissional e o desempenho dos trabalhadores é mais clara e directa que a relação entre ambiente e desempenho, assinalando que a satisfação é um indicador do desempenho (Kopelman et al., 1990; Parker et al.,

2003; Patterson et al., 2004; Griffith, 2006). Outros porém, encontraram uma relação significativa negativa entre a satisfação profissional e aspectos relacionados com o desempenho, designadamente com o absentismo e a rotatividade no trabalho e significativa positiva com o rendimento e a produtividade (Saari et al., 2004). Por sua vez, Patterson et al. (2004) assinalam que a satisfação profissional relaciona-se mais com o desempenho quando este é medido através de aspectos económicos, sendo a satisfação profissional um indicador deste tipo de desempenho. Salinas et al. (1994) afirmam que os modelos de satisfação, como por exemplo, o modelo de Vroom, enfatizam que os indivíduos estão satisfeitos com o seu trabalho até ao ponto em que este lhes permita obter o que ambicionam e o seu desempenho será eficiente na medida em que este os conduza à satisfação das suas necessidades.

A satisfação no trabalho é importante em qualquer tipo de profissão, não só em termos de bem-estar desejável das pessoas onde quer que trabalhem, mas também em termos de produtividade e qualidade. Desta forma, no nosso caso, a amostra seleccionada de um grupo de profissionais de saúde, enfermeiros, de uma instituição militar, a variável satisfação profissional reveste-se de singular importância no âmbito da qualidade da gestão dos grupos de trabalho e no modo de relacionamento destes profissionais, quer com os colegas, quer com os seus superiores hierárquicos e fundamentalmente com os pacientes.

Face a este enquadramento, o nosso trabalho tem como objectivo verificar se as características pessoais (o sexo, a idade, o estado civil e as habilitações académicas) e as características laborais (local trabalho, horário de trabalho, tipo de horário, tipo de vínculo, responsabilidade de supervisão, funções de gestão, especialidade e tempo de serviço) têm efeitos significativos na satisfação profissional dos enfermeiros militares do Hospital das Forças Armadas.

Este trabalho de investigação por nós realizado está organizado da seguinte forma:

- Parte I – Enquadramento teórico

- Parte II – Estudo empírico

O enquadramento teórico encontra-se subdividido em três capítulos. No primeiro falamos sobre a satisfação profissional, onde após uma abordagem histórica, falamos sobre a motivação e os diversos conceitos relacionados. Analisamos as diversas teorias da satisfação profissional, designadamente a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, a teoria dos dois factores de Herzberg, a teoria das expectativas de Vroom e a teoria da equidade de Lock. Terminamos este capítulo com uma abordagem às determinantes da satisfação no profissional de enfermagem.

No segundo capítulo abordamos os cuidados da enfermagem, desde a qualidade no atendimento até ao trabalho em equipa, passando por temas como as competências do enfermeiro, o objectivo da enfermagem e o compromisso para a valorização da carreira de enfermeiro.

No capítulo terceiro a análise recaiu sobre os Hospitais Militares e a sua cultura organizacional, falamos das instituições e dentro destas abordamos as instituições totais. Terminamos o capítulo com uma análise à origem do Hospital das Forças Armadas e aos hospitais da Marinha, Exército e Força Aérea, cuja extinção deram origem ao actual Hospital das Forças Armadas.

No estudo empírico apresentamos a metodologia aplicada, os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas. Apresentamos a amostra, definimos o instrumento e o procedimento do estudo.

De seguida apresentamos os resultados obtidos. Após a apresentação destes, efectuamos a discussão dos dados, cuja análise foi comparada com a diversa literatura pesquisada.

Encerramos com as conclusões, as limitações e perspectivas de investigação futura.

Capítulo 1 – Satisfação profissional



1. Conceito de satisfação profissional

A satisfação profissional é presentemente um dos assuntos mais pertinentes da psicologia do trabalho e das organizações. As pessoas com conhecimentos nesta vertente asseguram que a satisfação profissional não é um conceito abrangente, isto é, com valor idêntico para todos. Este conceito caminha precisamente em sentido inverso, ou seja, trata-se de um conceito composto por diversos elementos inter-relacionados com a conspexção das pessoas relativamente ao ambiente laboral, às recompensas, à supervisão e às exigências do seu local de trabalho. Genericamente, para cada um destes itens está relacionada uma atitude, que não é mais do que uma propensão, conseguida a partir da experiência, como resposta aos outros indivíduos, às coisas materiais ou às instituições, através de um processo positivo ou negativo.

Os diversos aspectos da satisfação profissional são em particular, atitudes que se enquadram em diversas variáveis, nomeadamente a satisfação profissional no autêntico sentido da palavra; a satisfação com a compensação financeira (vencimento); a satisfação com os colegas de trabalho; a satisfação com os superiores hierárquicos e a satisfação com as promoções e progressões na carreira. A importância dada a cada uma das variáveis expostas vai sendo alterada consoante as mudanças provocadas pelo trabalho. Acontece porém que, na maioria das vezes um indivíduo pode estar plenamente satisfeito com uma das variáveis, mas insatisfeito com uma ou várias das restantes (Robbins, 2004).

A satisfação profissional, também pode ser designada como a atitude do sujeito perante o seu trabalho, os seus pontos de vista edificados na presença da sua evolução pessoal, lucros sociais e remuneratórios, políticas administrativas, relações sociais, desenrolar das tarefas, relações com a autoridade, condições físicas e materiais que facilitam o seu trabalho e conseqüentemente o seu desempenho.

Presentemente as organizações confrontam-se com novos desafios focalizados na satisfação dos seus trabalhadores e dos seus clientes. Por isso,

nada melhor que os seus empregados para formarem um elo de ligação primordial na cadeia da eficiência e da sustentabilidade do actual mercado em permanente evolução e extremamente rigoroso. Para Gomes et al. (2011, p. 243) “A gestão estratégica das organizações e dos seus recursos humanos salienta a vantagem que representa poder contar com pessoas envolvidas, empenhadas e dedicadas, conhecedoras dos objectivos organizacionais e com eles comprometidas, capazes de inovar – não se limitando, por isso, a obedecer, cumprir ou repetir – que estejam dispostas a dar o seu melhor e a fazer uso dos seus conhecimentos e das suas competências, contribuindo assim para o êxito e por esse mesmo êxito sendo reconhecidas e recompensadas”.

Locke (1976) estabelece que a satisfação profissional é o resultado da disparidade entre o que o indivíduo quer realmente do seu trabalho e o que ele efectivamente consegue, intercedida pela relevância que ele lhe confere. Assim, quanto menor for a diferença entre o que quer e o que tem, maior será a sua satisfação.

Existem situações no trabalho e na sua conjuntura que são decisivas e podem afectar a satisfação profissional. Os indivíduos dão primazia aos postos de trabalho que lhes permitam aplicar as suas aptidões e as suas capacidades e que lhes dêem uma substancial variedade de tarefas, liberdade de acção e que lhes permitam um retorno favorável, traduzido em políticas de promoção justas, novos e melhores sistemas remuneratórios, coerentes com as suas expectativas. Nesta envolvente não podemos, contudo, esquecer o ambiente de trabalho, na sua componente de bem-estar pessoal e na capacidade de propiciar a execução de um trabalho favorável.

Medir a satisfação profissional é uma tarefa complexa. Ao longo dos anos, diversos investigadores desenvolveram diferentes métodos para a avaliar. Assim, todos os métodos elaborados têm em comum o fato de serem efectuados de forma indirecta, uma vez que a satisfação profissional só se pode deduzir racionalmente, porque é algo que não tem existência física e é pessoal. Dos diversos métodos ressaltam a observação do comportamento dos trabalhadores, as entrevistas aos empregados e os questionários sobre

satisfação profissional. Dos métodos descritos, os questionários escritos são os mais fiáveis e os mais económicos.

Na essência da satisfação ou da insatisfação profissional encontramos dois factores, os internos e os externos. Os factores internos assentam nas necessidades básicas do indivíduo, relacionadas frequentemente com o interesse pelo trabalho, o estímulo moral, as oportunidades de aceder a lugares superiores na hierarquia da empresa, as condições de trabalho, a comunicação e o horário de trabalho. Os factores externos são os factores que regulam as empresas entre si, ou seja, a capacidade que elas possuem em proporcionar aos seus trabalhadores melhores salários e melhores condições laborais.

A satisfação no trabalho na área da enfermagem representa um estímulo profissional e pessoal. No vector profissional implica enorme aquisição de conhecimentos técnicos e profissionais para actuar em situações de elevado risco, que têm a faculdade de limitar a diferença entre a vida e a morte do doente. Na vertente pessoal o seu trabalho envolve um compromisso permanente de superação, entrega e dedicação. Embora este trabalho proporcione de forma contínua um crescimento na vertente pessoal e profissional dos enfermeiros, acarretando elevados padrões de satisfação profissional, pode também trazer enormes riscos, que se traduzem geralmente em acidentes e doenças e que conduzem a uma progressiva insatisfação no trabalho (Chiavenato, 2008).

Subsiste a noção de que os enfermeiros que trabalham em serviços em que existe um acumulado de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos que prejudicam ou impedem a realização normal do trabalho, onde a cada instante tomam decisões que determinam a vida ou a morte dos pacientes, estão mais satisfeitos com o trabalho do que aqueles que trabalham em serviços rotineiros. Porém, não há dados empíricos que corroborem esta percepção, uma vez que neste tipo de serviços, especialmente nos serviços de cirurgia, percebemos por vezes algumas reclamações referentes a salários, à atitude dos dirigentes, aspectos laborais, ambiente estrutural circundante, colegas de trabalho, actividades que realizam e não lhes competem, trabalho em demasia, entre outras (Guillén, 2006).

A satisfação no trabalho remete para os sentimentos dos enfermeiros relativamente à sua vida profissional. Diversos estudos demonstraram que a degradação da satisfação no trabalho dos enfermeiros é a principal determinante do nível de satisfação geral dos pacientes. A satisfação no trabalho depende estritamente das condições socioeconómicas que regem a existência ou não de ambientes de trabalho adequados, como tal é uma variável difícil de calcular.

A satisfação no trabalho é vista como uma atitude que tem uma forte componente afectiva. As atitudes surgem como conexões entre objectos e o desenvolvimento progressivo dos indivíduos relativamente ao seu meio ambiente, o seu acordo com os modos de proceder calculados e, em último recurso, a sua conduta. As atitudes são determinadas igualmente, como contextos antecipados do comportamento e são compostas por três constituintes, a componente cognitiva assente nas crenças e opiniões, a componente afectiva com base nas emoções e sentimentos e a componente comportamental que designa o propósito do individuo proceder de determinada maneira.

Diversos estudos indicam que os enfermeiros preferem fixar-se na região onde se formaram (Baumann et al., 2006), contudo não vêem problemas na alteração de residência se as condições de emprego não tiverem correspondência com as suas exigências pessoais e profissionais. A razão principal apontada para os fluxos de emigração nos diversos países são as remunerações baixas. Os estudos provam ainda que, nos países desenvolvidos o aspecto financeiro pode converte-se num elemento crítico na carência de outras fontes de satisfação (Weisman et al., 1985).

A satisfação dos enfermeiros depende igualmente de outros factores gerais, particularmente das medidas de apoio governamental, infra-estruturas físicas e nível de compromisso das entidades empregadores em benefício da profissão.

Zurn et al. (2005) assinalam que, após interrogarem diversos trabalhadores londrinos na área da saúde sobre diferentes medidas propostas

para melhorar a sua vida no trabalho, estes apontam como quarta preferência o salário mais elevado, logo atrás do reforço de efectivos, melhores condições de trabalho e da modernização das instalações de saúde. Não deixa de ser um factor preponderante a questão salarial, nomeadamente para os indivíduos que estão a pensar abandonar o sistema de saúde, uma vez que para estes o indicador salário se torna fundamental numa perspectiva de reforma, mesmo assim, este indicador é apontado por estas pessoas como segunda ou terceira prioridade (Pearson et al., 2004).

Relativamente ao recrutamento e à fidelização de enfermeiros e as questões de motivação, um estudo publicado no quadro de projecto do Estado francês relativamente à mão de obra na área da enfermagem (Zurn et al., 2005) relatam a existência de uma ligação empírica entre a satisfação no trabalho, falta de motivação e intenção de demissão. A falta de satisfação no trabalho é um fenómeno preocupante na maioria dos países pobres. Schwabe et al. (2004) demonstraram que cerca de 40% dos enfermeiros no Lesoto não estão satisfeitos com o seu trabalho actual, contudo estes indicadores variam consoante a área onde desempenham a sua função, ou seja, os números passam para o dobro relativamente aos enfermeiros que trabalham na área de saúde mental.

Segundo o mesmo estudo, os principais factores apontados para a insatisfação no trabalho são os salários e as precárias condições de trabalho, nomeadamente relacionados com problemas materiais, ou seja a falta de equipamentos.

As qualificações precárias ou a falta de formação específica para o cargo são igualmente apontadas como factores problemáticos. Estas conclusões foram certificadas em mais cinco países africanos, onde a satisfação demasiado baixa no trabalho provocou a saída de muitos profissionais de saúde para o estrangeiro (Awases et al., 2004).

O desempenho de um trabalhador depende claramente da sua motivação, que o encoraja a vir trabalhar regularmente de forma activa e expedita, a manter-se flexível e a desempenhar as tarefas essenciais. Porém, a

motivação afecta simplesmente os aspectos relacionados com o desempenho que dependem directamente dele. Ou seja, se uma organização não é capaz de proporcionar-lhe os equipamentos indispensáveis, os trabalhadores não desempenharão as suas tarefas eficientemente, não por sua culpa, mas por razões análogas à sua vontade.

As necessidades institucionais relativamente aos recursos humanos e materiais, de fornecimento e de manutenção dos equipamentos originam uma deterioração gradual dos serviços de saúde, particularmente dos serviços estatais e criam insatisfação no trabalho. Assim, encontramos em diversos países o abandono da profissão por parte dos enfermeiros em diferentes hospitais. Anselmo et al. (1997) referem que no Hospital de Ribeirão Preto, no Brasil em 1990, todos os trabalhadores da área de saúde demissionários contestaram as suas condições de trabalho, principalmente os salários e regalias sociais, o excesso de trabalho, os horários e o trabalho por turnos. Resultados idênticos sobressaem num outro estudo realizado na Colômbia (Correa et al., 2001).

Revela-se portanto que o rendimento dos profissionais de saúde não depende única e exclusivamente da sua motivação pessoal. O seu rendimento também está relacionado com a sua formação e a sua preparação para o trabalho que têm que desenvolver, os quais estão sujeitos à aplicação de políticas de recrutamento e emprego apropriadas. Os profissionais de saúde devem também ser providos de meios materiais e técnicos para cumprir as suas tarefas diárias, bem como dos medicamentos necessários para cumprir plenamente a sua missão.

A motivação não é sinónimo nem resultado do desempenho, e este último não é determinado de modo inequívoco pela motivação (Kanfer et al., 1999). A motivação exerce influência naturalmente sobre o desempenho, mas o desempenho depende igualmente das infra-estruturas e das condições técnicas e materiais em geral.

1.1. Motivação profissional – Satisfação profissional

Entender a motivação para o trabalho ajuda a explicar porque é que o indivíduo dirige as suas capacidades físicas e o seu vigor numa dada direcção e exterioriza certos padrões de comportamento e reacção no âmbito da organização do trabalho. Contudo não podemos esquecer, como assinala Weinert (1985, p. 272), que a “motivação não é a única determinante do rendimento laboral e da atitude no trabalho uma vez que existem outras variáveis, designadamente o esforço, a aptidão, as expectativas, os valores e experiencias anteriores, que são características individuais, assim como existem determinadas variáveis da organização, nomeadamente a estrutura, o nível, o campo de acção, o posto de trabalho, a tecnologia, o estilo de direcção e grupo de trabalho, que exercem influencia sobre o comportamento do indivíduo na procura do seu objectivo laboral e circunscrevem a energia aplicada na consecução do rendimento do trabalho, o que dará lugar por sua vez às recompensas e retribuições financeiras e não financeiras esperadas e por fim a satisfação no trabalho”.

Nuttin (1980) considera que a motivação é uma energia que age sobre um sujeito e o coloca em movimento; é uma energia que ao libertar-se põe a máquina a funcionar, a motivação é uma tensão afectiva, todo o sentimento susceptível de desencadear e de sustentar uma acção em direcção a um objectivo, ou seja, podemos afirmar que a motivação é uma força que desencadeia e orienta um organismo para a acção.

A motivação é definida, frequentemente, como um impulso que parte do organismo, como uma atracção que emana do objecto e atua sobre o indivíduo. Os psicólogos consideram-na um processo dinâmico de relação do sujeito com o mundo, ou seja, leva o indivíduo a iniciar uma acção, a encaminha-la em função dos seus objectivos, a decidir o seu prosseguimento e o seu término (Ausubel, 1980).

A motivação diz respeito à direcção activa de comportamento em relação a determinadas categorias preferenciais de situações ou objectos Young (1961). (Cofer e Appley, 1990) consideram a motivação como um

processo que faz despertar a acção, mantendo a actividade em progresso e regula o padrão de actividade

Os comportamentos intrinsecamente motivados, longe de serem triviais e carentes de importância, incentivam o indivíduo a procurar novidades e a enfrentar desafios, fazendo assim cumprir importantes necessidades psicológicas. A motivação intrínseca empurra o indivíduo a querer superar os desafios e a aquisição de domínios fazem com que o indivíduo tenha maior capacidade de adaptar-se aos desafios e curiosidades do meio ambiente (Reeve, 1996).

Há duas maneiras de desfrutar de uma actividade, extrinsecamente e intrinsecamente. As pessoas extrinsecamente motivadas atuam para conseguir elementos motivadores tais como: dinheiro, elogios, reconhecimento social. As pessoas intrinsecamente motivadas realizam as actividades por puro prazer (idem).

Segundo Pinder (1998) a motivação assenta em quatro características de comportamento: forma, direcção, intensidade e persistência. A forma é o conjunto de necessidades, impulsos, instintos e factores externos que normalmente são estudados na pesquisa sobre a motivação, e que por vezes é denominado de activação. A direcção está relacionada com actividades laborais para a qual o trabalhador direcciona a sua energia, refere-se exactamente, a quais comportamentos e qual o nível de compromisso. A intensidade relaciona-se com a quantidade de motivação que o indivíduo desenvolve durante uma actividade, que é variável em função do entusiasmo que coloca no seu desempenho, trata-se pois, de quantificar a capacidade psicológica e/ou física dedicada a um determinado comportamento. A persistência relaciona-se com a manutenção da energia ao longo do tempo, ou seja, quanto tempo mantém a intensidade e a direcção (Borba, 2011).

A motivação é a força que nos move a fazer as coisas. Estamos motivados quando estamos dispostos a fazer algo e, assim, somos capazes de perseverar no esforço e tempo necessários para atingir a meta que estabelecemos para nós mesmos.

Se nos movemos para o contexto organizacional e, considerando o carácter intencional do comportamento humano, parece bastante claro que as atitudes, percepções, expectativas e representações que os próprios indivíduos têm de si mesmos, assim como, as tarefas a realizar e as metas que pretende alcançar, constituem factores de primeira ordem que guiam e orientam o seu comportamento. Se nos movemos para o contexto organizacional e, considerando o carácter intencional do comportamento humano, parece bastante claro que as atitudes, percepções, expectativas e representações que os próprios indivíduos têm de si mesmos, assim como, as tarefas a realizar e as metas que pretende alcançar, constituem factores de primeira ordem que guiam e orientam o seu comportamento.

No entanto, para analisar a motivação no trabalho, devemos ter em conta que a satisfação laboral obedece a três pontos (Seashore e Taber (1975):

1. A satisfação laboral é um produto valioso da sociedade. Se houver um "produto nacional bruto psicológico" o nível de satisfação laboral das pessoas constitui uma parte importante dele.
2. A satisfação laboral é um indicador de alerta, antecipado, de uma organização. Se a satisfação laboral das pessoas for testada, constantemente, a organização será capaz de realizar os ajustes apropriados para um plano ou políticas inadequadas.
3. A satisfação laboral pode servir como um indicador de comportamento organizacional ou como uma referência para os planos futuros.

Já na opinião de Herzberg (cit. in Stoner e Freeman, 1995) os factores responsáveis pela satisfação, em geral, são diferentes dos factores da satisfação profissional.

2. Abordagem histórica

A profissão de prestador de cuidados de saúde surgiu no século XII, mas é na transição do século XIX para o século XX que o termo do enfermeiro propriamente dito é oficialmente adoptado.

Com a finalidade de melhor compreendermos a posição que ocupa, actualmente, os enfermeiros procedemos à consulta de determinadas obras que descrevem a evolução da profissão ao longo dos tempos. Como refere Rodrigues (1999, p. 5) “o estudo do processo histórico de desenvolvimento das profissões em cada contexto nacional é fundamental para a compreensão da estrutura e formas de organização com que os grupos se apresentam na actualidade, porque, por um lado, é nele que se encontram os mecanismos particulares da institucionalização do grupo ocupacional e, por outro lado, também permite explicitar o enquadramento político, económico e social em que o processo se desenrola”.

A assistência e os cuidados na saúde estiveram sempre presentes no decurso da história da sociedade, na sua edificação e no seu crescimento. Porém, segundo Foucault (1978) até ao século XVIII o hospital era fundamentalmente uma instituição de assistência aos pobres, mas ao mesmo tempo era uma instituição de separação e exclusão. O pobre, como tal, necessitava de assistência e como paciente, era portador de doenças e possível difusor destas. Resumindo, era perigoso. Daí a necessidade da existência do hospital, tanto para recolhe-lo como para proteger os demais contra o perigo que ele envolvia. Até ao século XVIII a personagem principal do hospital não era o doente que tinha de ser tratado mas o pobre que estava já moribundo.

Em França, até ao final do século XIX, as ordens religiosas exerciam na íntegra toda a espécie de cuidados, nomeadamente, os que estavam relacionados com a assistência na saúde. Contudo, essa supremacia em meados do século XIX é colocada em causa por diferentes sectores da sociedade. Despontam assim, dois factores preponderantes que explicam a mudança de paradigma que a profissão de enfermeiro conheceu nesta época.

Um dos factores, segundo Knibiehler (1984, p. 41) “é o surgimento da República. Por um lado porque combater as doenças e propagar a saúde, é um objectivo extremamente atraente, convertendo-se este objectivo numa tarefa que agrada a um grande número de pessoas”; por outro, porque um relevante número de republicanos não aceita o obscurantismo das religiosas, uma vez que consideram que não é compatível a prática religiosa com os processos preventivos de defesa contra agentes de infecção, assepsias, já que na sua prática, as religiosas, censuram, e recusam-se a prestar cuidados de saúde, nomeadamente, aos portadores de doenças venéreas e às mães solteiras.

O segundo factor está relacionado com os avanços da medicina e das técnicas médicas, em particular com as descobertas de Pasteur. Estes avanços implicam novas práticas de higiene e de esterilização realizados pelas assistentes de cuidados de saúde, tornando-se necessário formar enfermeiros hospitalares com a finalidade de auxiliar os médicos a desenvolver e a aplicar a sua própria competência, uma vez que as religiosas se mostravam renitentes em aplicar e reconhecer os novos cuidados de saúde. Segundo Chamboredon (2010, p. 3) “entre as principais descobertas, as de Louis Pasteur (1854-1905), da assepsia e anti-assepsia, no final do século XIX, levaram ao desenvolvimento duma política de higiene social, de prevenção de doenças e a uma reorganização do hospital, quer no seu modo de funcionamento quer no seu aspecto arquitectónico. Esta evolução da concepção dos hospitais alterou-lhes o estatuto de local de caridade para unidade de saúde”.

A prática da saúde, outrora contemplativa e sacerdotal, passa a ser respeitada e vista como um benefício nesta nova fase, alicerçando-se fundamentalmente na experiência, no entendimento da natureza, no argumento racional, que provoca uma relação de causa e efeito relativamente às doenças, baseia-se ainda na indagação intelectual alheia à experiência, apoiada numa investigação que goza de liberdade total e na observação de fenómenos, limitada na sua essência pela ausência de conhecimentos anatomofisiológicos.

Com base nestes pressupostos traça-se o perfil do enfermeiro, que segundo um discurso de distribuição de prémios de 1905, citado por Chamboredon (2010, p. 4) afirma que “a enfermeira ideal é apresentada pelo

médico – sendo escolhida sempre que possível entre as corajosas filhas do povo que, pela sua inteligência e pela sua energia, chegaram para se instruir (...) Nós gostaríamos que fossem casadas e mães de família, porque é necessário delicadeza de sentimento com os doentes e com as crianças, sentimento que floresce completamente no coração das mães (...) Esta enfermeira, plebeia de origem, será desprovida de arrogância e desdém, deverá fazer-se respeitar sem contudo ser odiada”. Verifica-se neste relato da época, que a imagem da enfermeira está marcada pela essência da mulher francesa da altura, ou seja submissa, com aptidão para a limpeza e dedicada.

Em Inglaterra, o início da revolução industrial caracterizou-se pelo crescimento das indústrias têxteis e de equipamentos que contribuíram significativamente para melhorar as condições de vida das cidades inglesas, despontando nas suas ruas, novas infra-estruturas, tais como, a água canalizada, o saneamento, o abastecimento de gaz e a iluminação. A este aumento do nível das condições de vida acresce-se a ampliação da rede de transportes e o conseqüente incremento da intensidade e da velocidade das comunicações aliado ao decréscimo das taxas de analfabetismo.

Embora a melhoria das condições de trabalho e o aumento dos salários contribuíssem manifestamente para o bem-estar e a saúde em geral da classe trabalhadora, estas pessoas construíram as suas casas, geralmente, pequenas e habitadas por um grande número de elementos, em volta das fábricas onde trabalhavam e nas áreas limítrofes das cidades, não seguindo, na maioria das vezes, as condições mínimas de salubridade. Foi neste ambiente de ausência de hábitos de higiene que despontaram e se alteraram os conceitos das enfermarias. Neste contexto, surgiu Florence Nightingale (1820 – 1910), uma mulher talentosa, dotada de uma mentalidade científica e de uma coragem extraordinárias, tornando-se uma das grandes responsáveis pelas alterações implementadas. Para Nightingale o que qualifica a profissão de enfermeiro é ter um saber particular e ferramentas capazes que lhe permitam cumprir as suas funções livremente, com competência e responsabilidade. O principal conceito da enfermagem é colocar o paciente na melhor condição para a natureza agir (Nightingale, 1980).

Nightingale nasceu em Florença, no seio de uma família inglesa abastada. Cresceu em Inglaterra, onde recebeu formação científica em diferentes áreas, nomeadamente literatura, filosofia, teologia, história, economia, política e ciências. Dominava vários idiomas, entre eles o francês, o italiano e o alemão, exerceu durante anos como professora de matemática.

Contrariando a posição dos seus pais e familiares, devido às condições dos hospitais e ao descrédito da profissão de enfermeira na época, dedicou-se à enfermagem.

Em meados do século XIX, com o início da Guerra da Crimeia (1853 – 1856) parte com a expedição onde criou, liderou e financiou de alguma forma, um pequeno grupo de enfermeiros, os “*War Office*”. Segundo Nightingale (2001, p. 28) “Depois de muitas escaramuças com o Ministério da Guerra foi designada para chefiar os serviços de enfermagem dos hospitais em ambos os lugares. Quando chegaram a Scutari, as enfermeiras encontraram o Exército tremendamente mal equipado em termos médicos e carentes de todo o tipo de material, incluindo alimentos e roupa das camas. (...) O quartel dado aos britânicos pelo governo turco para o seu hospital em Scutari tinha sido construído sobre um enorme esgoto. Não tinha sistema de ventilação e o espaço disponível para cada paciente era $\frac{1}{4}$ do normal”. Através das suas viagens pelo mundo, conheceu e estudou várias instituições de saúde, bem como, a formação das enfermeiras das ordens religiosas. Em 1853, antes de partir para a Guerra da Crimeia, estudou enfermagem, nas Irmãs da Caridade da Casa de Providence em Paris. Segundo Nightingale (2001, p. 29) “paradoxalmente, tinha originalmente ido para a Crimeia para «seguir o exemplo» das irmãs da Caridade Francesa, então considerado o modelo, a partir de então, ela passou a considerar os seus padrões de enfermagem abomináveis”. No final da guerra, foi considerada heroína pelos londrinos que lhe ofereceram um donativo de 50 mil libras. Este prémio foi empregue por Nightingale para criar uma fundação que mais tarde, em 1860, criou uma escola de formação de enfermeiros, como instituição educativa independente, no St. Thomas Hospital de Londres, onde se desenvolveu o primeiro programa de estudos organizados a Nightingale Training School of Nurses.

Nightingale usufruiu ao longo destes anos, do estatuto de referência, pelos seus tributos, não só nas áreas do conhecimento, educação e práticas de enfermagem, mas também nas reformas dos cuidados de saúde. Foi pioneira na aplicação da estatística, que considerava essencial para entender os problemas sociais e para justificar as suas conclusões na área da saúde e na aplicação da epidemiologia, dominando as técnicas da ocorrência, da distribuição e do controlo das doenças epidémicas. Contribuiu também para a organizar, ensinar e escrever sobre a enfermagem.

No século XIX surgiram duas correntes bem distintas que sugerem por um lado, a manutenção da enfermagem no interior do sistema religioso e por outro incorpora-la dentro de um regime organizado, pago e sustentado pela autoridade civil. Foi com Florence Nightingale que se encerrou o capítulo da enfermagem baseada na experiência vulgar, sem método nem racionalidade, sem organização e executada por predestinados. Através do seu estatuto económico e social, a sua relevância em transformar os cuidados hospitalares e a sua aptidão como gestora, mantendo-se em permanente contacto com outros investigadores da enfermagem moderna na Europa, criou em 1860 uma escola onde ensinava o conjunto das técnicas de enfermagem. Assinala-se porém que, apesar destes progressos relevantes, o exemplo de Nightingale na formação de futuras enfermeiras, tinha subentendido uma obediência imperiosa ao médico e um cuidado altruísta de uma mãe para com o doente. Segundo Medina Moya (2005, p. 119) “a mentalidade de servilismo ou de submissão, as tarefas que os enfermeiros realizam não são respostas espontâneas e biologicamente femininas às necessidades humanas das pessoas que cuidam ou à superioridade técnica masculina que os médicos possuem. São, na realidade, o resultado de um sistema, de uma instituição, que apoia abertamente a separação entre cuidar e curar, ao mesmo tempo que, de maneira encoberta, se apoia nas enfermeiras para preencher o vazio entre ambas”.

Nos Estados Unidos da América existem relatos da existência de um hospital em 1658 criado por colonos holandeses em Nova Iorque que funcionava como asilo. Em 1731, em Filadélfia era criada uma instituição que recebia doentes, órfãos e pobres. Ambas as instituições possuíam enfermaria,

embora estas fossem dirigidas por pessoas sem qualquer preparação prévia para praticar cuidados de saúde.

Em 1771, os americanos começaram a perceber e a sentir a necessidade de preparar o pessoal que trabalhava nos hospitais e iniciam cursos de curta duração, dirigidos por médicos, onde se destaca Valentín Seaman, no hospital de Nova Iorque. Nestes cursos são versadas as disciplinas de anatomia, fisiologia, pediatria e obstetrícia. São ministrados cursos similares em Filadélfia no ano de 1861. De acordo com Paixão (1979, p. 76) “A primeira tentativa de preparar enfermeiras foi feita pelo New York Hospital. Como era natural os cursos consistiam em limitado número de aulas sobre Anatomia, Fisiologia, Pediatria e, principalmente, Obstetrícia. Foi o Dr. Valentim Seaman o iniciador destes cursos”.

As primeiras enfermeiras graduadas surgem nos EUA, em 1873, provenientes de cursos diversos com diferentes características educativas. Nestes anos da curta história da enfermagem americana, isto é, entre 1727 e 1849, a direcção dos hospitais está nas mãos de instituições católicas, particularmente, auxiliadas pelas Irmãs de Santa Cruz e as Irmãs da Caridade. Estas ordens religiosas exerciam enfermagem com base no modelo de Nightingale e criaram escolas para difundir a formação de cuidados médicos a diversas pessoas de modo a ficarem habilitadas nesta área.

Os anos entre 1861 e 1865 são marcados pela Guerra Civil. Durante este período desponta, naturalmente, um desmedido número de doentes e feridos que recorrem às enfermarias existentes provocando o caos no sistema. Como forma de dar resposta a esta situação surgem, nos EUA, as primeiras enfermarias militares. A Guerra Civil Americana despertou o desenvolvimento da enfermagem nos EUA. Clara Barton tratou soldados, cuidou dos seus ferimentos e resolveu as suas carências básicas, por vezes dando-lhes conforto na hora da sua morte. A Cruz Vermelha Americana, por si fundada, só viria a ser reconhecida pelo Congresso 10 anos após a Guerra. Outras enfermeiras que influenciaram a enfermagem no decurso da Guerra Civil Americana foram Dorothea Lynde Dix, Mary Ann Ball (Madre Bickerdyke) e Harriet Tubman (Donahue, 2011).

A primeira escola moderna de enfermagem surge como resposta à necessidade de ampliar as condições do hospital de Nova Iorque. Uma comissão de mulheres preocupada com as condições dos hospitais e dos carenciados comprova a deficiente situação e procuram a assistência de Florence Nightingale. Recolhem fundos e fundam uma escola, em 1873, com o apoio de enfermeiras graduadas em Londres. As suas acções são particularmente dirigidas para as escolas de preparação profissional do Hospital de Nova Iorque e dos hospitais de Massachusetts, Boston e Filadélfia. Segundo Paixão (1979, p. 76) “No Hospital Nova Inglaterra diplomou-se uma primeira turma em 1873, distinguindo-se nela Linda Richards, considerada a primeira enfermeira dos Estados Unidos”.

Em 1879, surge a primeira escola profissional para enfermeiras negras em Atlanta, na Geórgia, uma vez que a discriminação racial que imperava nos EUA não permitia, nem dava oportunidade de formação a pessoas de raça negra noutras escolas.

Entre os anos de 1873 e 1891, nos EUA, existem cerca de 17 escolas de formação na área de enfermagem profissional, que seguem os padrões das escolas europeias fundadas por Nightingale.

Embora o primeiro texto, de origem americana, para estudantes de enfermagem tenha surgido em 1873, só em 1885 é que é publicado o primeiro artigo por Clara Weeks Shaw. A primeira revista americana sobre enfermagem, a *The Trained Nurse and Hospital Review* surgiu em 1888. Consideramos, também outros factos relevantes na formação de enfermeiros americanos, sobretudo, a criação em 1882 da Cruz Vermelha Americana, que contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem, a fundação da National League for Nursing Education (NLN) em 1893 e a primeira edição do *American Journal of Nursing*, em 1890, fonte de referência mundial na área da enfermagem da actualidade. Segundo Collière, citado por Mendes (1997, p. 7) “os efeitos das descobertas do fim do séc. XIX, no domínio da física e da química, ao aplicarem-se à medicina permitem a evolução desta em processos mais complexos de diagnosticar e de tratar as doenças. Foi a partir daqui que a concepção dos cuidados se modificou radicalmente, dada a necessidade dos

médicos passarem a delegar tarefas que habitualmente executavam. A delegação dessas tarefas caiu na enfermeira que adquire a partir dessa altura o papel de auxiliar do médico”.

O grande desenvolvimento das instituições formadoras de pessoal de enfermagem nos diversos Estados americanos acontece no período que medeia os anos de 1884 e 1891. A eclosão de escolas de enfermagem, bem como as de medicina, contribuem e alertam para a necessidade de efectuar reformas nos centros educativos de modo a normalizar o ensino. Os primeiros passos são dados nas escolas de medicina através de associações vocacionadas para esta área, com apoio financeiro da Fundação Rockefeller. Em 1901, é criado o Rockefeller Institute for Medical Research, orientado numa primeira fase para o apoio à investigação médica nacional e anos mais tarde ampliaria os seus apoios a instituições internacionais. Os estudos das escolas de medicina apontam com finalidade a elevação e a uniformização do seu funcionamento.

O relatório de Abraham Flexner enumeras escolas dos EUA e do Canadá que são obrigadas a encerrar por não cumprirem os requisitos estipulados no referido estudo. Na realidade, as duas instituições que regulam a formação médica são o Rockefeller Institute for Medical Research e a Fundation Carnegie, sendo o estudo financiado por esta última.

Fenómeno idêntico ao dos centros de ensino médico ocorre no âmbito da enfermagem. Embora existisse um grande mérito pelo aumento de escolas, os níveis de preparação, pese os esforços por melhorar e iniciar em todas as escolas na área da saúde pública, eram muito diferentes. Como o Canadá possuía pessoal credenciado e muito competente na área da enfermagem domiciliária e de saúde pública, em 1902, os Estados Unidos recrutam especialistas canadianos para apoiarem as escolas de enfermagem de Nova Iorque em distintas tarefas e em determinadas decisões relativamente à saúde pública.

A enfermagem sofreu um grande desenvolvimento nos hospitais americanos no final do século XIX. Contudo, nas comunidades a sua evolução

não foi proporcional. O seu incremento só se tornou significativo a partir de 1893, quando Lilian Wald e Mary Brewster inauguraram o Henry Street Settement¹ com a finalidade de responder às carências de saúde das crianças e das famílias pobres que viviam na cidade de Nova Iorque. As enfermeiras que desenvolviam a sua actividade nestas instituições foram pioneiras a manifestar autonomia no exercício profissional, isto porque eram-lhes colocadas situações que impunham decisão instantânea, inovadora e resposta célere, bem como raciocínio crítico, sem a monitorização ou orientação de outro profissional de saúde.

Para Donahue, citado por Potter et al. (2013, p.60) “No início do século XX crescia um movimento cujo objectivo era desenvolver um corpo de conhecimentos e práticas científicas baseadas em pesquisas. As enfermeiras passaram a assumir papéis mais abrangentes e avançados nesse processo. Mary Adelaide Nutting foi uma pessoa essencial para a inserção da educação em enfermagem nas universidades. Ela tornou-se a primeira professora de enfermagem na Columbia University Teachers College, em 1906”.

O século XX ficou marcado por um período de guerra total. A 1.^a e a 2.^a Guerra Mundial estão fortemente envolvidas na mobilização de grande parte da população civil no esforço de guerra. Os anos da guerra marcam profundamente a imagem dos enfermeiros, conforme descrevem as palavras de um enfermeiro nascido durante a guerra e descritas por Knibiehler et al. (1984, p.9) “os meus primeiros anos marcaram verdadeiramente a minha orientação: os adultos falavam imenso da guerra, dos feridos, dos cuidados de saúde, dos hospitais. Enfermeiros e militares estavam no centro de todas as conversas”.

Os primeiros tempos da 1.^a Grande Guerra caracterizam-se por uma mobilização acentuada de mulheres. O sacrifício destas heroínas é, no entanto, acompanhada por muita improvisação e incerteza, o seu trabalho é realizado em enfermarias criadas e montadas, na retaguarda das linhas de combate. Depois de 1915, a criação de uma cirurgia de urgência torna-se necessária na linha da frente, o que implica uma mudança no estatuto dos enfermeiros. Estes,

¹ Disponível na Internet: <URL: <http://www.henrystreet.org/about/history/>. [Consult. 01 de MAR. 2015]

na opinião de Knibiehler et al. (1984, p.91) “vão ao encontro destas missões, perigosas, onde é levada ao limite a justificação para o seu envolvimento”.

O padrão ideal do enfermeiro que persiste durante a guerra é o do enfermeiro da Cruz Vermelha que na consciência das pessoas reproduz a amenidade e a entrega, o voluntariado, a obediência e a disciplina militar e uma proficiência circunscrita ao papel de auxiliar. De acordo com Porto et al. (2013, p. 21) “Nos desenhos e caricaturas veiculadas na imprensa, foi possível localizar uma mulher com um ferido nos braços, sendo uma representação que circulou nas páginas da imprensa ilustrada no período da I Guerra Mundial. Trata-se de uma figura feminina, trajando braçal com o símbolo da cruz”.

A 1.^a Guerra Mundial permitiu de certa forma ao enfermeiro aproximar-se do modelo descrito para o assistente de cuidados de saúde descrito nos manuais a partir do início do século XX. Conforme sublinha Rodrigues (2012, p. 3) “ressalta ainda com clareza as obrigações dos enfermeiros obedecerem às ordens dos seus superiores, cumprirem fielmente as prescrições médicas e cuidarem dos doentes com virtude cristã e caridade”. Apesar de tudo, a guerra fez aquilo que durante um século e apesar dos esforços nesse sentido não foram capazes de realizar, ou seja, foi capaz de dar impulso à honorabilidade da função do enfermeiro.

A 2.^a Guerra Mundial marca o início da autonomia dos enfermeiros em relação aos médicos. Com efeito, as novas terapêuticas desenvolvidas, nomeadamente o advento dos antibióticos e exames biológicos, e a sua generalização gradual, o incremento dos gestos técnicos, tais como injeções intravenosas, sondas e colheitas de sangue, alcançaram uma extensão de tal ordem que os médicos chegaram ao ponto de não poderem assumi-los sozinhos.

Nos melhores e mais desenvolvidos hospitais, os enfermeiros vão gradualmente definindo as suas práticas, que contingentemente vão sendo codificadas como desígnios de enfermagem, que transmitem ao enfermeiro maior auto-estima e uma elevada pretensão.

Embora a primeira metade do século XX marque uma clara evolução nos procedimentos e princípios da enfermagem em geral, para Knibiehler et al. (1984, p.131) “a profissão de enfermeiro continua a ser uma doutrina em busca da perfeição moral fundamentada na disciplina espiritual rigorosa e no controlo do corpo e das suas exigências pessoais em vez de evoluir para uma função social”. Contudo é inquestionável que a enfermagem adquiriu maior relevância com a 2.^a Guerra Mundial, ao ponto de podermos afirmar que a enfermagem saiu do conflito valorizada como profissão.

Como resultado desta crise as pessoas encararam as suas próprias habilidades e expedientes, ajudando-as a alcançar maiores cotas de crescimento, isto é, as consequências de uma crise não são sempre negativas, podem revelar-se num momento para que as pessoas adquiram maior confiança, aperfeiçoem recursos e, como resultado obtenham um efeito positivo da crise. Quando uma pessoa está numa situação de crise, passa por uma série de etapas que é necessário conhecer, para poder recordar e contribuir para que se desenvolvam nas melhores condições.

A década de 50 distingue-se por uma mudança considerável, do ponto de vista científico na área da enfermagem. Esta alteração é o reflexo da concretização de múltiplos estudos que foram favorecidos graças ao desenvolvimento de programas de enfermagem que culminavam em projectos de investigação como requisito para a obtenção da graduação. Em 1954, na Universidade de Pittsburg nos Estados Unidos, inicia-se um doutoramento na área da medicina destinado aos enfermeiros. Dá-se, assim, um importante passo nesta área, uma vez que, embora existissem enfermeiros com doutoramentos, estes aconteciam noutros cursos, nomeadamente, na administração e na educação, mas não na sua própria área. O apoio contínuo que se dava à investigação reflectia-se na quantidade de artigos publicados em revistas da especialidade, com o conseqüente aparecimento de novas edições. Em 1952, surge a Nursing Research, como órgão de divulgação das investigações efectuadas e um ano depois surge a Nursing Outlook dirigida, essencialmente, à educação e formação das enfermeiras.

Até ao final dos anos 60, na Europa, a multiplicidade do processo de selecção atrasou o advento duma consciência colectiva profissional. Consequentemente, a disparidade da sociedade da época reflectia-se no interesse dos responsáveis pela aplicação dos cuidados de saúde. Esse conflito de interesses transparecia entre as religiosas a par dos enfermeiros oriundos das classes favorecidas formadas pela Cruz Vermelha ou por escolas privadas e os enfermeiros formados nas escolas públicas.

Actualmente, a enfermagem responde com uma linguagem própria, realiza diagnósticos, planifica e prescreve, está presente e determina o valor dos resultados que se evidenciam na enfermagem. Para além disso os enfermeiros também leccionam nas escolas superiores de enfermagem, investigam e publicam artigos científicos nas diferentes áreas da enfermagem. Contudo, este trabalho não é um produto acabado, pelo que os profissionais de saúde devem continuar a investir na sua qualificação profissional.

Em Portugal existem relatos da actividade na área da enfermagem desde a fundação da nossa nacionalidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 4) “existem referências à existência de enfermeiros em Portugal numa data que antecede em 23 anos a formação do próprio país (1143), ou seja, em 1120. Nessa altura, os relatos vindos de outras partes do mundo davam conta que os cuidados de enfermagem eram prestados por monges e freiras”. Até finais do século XIX os cuidados de enfermagem eram essencialmente prestados pelas ordens religiosas. Após alguma oposição dos médicos republicanos, designadamente Miguel Bombarda, que descrevia o trabalho das religiosas como pouco ético e profissional, foi criado no início do século XX duas classes de enfermeiras, as religiosas ou congreganistas e as laicas ou seculares. Foi contudo, na década de 40 do século XX que o Estado tomou parte na organização do ensino e do exercício da enfermagem. O recrutamento era da responsabilidade do Estado, mas estava sob alçada dos médicos, pelo que a enfermagem assumia uma posição subalterna e de submissão perante ambos. Até ao final do Estado Novo as habilitações para frequência do curso variava entre o 1.º ciclo e o 2.º ciclo dos liceus para auxiliares de enfermagem e enfermagem geral respectivamente. Só na década de 80 é que as escolas de enfermagem são transformadas em escolas superiores de enfermagem

integrando o sistema educativo e politécnico. Este período é considerado como a fase mais importante da evolução da enfermagem em Portugal. A transição do modelo de formação para o modelo de integração no sistema educativo nacional, proporciona a emancipação das escolas, das quais destacamos a vertente pedagógica e científica que permitem a valorização e a construção curricular dos enfermeiros. Segundo Nunes (2003, p. 345) esta época de consolidação e de tomada de consciência surge com “(...) as alterações no ensino, como também pela assunção de desafios – relacionados, por exemplo, com a elucidação do conhecimento próprio da enfermagem, o reconhecimento da prática e dos saberes da Enfermagem e, conseqüentemente, na construção de novos paradigmas de produção de saberes emergentes da realidade social. Problematisa-se, por um lado, o tipo de saberes produzidos nas práticas que dão suporte às competências e, por outro lado, a forma de produção desses mesmos saberes”.

A história da enfermagem não é exclusivamente um relato de acontecimentos decorridos num determinado período com o objectivo de expor e manifestar quanto a passagem do tempo aprimora de modo gradual a humanidade. Se a consequência emergisse desta forma, o seu valor seria diminuto. A história da enfermagem apresenta, uma visão muito diferente, aponta conflitos e contradições que modificam a noção linear do progresso. Para Martínez (2001, p. 533) “(...). Negligenciar o passado conduz a uma paradoxal surpresa de comprovar que muitas vezes o progresso é resultado de passos à retaguarda, de revitalizar valiosos conceitos que se perderam ou transfiguraram. Por isso há que ser cauteloso na exposição e no estudo da história, pois o passado está entre nós como um depósito permanente, disposto sempre a actualizar-se de forma inesperada. A história da enfermagem tem que ser entendida como um estímulo para a razão e para o espírito”.

3. Conceitos relacionados (compromisso com a organização; moral no trabalho; qualidade de vida profissional; condições de trabalho,)

Quando o centro de atenção passa a ser o indivíduo na sua totalidade, nas carências de quem cuida e é cuidado e na indagação da sua satisfação,

distinguir cuidados de saúde ou serviços para os outros, em função da profissão e das suas capacidades, da competência e da introspecção com origem na preparação regular da prática de uma determinada actividade, ou a assistência aos outros, sem qualquer remuneração parece não fazer qualquer sentido na procura incessante da satisfação e da motivação para o trabalho.

De seguida abordaremos alguns conceitos que surgem na diversa literatura relativa ao comportamento humano no trabalho, na psicologia das organizações e do trabalho, assim como na administração de recursos humanos, dos quais se tem feito uso indiscriminado, nem sempre com a interpretação correta e adequada. Contudo, abordaremos estes conceitos de maneira a efectuarmos uma explicação pertinente e o mais consentânea possível com a verosimilidade da sua terminologia.

Compromisso com a organização: é uma representação geral que engloba o estudo do comportamento dos indivíduos enquanto funcionários de determinada organização. Indica características específicas, nomeadamente o vigor colocado pelo indivíduo comparativamente à forma como se identifica no seu ambiente organizacional, envolve a forma de admitir e concordar com os objetivos e os valores da organização e o anseio de se reafirmar e fazer parte dela.

A primeira definição deste conceito foi talvez descrita por Etizone (1961). Para ele, o compromisso antevê o grau de identidade que o indivíduo enseja no apreço pela forma como a instrução ou orientação deve ser seguida para levar a bom termo determinadas tarefas, normas ou procedimentos nas organizações. O compromisso pode assumir diferentes configurações que se estabelecem em três domínios díspares de uma atitude persistente de compromisso, a moral, a calculista e a alienadora. A moral gera uma directriz positiva e enérgica relativamente à empresa. A calculista descreve um compromisso benéfico e equitativo entre o indivíduo e a empresa, existindo uma correspondência entre o contributo prestado à empresa e a recompensa recebida. A alienadora acarreta necessariamente a existência de uma orientação negativa em relação à empresa provocado pelas restrições austeras ao comportamento dos indivíduos na empresa.

Porém não existe uma opinião universal sobre as grandezas precisas para esclarecer o compromisso, nem qual o número dessas mesmas dimensões. Contudo, regularmente na literatura especializada nesta envolvente, definem-se três dimensões, a calculada, a afectiva e a normativa.

Para McGee et al. (1987), a dimensão calculada assenta em duas componentes. Uma componente de elevado sacrifício pessoal, normalmente associada aos prejuízos causados pelo abandono da organização e uma componente de falta de alternativas percebidas, relacionada com a dificuldade na obtenção de novo emprego. Mais tarde Meyer et al. (1990) e Hackett et al. (1994) encontraram evidências empíricas para dividir estes dois factores, embora a escala do compromisso calculado continuasse a ser empregue de modo unidimensional.

Após o princípio da teoria do vínculo afectivo, o compromisso assume diferente leitura, isto é, passou a compreender uma dimensão afectiva e assume-se como uma atitude que expressa o vínculo emocional entre o indivíduo e a organização. Os indivíduos solidamente envolvidos com a organização tendem a envolver-se e a identificar-se mais com os valores e com os objectivos da empresa e exprimem de modo singular o seu desejo de permanecer no seu seio (Porter et al., 1974). Nesta escala de compromisso prevaleça contudo, a preponderância das componentes lealdade, ou seja, a intenção de continuar na empresa e o esforço em benefício da organização em detrimento do conteúdo afectivo. Posteriormente Meyer et al. (1993) criam uma nova escala de medida de compromisso voltada mais para a vertente emocional que vai de encontro ao conceito da componente afectiva, que descreve o vínculo psicológico através dos sentimentos, designadamente da lealdade, do afecto, do calor, do apego e da pertinência, entre outros.

A dimensão normativa designa uma disposição afectiva de dever moral em prosseguir na organização a que está vinculado (Wiener, 1982).

Se Porter et al. (1974) e Penley et al. (1988) introduziram o ato ou efeito de sentir a lealdade perante a organização com base no compromisso afectivo, Allen et al. (1990), separam estes dois conceitos, apresentando um raciocínio

que refuta a tese de que o compromisso normativo possui a obrigação de ser leal, ao passo que a componente afectiva manifesta a vontade de ser leal.

Ética ou moral no trabalho: a satisfação no trabalho faz uma alusão vaga às atitudes individuais dos funcionários nas empresas. Porém, a moral tem uma qualidade distinta, no mais alto grau de cariz social, que não é de todo extensível à condição individual da razão. A moral é o estado afectivo que tem por antecedente imediato a representação mental dum funcionário de uma empresa, em ser aceite e fazer parte de um grupo de funcionários, ligados por objectivos comuns e à confiança que dispõem na congruência destas resoluções (Blum et al., 1989). Ou seja, é um sentimento positivo assumido por um trabalhador quando sente que foi aceite e que pertence a um grupo de trabalho, que partilham objectivos comuns. A moral abrange assim dois factores comuns, isto é, identifica a existência de objectivos comuns entre os membros do grupo e determina a concertação dos recursos essenciais para atingir esses objectivos. Os factores que determinam a moral no trabalho são, de acordo com o anteriormente exposto, a coesão do grupo e a fixação de metas e objectivos comuns.

A ética que domina a área das actividades laborais encaminha-se no sentido de um distanciamento do indivíduo perante a sua responsabilidade, a sua posição relativa no trabalho, e ainda pelas acções indispensáveis de modo a modifica-las e melhora-las. No horizonte ideológico do indivíduo permanece a ideologia do êxito. Isto é, quem se esforça e demonstra mais valor, conquista o êxito, embora com uma pressão psicológica redobrada, uma vez que a própria noção de valor é moralizada, considerando-se a motivação e as atitudes juntamente com a sua formação, o objecto principal da sua autodisciplina (Ichheiser, 1949). A disposição ordenada da realização pessoal gira à volta de três variáveis temáticas, que possuem uma estrutura ideológica de propósitos ou ideias estereotipadas, ou seja, a noção de carreira no trabalho, a ideia do trabalho como forma de realização pessoal e a importância de encarar os problemas como desafio pessoal. Para Imbert, citado por Baptista (2011, p. 11) “Vinculada a um sentido fundamental de solidariedade humana, mais do que uma meta moral dedicada ao estudo sobre as diferentes esferas da vida prática ou à análise linguística dos enunciados morais, a ética representa o Outro da

moral, a sua fonte de alteridade e de interpelação permanente. A ética distingue-se assim da moral, ao mesmo tempo que a exige e que a interpela. O compromisso ético transcende sempre a esfera da obediência às regras, às prescrições e às exortações morais, ao ponto de muitas vezes justificar a transgressão dessas mesmas regras, prescrições e exortações”.

Qualidade de vida no trabalho: Segundo Casas et al. (2002, p. 144) pode definir-se, como um processo dinâmico e contínuo no qual a actividade laboral está organizada objectiva e subjectivamente, quer nos seus aspectos operacionais, quer nos relacionais, de modo a contribuir para o desenvolvimento integral do ser humano”.

O conceito de qualidade de vida no trabalho está relacionado com a satisfação, a saúde, o bem-estar do trabalhador e, em última análise, com tudo o que está relacionado com o ambiente intrínseco do trabalho. É um conceito que pretende harmonizar situações experienciais do trabalho relacionadas com as práticas individuais e com os objectivos organizacionais. É uma concepção multidimensional, constituído por parâmetros objectivos e subjectivos que consideram em simultâneo o indivíduo e o contexto em que se desenvolve (Martel et al., 2006).

O estudo da qualidade de vida no trabalho é efectuado tendo em conta as perspectivas teórico-metodológicas, ou seja, a qualidade de vida no ambiente de trabalho, ou perspectiva objectiva, e a qualidade de vida psicológica no trabalho, ou perspectiva subjectiva (Segurado et al., 2002).

Estas duas perspectivas apresentam substanciais diferenças nos modos de análise de qualidade de vida no trabalho. A perspectiva objectiva aponta como objectivo a qualidade de vida no trabalho atendendo ao êxito e aos interesses da organização. Os fundamentos da sua análise são a organização no seu todo, compreende a organização como um sistema. A perspectiva objectiva analisa o sistema do ponto de vista macro, o seu centro de interesse está colocado na organização, nas suas condições físicas, objectivas e intrínsecas ao posto de trabalho e, como estas variáveis exercem influência sobre o rendimento. A perspectiva objectiva assenta na procura incessante da

maior produtividade e na eficácia organizacional, como acção antecipada e sem a qual não é exequível completar as necessidades de cada trabalhador.

A qualidade de vida psicológica no trabalho, direcciona o seu interesse para os aspectos subjectivos da vida no trabalho. Fundamentalmente procura a satisfação, a saúde e o bem-estar do trabalhador, relevando os interesses individuais em detrimento da organização. Deste ponto de vista, a sua análise centra-se no lado micro do sistema. Isto é, a forma como o trabalhador vive o seu ambiente de trabalho determinará em grande parte a sua qualidade de vida no trabalho. A qualidade de vida implica criar, manter e melhorar o ambiente de trabalho, seja nas suas condições físicas – higiene e segurança –, seja nas suas condições psicológicas e sociais. Isso resulta num ambiente de trabalho agradável e amigável e melhora substancialmente a qualidade de vida das pessoas na organização (Chiavenato, 2008).

Condições de trabalho: podemos enumerar as condições de trabalho como os aspectos que explicam a execução de uma tarefa específica e o ambiente onde ela se realiza. São um complexo conjunto de factores característicos da área do trabalho, no seu interior e no seu exterior, que interagem e exercem influência no trabalhador. Estas variáveis, nomeadamente os horários, a remuneração, o meio ambiente laboral, os benefícios e serviços obtidos, a possibilidade de carreira profissional, as relações humanas, entre outras, são cruciais e afectam a saúde e o bem-estar do trabalhador.

Segundo Acosta et al. (1991, p. 12) “As condições e o ambiente são inerentes ao processo do trabalho e referem-se ao conjunto de factores que atuam sobre o indivíduo em situação de trabalho, determinando a sua actividade e provocando uma série de consequências quer para o próprio indivíduo – custos humanos, quer para a empresa – custos económicos. De mesma maneira, esta abordagem divide as condições de trabalho em factores intrínsecos, referidos ao mesmo trabalho e ao indivíduo, e os factores extrínsecos, catalogados em factores materiais, organizações e psico-laborais”. Não devemos esquecer neste contexto os factores de risco, como acções humanas que envolvem a capacidade latente de provocar danos na saúde dos trabalhadores, nas instalações, nas máquinas e nas equipas de trabalho.

Trabalho de enfermagem: relativamente à função propriamente dita, isto é, aquela que o enfermeiro exerce em prol dos pacientes, esta apresenta características comuns com o exercício que as circunscreve, nomeadamente apoiar, promover, assistir, proteger, otimizar, prevenir, aliviar, ajudar, entre outras. Conforme, a regulamentação do exercício profissional da enfermagem, confirmada pelo Decreto-lei 161/96 (n.º 1, Artigo 4.º) a enfermagem é “ a profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. Porém, relembramos que o trabalho de enfermagem depende em simultâneo do espaço e do ambiente físico onde trabalha o enfermeiro. Isto é, devido às mudanças geradas na sociedade, nomeadamente no sector da saúde e na área da enfermagem, o trabalho destas pessoas inclui, para além, das intervenções próprias do cuidado aos pacientes, actividades que não estão relacionadas exclusivamente com a saúde dos indivíduos ao seu cuidado. Os enfermeiros actualmente para além dos cuidados de saúde realizam outras actividades ligadas ao seu sector, desenvolvem sobretudo actividades na área do ensino e da educação em enfermagem, na gestão de serviços de saúde, na administração dos recursos, entre outras. Segundo o International Council of Nurses (2005, p. 27) a enfermagem “(...) engloba o cuidado autónomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou em qualquer outro estágio de saúde. A enfermagem inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado aos doentes, deficientes e moribundos. São ainda fundamentais determinados papéis na área da enfermagem, nomeadamente, a defesa de um ambiente hospitalar seguro, a investigação, a participação na formulação de políticas de saúde e a gestão de sistemas de saúde e educação”.

Enfermeiro: Segundo a regulamentação do exercício profissional da enfermagem (n.º 2, Artigo 4.º) “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a

prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”. Assim, podemos afirmar que os enfermeiros são os indivíduos possuidores de conhecimentos científicos, que prestam cuidados de enfermagem, designados como (n.º 3, Artigo 4.º) “(...) as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” e que trabalham, numa, ou para uma, organização, instituição ou organismo que proporciona cuidados de enfermagem.

4. Teorias da satisfação profissional

4.1. Teorias explicativas da satisfação profissional

Com os princípios da teoria da administração científica de Taylor iniciou-se o estudo sobre a relevância dos efeitos das condições de trabalho, e como estes condicionavam o desempenho dos trabalhadores, com destaque especial para as condições ambientais, nomeadamente a iluminação e a ventilação do local de trabalho e as condições salariais. Este modelo defendia que as organizações eram espaços uniformizados de acordo com um modelo ou um padrão, com uma distribuição ordenada de tarefas com espaços próprios para a execução das mesmas. Alcançavam-se diferentes ganhos, uma vez que, os operários não variavam muito as suas tarefas, as distrações eram reduzidas, uma vez que existiam menos indivíduos concentrados no mesmo local de trabalho, e os funcionários perfilhavam uma ínfima diversidade de habilidades para dar continuidade à expansão da sua eficiência. Contudo, dada a repetição das mesmas tarefas provocava nos indivíduos uma enorme desmotivação (Morgeson et al., 2003).

Por sua vez, a teoria das relações humanas de Elton Mayo, focalizava-se essencialmente no indivíduo, no operário, ou seja, deu primazia à necessidade de reconhecimento social, com maior relevância nas relações interpessoais dentro do trabalho e naturalmente na satisfação no trabalho. Esta escola contribuiu sobremaneira para uma compreensão mais humanista da realidade organizacional, perante a qual as relações entre os indivíduos de uma empresa são mais importantes que os seus aspectos organizacionais

formais, uma vez que são as relações interpessoais que determinam a conduta, a atitude e a eficácia.

Na literatura científica podemos encontrar diversas teorias da motivação que tentam explicar a relação entre a conduta dos indivíduos e os resultados obtidos. As teorias da motivação promovem exposições sobre a conduta organizacional, uma vez que contribuem para explicar a razão pela qual os trabalhadores são produtivos, o que desperta o seu comportamento e porque sugerem o sentido do comportamento organizacional quando estimulada a sua execução. Os processos motivacionais assentam em três variáveis fundamentais, que são partes constituintes de uma situação de trabalho, isto é, o indivíduo, as funções e as tarefas, e o ambiente de trabalho. Perante estas variáveis, o comportamento dos indivíduos no local de trabalho é modificado pela existência de elementos essenciais presentes nos diversos fenómenos motivacionais, particularmente pela energia humana que dá origem ao comportamento, pelo sentido que orienta o esforço (*goal orientation*) e pela conservação ou a fundamentação que sustenta e reforça o comportamento (*systems orientation*) (Steers et al., 1991).

As teorias da motivação abarcam um conjunto de princípios dinâmicos de expedientes e dão ênfase a múltiplos e diferenciados modelos. No entanto, é usual fazer-se a divisão entre duas grandes teorias ou conceitos, as teorias de conteúdo e as teorias de processo (Wagner et al., 1998). As teorias do conteúdo, ou do conhecimento versus causa, procuram explicar quais são os factores que orientam o comportamento humano, identificando os pontos de vista e os elementos próprios que estimulam os indivíduos a trabalhar, bem como, as apetências que determinam os indivíduos a agir e as necessidades que procuram satisfazer. São também conhecidas como as teorias das necessidades, e delas destacamos o modelo de hierarquia de Maslow, a teoria dos factores de Herzberg, a teoria das necessidades apreendidas de McClelland, entre outras. Esta perspectiva admite que os indivíduos são dotados de necessidades internas que estabelecem a origem da energia para o comportamento, com o desígnio de completude dessas mesmas necessidades. Ou seja, coloca em evidência a assimilação dos factores internos dos

indivíduos, que se encontram na génese dos seus comportamentos (Ferreira et al., 1996).

As teorias do processo da motivação para o trabalho salientam a importância de determinados aspectos e factores específicos que direccionam o indivíduo para trabalhar de forma resoluta e quais os objectivos ambicionados, que determinam o seu comportamento no trabalho. Estas teorias observam os parâmetros que podem ser transformados de maneira a diligenciar transformações específicas no comportamento relativamente ao trabalho, sendo que muitas delas se complementam em vez de adoptarem posturas competitivas. Destas destacam-se as teorias da instrumentalização do processo ou das expectativas e as teorias do equilíbrio. Do ponto de vista destas teorias, o comportamento advém de processos cognitivos, que salientam o uso da racionalidade humana (Ferreira et al., 1996).

4.2. Teoria da hierarquia de necessidades de Maslow

A teoria clássica da hierarquia de necessidade desenvolvida por Abraham Maslow é uma das mais conhecidas. Maslow (1943), nesta teoria, sugere que a motivação humana se fundamenta na vontade de satisfação das suas necessidades, ou seja na sua força interna. Identificou cinco níveis de necessidades, dispostas numa estrutura piramidal, em que as necessidades básicas estão na parte inferior e as racionais na parte superior. Segundo o autor estas categorias de relações situam-se de forma hierárquica, de tal modo que, uma das necessidades só se activa depois de o nível inferior estar satisfeito “as necessidades vão-se tornando mais sofisticadas à medida que mudamos de nível” (Maslow, 2000, p.105).

Isso mesmo pode ser constatado quando um funcionário desmotivado é mudado de funções, local ou condições de trabalho, esta mudança, serve de impulso e o funcionário “passa a fazer o que lhe é pedido na maioria das vezes, a motivação é algo que a organização espera a priori do trabalhador” (Malik, 1998, p.58).

Robbins (2002) define cada um dos níveis de necessidade da seguinte forma: o 1.º nível, que se encontra na base da pirâmide, classificado como as necessidades fisiológicas, incluem fome, sede, abrigo, sexo e outras necessidades corporais. O 2.º nível, a segurança, inclui segurança contra danos físicos e emocionais. O 3.º nível, as necessidades sociais, incluem afeição, aceitação, amizade e sensação de pertencer a um grupo. O 4.º nível, a estima, inclui factores internos de estima, como respeito próprio, realização e autonomia; e factores externos de estima, como status, reconhecimento e atenção. E o 5.º nível, a auto-realização, descreve a intenção de tornar-se tudo aquilo que uma pessoa é capaz de ser, inclui crescimento, autodesenvolvimento e alcance do próprio potencial.

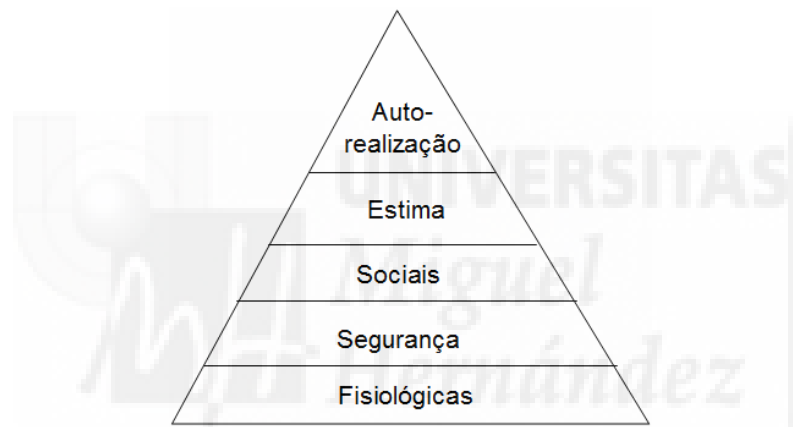


Figura 1 - Pirâmide da Teoria das necessidades de Maslow. Fonte: Robbins, 2002.

Diversos autores, com base na disparidade da essência dos factores de satisfação, propõem a divisão da pirâmide das necessidades de Maslow em dois níveis. Isto é, as necessidades dos níveis inferiores são colmatadas e sustentadas a partir de factores externos, que nas organizações são referidos como a gratificação salarial, o ambiente de trabalho e a segurança no emprego. Geralmente, quando uma organização proporciona aos seus funcionários estas três variáveis, as necessidades primárias dos indivíduos estão praticamente resolvidas (Robbins, 2002). Por sua vez, as necessidades dos níveis superiores, que dizem respeito às necessidades de auto-realização, revelam a procura da individualização, para observar a mais distinta aspiração do

indivíduo, ou seja, ser ele mesmo, desfrutando de todas as suas capacidades sem perder a sua individualidade (Bergamini, 2008). A necessidade do nível superior, ou seja, a auto-realização dificilmente será satisfeita, conservando-se como um baluarte da força motivacional (Maslow, 2000).

Morgan (1996), baseando-se na Teoria de Maslow, refere que as organizações devem estimular os factores motivacionais dos seus colaboradores, através: 1) auto-realização: o colaborador deve sentir-se comprometido com o trabalho; 2) auto-estima: valorização do colaborador através de funções que permitam a realização, autonomia e responsabilidade; 3) sociais: estímulos à interacção com os colegas no trabalho; 4) segurança: segurança no trabalho, bem como, a nível de futuro; 5) fisiológicos: salário e regalias; segurança e condições no trabalho.

4.3. Teoria dos dois factores de Herzberg

Federico Herzberg centrou a sua investigação no espaço laboral. Herzberg observou que os funcionários de uma empresa experimentavam diversos tipos de factores e concluiu que dois desses factores independentes tinham influência na motivação, os factores intrínsecos, ligados à responsabilidade, à progressão e ao crescimento e os factores extrínsecos relacionados com o salário, a segurança e as férias.

Através da sua pesquisa observou que, quando as pessoas interrogadas se sentiam bem no seu trabalho, tendiam a atribuir esta situação a si próprios, mencionando características ou factores intrínsecos como: a realização, o reconhecimento, o trabalho em si, a promoção, a responsabilidade, etc. No entanto, quando se encontravam insatisfeitos tendiam a citar factores externos, como: as condições de trabalho, as políticas organizacionais, os relacionamentos, etc. Desta forma, comprovou que os factores que motivam, não são os mesmos que desmotivam, logo, divide os factores em:

- Factores Higiénicos: são factores externos à tarefa. A sua satisfação elimina a insatisfação, mas não garante uma motivação que se traduza em esforço e energia no sentido de alcançar

resultados. Contudo, se eles não forem satisfeitos provocam insatisfação.

- Factores de motivação: referem-se ao trabalho em si. São aqueles cuja presença ou ausência determina o fato de que os indivíduos se sentem ou não motivados.

Os factores de higiene coincidem com os níveis mais baixos da hierarquia das necessidades de Maslow (fisiológicos, de segurança e sociais). Os factores motivadores coincidem com os níveis mais elevados (auto-realização) (Lévy-Leboyer, 1980).

Para Chiavenato (2003, p. 69-70) “Os factores motivacionais ou *satisfacientes* estão relacionados com as tarefas e os cargos preenchidos por uma pessoa, sendo que se forem avaliados como óptimos, o indivíduo ficará satisfeito, motivo pelo qual são chamados *satisfacientes* e, se não forem assim considerados excelentes, ficam insatisfeitos”.

Factores higiénicos	Factores motivadores
Factores económicos: salários, vencimentos e prestações sociais.	Tarefas estimulantes: possibilidade de manifestar a sua própria personalidade e de desenvolvê-la na sua plenitude.
Condições de trabalho: boa iluminação e temperatura, envolvimento físico seguro.	Sentimento de auto-realização: a convicção de contribuir na realização para alguma coisa de valor
Segurança: regalias de antiguidade, conduta sobre queixas, regras de trabalho justas, políticas e procedimentos de organização.	Reconhecimento do trabalho: a confirmação de que se realizou um trabalho importante.
Factores sociais: oportunidades de relacionamento com os colegas.	Realização ou desempenho: a oportunidade de realizar coisas interessantes.
Status: denominação dos cargos, trabalhos próprios e privilégios.	Maior responsabilidade: desempenhar novas tarefas e novos trabalhos, que aumentem a responsabilidade do cargo que ocupa e consagrem-lhe maior controlo sobre o mesmo.
Controlo técnico	

Adaptado de Keith (1979, p. 55-56)

A teoria de Herzberg deriva do conceito *job enrichment* (enriquecimento do trabalho) que supõe desenhar o trabalho, de um modo, mais ambicioso permitindo satisfazer os desejos mais ambiciosos. Para alcançar este objectivo devem-se aplicar os seguintes princípios (Deci e Ryan, 1985):

- Suprimir controlos;
- Aumentar a responsabilidade e tarefas a serem executadas;
- Delegar áreas de trabalho completas;
- Conceder maior autoridade e maior liberdade;
- Informar sobre os progressos e retrocessos;
- Atribuir novas tarefas com maior grau de dificuldade;
- Distribuir tarefas que permitam melhorar o desempenho.

O modelo de Herzberg antevê que a insatisfação não é um conceito unidimensional. Na sua investigação chega à conclusão de que é essencial obter dois factores uniformes para interpretar adequadamente a satisfação no trabalho. A sua teoria pressupõe que só alguns aspectos e algumas características do trabalho podem traduzir-se em motivações. Certas características enfatizadas pelos administradores deram lugar a um enquadramento carregado de questões pelos funcionários, em entrevistas por si realizadas, que descrevem episódios críticos do trabalho. Numa descrição simplificada sobre os factores motivacionais, Herzberg descreve os factores intrínsecos, como aqueles que derivam de satisfações internas sentidas pelos indivíduos na realização do seu trabalho, pelo que existe uma relação directa, frequente e imediata entre trabalho e satisfação, isto é, o funcionário está auto-motivado perante este cenário, e os factores extrínsecos, designa-os como factores externos, facultados isoladamente da essência do trabalho e que não oferecem uma satisfação directa no momento de as concretizar. Segundo House et al. (1967, p. 370) “Herzberg e os seus assistentes concluíram através das suas entrevistas que a satisfação no trabalho constitui-se em duas dimensões independentes e distintas: a primeira está relacionada com a satisfação no trabalho e a segunda com a insatisfação no trabalho. Estas dimensões não são porém extremos opostos de um mesmo contínuo, mas representam sim dois contínuos distintos. Herzberg considera que a satisfação não é em grande parte provocada pela ausência de factores que causam

insatisfação. As características do trabalho que são importantes para, e dão origem, à satisfação no trabalho mas não para a insatisfação no trabalho classificou-as como “*satisfiers*”, enquanto aqueles que são importantes, e conduzem, à insatisfação no trabalho, mas não produzem satisfação no trabalho, classificou-os como “*dissatisfiers*”. Algumas características do trabalho funcionavam em ambos os sentidos”.

A teoria dos dois factores proposta por Herzberg tem sido criticada por motivos díspares, sobretudo porque é uma teoria que metodologicamente se encontra vinculada, ou seja, segundo Vroom (1964, p. 129) “(...) é possível que tenha obtido diferenças entre as diversas fontes que afirmaram satisfação ou insatisfação, porque derivam de processos defensivos dos entrevistados individualmente”. Assenta numa pesquisa com diversas imprecisões, ou seja, o estudo original não contém nenhuma medida de satisfação geral. Esta medida é importante para descrever os “*satisfiers*” e os “*dissatisfiers*”. Não existe nenhuma base que sustente que os factores descritos como higiene ou motivadores contribuem para a reclamada satisfação ou insatisfação (Ewen, 1964). Por último, é inconsistente com resultados anteriores, no que diz respeito à satisfação e à motivação; Herzberg considera na sua teoria a relação entre a satisfação e a produtividade no trabalho. Porém, a investigação utilizada por ele é simplesmente direccionada para a satisfação, o que compromete a investigação uma vez que não é possível estabelecer uma relação concreta entre satisfação e produtividade. Além disso, como afirma Friedlander (1966, p. 143) “(...) os dados não são apresentados por Herzberg para indicar uma relação directa entre incidentes envolvendo as características intrínsecas do trabalho e os incidentes que contêm auto-avaliações de desempenho e de aumento de emprego”.

Vroom (1967) assegura que ao discutir as implicações administrativas das suas descobertas Herzberg perde de vista a distinção entre a memória de episódios de satisfação e a observação real do comportamento motivado. Aparenta argumentar que os “*satisfiers*” também são motivadores, ou seja, assegura que as condições de trabalho provocam um elevado nível de satisfação e motivam os indivíduos a desempenhar com eficácia o seu trabalho.

4.4. Teoria das expectativas de Vroom

A teoria das expectativas foi iniciada por Vroom (1964). No entanto, ela foi complementada por Porter e Lawler (1968). Esta teoria sustenta que os indivíduos, como seres pensantes, têm crenças, logo, têm esperanças e expectativas, relativamente, ao futuro das suas vidas. O comportamento adoptado é o resultado, da selecção das alternativas que são baseadas em crenças e atitudes. O objectivo desta selecção é maximizar a recompensa e minimizar a *dor* (Pinder, 1985). Os indivíduos altamente motivados são aqueles que percebem os objectivos e incentivos como valiosos para eles e, por sua vez, percebem que a probabilidade de os alcançar é alta. Para analisar a motivação, é necessário saber o que procuram na organização e como poderão obtê-lo.

Segundo Galbraith (1977) os pontos mais destacados desta teoria são:

- Todo o esforço humano é realizado na expectativa de algum sucesso.
- O indivíduo torna-se confiante ao alcançar o rendimento desejado, mesmo que surjam algumas contrariedades. A expectativa de que a realização dos objectivos está relacionada com as recompensas desejadas, denomina-se instrumentalidade.
- Cada recompensa ou resultado tem para o sujeito um valor especial denominado de valência.
- A motivação de uma pessoa para realizar uma acção é tanto maior, quanto maiores forem os resultados das suas expectativas.
- A relação entre o esforço e o desempenho depende de dois factores: as habilidades do indivíduo e percepção da sua função.
- Cada indivíduo tem ideia do nível de desempenho que é capaz de alcançar numa tarefa.
- As pessoas esperam que aqueles que melhor realizam o seu trabalho, sejam os que alcançam as melhores recompensas.

- A força da motivação de um indivíduo numa determinada situação equivale ao resultado entre o valor atribuído à recompensa individual e à expectativa da sua realização.

Força motivadora = Valor da Probabilidade * recompensa de realização.

Outros conceitos da teoria das expectativas:

Incentivo	Definição	Consequências
Normas	Normas que regulam a conduta dos membros da organização	Contribuem para o cumprimento exacto da tarefa.
Incentivos gerais	Salários e vencimentos	São importantes para a entrada e permanência nas organizações
Incentivos individuais e de grupo	Realização	Fomentam o esforço acima dos níveis mínimos.
Liderança	“Aplicação de uma estrutura” (orientar, definir e organizar o trabalho). “Consideração” (apreciação do trabalho, relações pessoais, etc.)	Pode influenciar a permanência na organização.
Aceitação do grupo	Teremos que ter em consideração: - A coesão do grupo, - Fazer coincidir as normas do grupo, - A valorização do grupo.	Influencia no cumprimento da tarefa e no esforço acima dos níveis mínimos.
Implicação na tarefa e identificação dos objectivos	Implicação: identificação com o trabalho. Identificação: adoptar medidas para que a pessoa interiorize os objectivos da organização.	Influência a sua permanência e esforço acima do nível mínimo exigido.

Adaptado de Vroom (1964, p. 17-26) e Porter e Lawler (1968, p. 89-102)

Esta teoria refere, essencialmente, um modelo em que os indivíduos devem estar convencidos de que as recompensas que recebem são justas e, simultaneamente, tenham consciência que indivíduos com um fraco desempenho auferem um salário inferior (Chiavenato, 2003).

Contudo, segundo Bilhim e Castro (1997) o dinheiro não contribui para o aumento da sua realização (performance) dos indivíduos. Segundo os autores para que o dinheiro se torne um factor motivacional é preciso: 1) que o indivíduo entenda a recompensa, estando relacionada com a sua performance; 2) o montante atribuído tem de ser significativo para o indivíduo em causa; 3) ser atribuído de forma discreta (como bónus), quando se trata de indivíduos com elevada capacidade de realização.

A teoria das expectativas de X valor desenvolvida por Vroom define a expectativa como a obtenção de um resultado, ou a crença de que um comportamento individual é a razão de um resultado individual. Nesta teoria o valor é explicado pela satisfação prévia, que um indivíduo tem perante um estímulo específico do meio em que está inserido, ou seja, um estímulo tem valor positivo quando o indivíduo opta por alcançá-lo ou não.

Com esta teoria o objecto assume um valor intrínseco, quando o seu efeito positivo é resultado da realização de uma actividade com o objectivo de alcançá-lo; de dificuldade, quando para alcançar o objecto é necessário a realização de um grande esforço e o simples fato de o conseguir gera satisfação no indivíduo que realiza a acção e valor em si mesmo; instrumental, quando representa um alvo a curto prazo para obter um objectivo maior a longo prazo; ou extrínseco, quando a sua importância é sustentada na criação do prazer de receber resultados tangíveis como o dinheiro, sobretudo quando o dinheiro funciona como um instrumento para obter os resultados desejados.

O modelo motivacional apresentado por Vroom expõe que a motivação do indivíduo resulta da multiplicação de três factores ou componentes, a valência, a expectativa e a instrumentalidade. A valência definida como o nível de desejo de um indivíduo em alcançar uma meta ou objectivo. É um valor subjectivo porque varia de indivíduo para indivíduo e é possível que varie ao longo do tempo uma vez que está condicionado pela experiência do indivíduo e está relacionado com um incentivo ou recompensa. A expectativa assenta na convicção que o indivíduo tem, de que o esforço que emprega no trabalho produzirá o resultado desejado. A instrumentalidade reproduz o julgamento que o indivíduo faz de que a empresa valorizada premiará o seu trabalho. Se os

esforços forem devidamente compensados obteremos uma relação positiva, se os seus esforços não forem convenientemente retribuídos obteremos uma relação negativa.

O modelo de Vroom determina que os indivíduos assumem as suas decisões e agem segundo o que prevêem como compensação pelo esforço despendido, no contexto laboral. Isto é, o esforço empregue nas tarefas deve ser suficiente para produzir o maior benefício possível. Segundo Vroom citado por Chiavenato (2004, p. 247) “a teoria da expectativa propõe que as pessoas são motivadas quando acreditam que podem cumprir a tarefa (resultado intermédio) e que as recompensas (resultado final) decorrentes são maiores do que o esforço feito”.

Este modelo defende que a motivação é um exercício da multiplicação das expectativas, da instrumentalidade e da valência. O aumento gradual de cada um destes elementos origina um aumento da motivação, ou, pelo contrário, se cada um destes elementos diminui a motivação também diminui. Conforme Vroom evidencia, o resultado dos três componentes, valência, instrumentalidade e expectativa, dá a conhecer a força motivacional, ou índice motivacional, do indivíduo relativamente a um contíguo de condições inseridas no ambiente de trabalho. Segundo Muchinsky (1994, p. 387) “a teoria da expectativa proporciona uma base racional rica para a compreensão da motivação num determinado trabalho, onde cada um dos seus componentes constitui um marco para analisar o processo de motivação”.

Em suma, Chiavenato (2003, p. 70) refere que “A teoria de Maslow baseia-se na estrutura uniforme e hierárquica das necessidades e a de Herzberg em duas classes de factores, ambas repousam na presunção implícita que existe uma “maneira melhor” de motivar as pessoas (...) A teoria de Víctor Vroom restringe-se exclusivamente à motivação de produzir, rejeita noções pré-concebidas e reconhece diferenças individuais”.

4.5. Teoria da equidade de Adams

Segundo Davis et al. (2003, p. 144), “a grande maioria dos modelos motivacionais consideram o funcionário de uma empresa como um indivíduo praticamente independente dos demais contudo, a organização é um sistema social, onde de certa forma, todos dependem das contribuições uns dos outros”. Neste sentido, os trabalhadores interagem simultaneamente nas suas tarefas e em diversas circunstâncias sociais. Desse modo, os trabalhadores observam-se, comparam-se e julgam-se mutuamente.

Stacey Adams desenvolveu em 1965 uma teoria, denominada de equidade da motivação. A essência desta teoria traduz-se na comparação dos esforços e das gratificações percebidos entre diferentes indivíduos em situações laborais similares. Esta teoria baseia-se na presunção de que os indivíduos que trabalham nas mesmas situações laborais devem ser tratados com a mesma equidade no trabalho. Adams criou a hipótese de que a percepção da equidade, ou seja, da justiça, com que os funcionários são tratados, influencia a sua motivação. A causa primária da teoria da equidade alicerça-se na circunstância do indivíduo identificar determinadas disparidades quando confronta os seus proveitos e investimentos com os ganhos e investimentos de outras pessoas relevantes para si (Adams, 1965).

A teoria da equidade é entendida como um modelo de satisfação, que explica as razões pelas quais os indivíduos se esforçam para conseguir justiça e equidade. Nesta proposta teórica, os factores de desempenho (*input*) e os resultados, ou factores de benefício (*output*) são os dois componentes primários que estão presentes nas relações de intercâmbio entre o empregado e o empregador.

Os *input* designam a completude de tributos que o funcionário utiliza para a realização do seu trabalho, nomeadamente o seu conhecimento, a sua experiência, as suas habilitações literárias, as suas aptidões e o seu esforço despendido. Os *outputs* consideram-se todos os proveitos obtidos pelo trabalhador em função da realização do seu trabalho, tais como o salário, as prestações sociais, o reconhecimento e a progressão na carreira, entre outros.

Os *input*, por sua vez, estão sujeitos às particularidades do trabalhador. Das que nos são possível mencionar destacamos o tempo que ele destina para a elaboração de uma tarefa, a sua capacidade intelectual, o seu nível educacional, a sua proficiência, a sua criatividade, o tempo de permanência na empresa, o nível de desempenho e os níveis de comprometimento e motivação, os *output* dependem por sua vez do exercício da estrutura, isto é, das especificidades típicas do modelo de administração dos recursos humanos utilizados na empresa, como por exemplo, os salários, serviços e prestações sociais, oportunidades de desenvolvimento pessoal e de reconhecimento, promoções, incentivos e qualidade de vida no trabalho.

Os outros, nós próprios e o sistema são as categorias, ou grupos modelo utilizados para se estabelecer comparações de equidade. Na categoria dos outros incluem-se as comparações que o indivíduo faz de si relativamente a outros indivíduos que toma como padrões de referência, que podem, ou não, trabalhar, no seu serviço e na sua empresa, ou noutra similar. Na categoria, comparação de equidade, consigo próprio, incluem-se todas as auto-comparações que o indivíduo faz ao longo do tempo em conformidade com a relação ideal que tem de si mesmo. Na categoria sistema incluem-se todas as comparações que o indivíduo faz, com base no intercâmbio efectuado entre ele e a organização.

Para além das três categorias mencionadas, devemos ter sempre presente que, os grupos, ou inclusive variados grupos, podem usar-se a eles mesmo, como ponto de referência. Segundo Fayol (1990, p. 61) “para que o pessoal seja estimulado a empregar no exercício de suas funções toda boa vontade e o devotamento de que é capaz, é preciso que sejam tratados com benevolência: a equidade resulta da combinação da benevolência com a justiça. A equidade exige em sua aplicação, muito bom senso, muita experiência e muita vontade”.

Em consonância com a teoria da equidade, os indivíduos tendem a comparar-se, na maioria das vezes, mais com pessoas similares, do que com pessoas dissemelhantes. As relações de equidade surgem quando se confrontam os resultados obtidos e os factores deles resultantes de um

indivíduo, com factores e resultados análogos de um trabalhador tomado como referência.

As relações de ausência de equidade negativa ocorrem quando um indivíduo com o qual o trabalhador efectua a comparação recebe maiores *output* por factores idênticos. As relações de falta de equidade positiva, surgem por sua vez, quando o indivíduo com o qual o trabalhador se compara obtém *output* inferiores por factores similares. Os estudos científicos demonstram que geralmente as pessoas tendem a mostrar menos tolerância por falta de equidade negativa, que por falta de equidade positiva.

A equidade é percebida como um ato ou efeito de relacionar a contribuição para a eficiência no trabalho e as recompensas recebidas por um trabalhador, comparados com as compensações que outros trabalhadores usufruem como resultado do seu esforço aplicado na sua actividade laboral ou seja, a equidade é uma relação de comparação social. Robbins (2002) afirma que, quando um indivíduo tem o pressentimento de que se está a cometer uma injustiça para com ele, desponta nele um acréscimo de tensão, originando uma alteração na sua conduta.

A teoria da equidade evidencia a correspondência entre os resultados e os esforços delineados relativamente à justiça entendida pelos outros, proporcionando por conseguinte a equidade. Contudo, quando a comparação efectuada proporciona uma disposição afectiva de desigualdade, surge a iniquidade, ou a injustiça, positiva ou negativa, consoante o indivíduo é recompensado mais ou menos que os outros. O comportamento do indivíduo perante uma situação de iniquidade positiva ou negativa resulta geralmente num incremento ou numa diminuição do nível de esforço, poderá, ou não, conduzir o indivíduo a efectuar esforços no sentido de modificar os resultados obtidos, poderá, eventualmente adulterar recursos e resultados, mudar de local de trabalho ou de emprego, provocar mudanças nos outros e em último recurso poderá substituir o grupo ao qual foi comparado. Segundo Chiavenato (2002, p. 336) “quando há ausência de equidade, o funcionário experimenta um sentimento de injustiça e insatisfação. Por exemplo, quando da percepção de um salário menor ou maior do que ele julga justo. Os sentimentos de injustiça e

insatisfação levam a tensão, raiva ou culpa que provocam danos ao desempenho do pessoal”.

A sensação de equidade é subjectiva, ou seja, o que um superior hierárquico pode entender como justo pode não ser percebido como tal pelo funcionário, assim, a relevância da justiça incide sobre o que o meio circundante compreende como íntegro e não sobre a opinião de justiça da administração.

Como podemos observar, este modelo evidencia a relevância do papel que desempenha a percepção do trabalhador nas relações *input – output* com que se deparam e obtêm no seu posto de trabalho e o modo implícito do recurso a algum tipo de referência para efectuar a comparação entre indivíduos.

4.6. Teoria da determinação de metas de Edwin Locke

A teoria da determinação de metas, também conhecida como estabelecimento de metas ou objetivos sugere que a principal proveniência da motivação no trabalho está fundamentada na inevitabilidade dos indivíduos anteverem objetivos claros, e normas de procedimento perfeitamente definidas, visto que o propósito dos funcionários é o de realizar as suas tarefas laborais com o objectivo claro de atingir metas.

Esta teoria defende que as metas específicas e as metas difíceis são as que conduzem ao maior desempenho dos indivíduos.

Edwin Locke argumenta que as intenções de trabalhar direccionadas para um objectivo, constituem uma fonte muito importante de motivação no trabalho, uma vez que atuam em simultâneo como um estímulo interno. Quando as metas difíceis são aceites consegue-se um maior desempenho. Assinala-se também que o feedback conduz a um melhor desempenho nas actividades laborais ao invés da sua ausência. Latham (2009) afirma que as metas difíceis geram nos funcionários uma tendência para um desempenho superior, ao invés das metas fáceis, ou seja, preservando a competência e o

comprometimento com a meta, quão maior for a exigência da meta a atingir maior será o desempenho do funcionário.

Como facilmente se compreende, as metas fáceis são, talvez as mais plausíveis, embora esta afirmação seja verdadeira, quando um funcionário aceita uma meta que entende como difícil, exerce níveis de esforço mais elevados até que a consiga atingir, reduzir, ou em último caso renuncie a ela.

Quando os indivíduos tomam parte na determinação das suas próprias metas, obtém-se, na maioria dos casos maiores desempenhos. A vantagem da participação dos indivíduos no estabelecimento das suas próprias metas faz com que estes aceitem a meta como um objectivo em que devem trabalhar, para além disso, é mais provável que aceitem metas mais difíceis, uma vez que se sentem mais comprometidos porque participaram na sua escolha. O comprometimento está positivamente correlacionado com o desempenho (Miner, 2005).

Relativamente aos feedbacks, devemos ter em linha de conta que nem todos são iguais e eficientes, os que proporcionam maior ajuda são os que são gerados automaticamente, uma vez que o funcionário pode monitorizar o seu próprio progresso. É relevante pensar que os feedbacks de um supervisor, ou de qualquer pessoa que observa do lado de fora o desempenho do funcionário são extremamente importantes, uma vez que vê a situação com mais objectividade.

A teoria do estabelecimento de metas é uma das que mais é empregue nas empresas e uma das mais bem aceites como motivação no trabalho. Usualmente é empregue para efectuar prognósticos, exercer influência, e dar pormenores do comportamento dos funcionários das empresas de diversas actividades e de diferentes países (Pinder, 1998; Latham, 2009).

5. Determinantes da satisfação no profissional de enfermagem

A satisfação dos indivíduos no seu local de trabalho é uma das variáveis mais importantes relacionadas com o comportamento organizacional e a qualidade de vida. A satisfação no trabalho faz parte da satisfação geral da vida do indivíduo e está relacionada com a sua competência para adaptar-se a diferentes situações, à forma como comunica com os outros, ao seu nível socioeconómico e à proficiência no trabalho que realiza. Segundo Gordon (1973, p. 115) “para conseguir manter um empregado satisfeito é necessário que o organismo empregador satisfaça as suas necessidades”.

As organizações atuais estão imersas em trocas tecnológicas, sociais e económicas. Do processo de adaptação dos seus funcionários a estas variáveis alcançar-se-ão objetivos e benefícios propostos, para os quais é necessário dispor de pessoas motivadas e satisfeitas com o seu trabalho e com a organização, aumentando o seu rendimento e a qualidade dos serviços prestados.

Na vertente da saúde, a motivação dos indivíduos e a sua satisfação no seu local de trabalho são fundamentais e relevantes para os profissionais de enfermagem, cuja razão de ser, é cuidar da saúde física e mental dos que estão a seu cargo e prestar-lhes um serviço de qualidade. Por isso, o conhecimento e a compreensão do nível de motivação e de satisfação dos enfermeiros constituem factores fundamentais para a organização de modo a alcançar os resultados a que se propõem.

Os estudos sobre satisfação no local de trabalho focam-se sobretudo em áreas com mais preponderância e com maior facilidade de medição, ou seja, áreas com características mais físicas e susceptíveis de alteração, tais como as condições físicas dos locais de trabalho, os horários, o vencimento, a promoção na carreira, os benefícios suplementares, a estrutura organizacional, a automatização, os planos de pensões ou a interacção entre os diversos elementos do grupo. Contudo, estes estudos não demonstram uma relação efectiva entre satisfação, produtividade e qualidade de vida. Salvaguardamos

porém que, a satisfação dos profissionais de saúde no seu local de trabalho é um dos indicadores que condicionam a qualidade de assistência aos pacientes.

Diversos estudos afirmam que existe uma variedade de características individuais que exercem uma influência significativa na satisfação laboral dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. As mais relevantes são contudo, o sexo, a raça, a idade, o estado civil, os filhos e as habilitações académicas. A estas acresce-se outras características que podem, devido à sua relevância afectar a satisfação profissional dos enfermeiros, que são as dissemelhantes particularidades laborais dos funcionários, tais como, o local de trabalho, o horário de trabalho, o tipo de horário, o tipo de vínculo contratual, a responsabilidade de supervisão, as funções de gestão, a especialidade e o tempo de serviço.

Diferentes investigações indicam que grande parte dos enfermeiros com habilitações académicas muito elevadas revelam uma propensão maior para a insatisfação laboral (Yakting et al., 2003). Estes profissionais tendem a mudar frequentemente de trabalho, pelo facto de as organizações onde trabalham não pretenderem satisfazer as suas necessidades ou não terem capacidade para o fazer (Cavanagh, 1992; Blegen, 1993). Por sua vez, Yamashati (1995) argumenta que existe uma expressão de ligação positiva entre as variáveis idade e satisfação profissional. Isto é, para além das habilitações académicas mais elevadas, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros com menos idade e não casados apresentam índices mais elevados de insatisfação com a sua actividade laboral.

Situações de insatisfação e stress com ligação ao trabalho aparentam surgir de uma acção negativa recíproca entre o indivíduo, a tarefa que desempenha e a organização, onde sobressaem indicadores como a obrigação de responder perante actos próprios no cuidado dos pacientes, a sobrecarga, e eventual subcarga de tarefas, a escassa ou a nula autonomia para poder decidir sobre determinados actos, a presença de conflitos, a duplicidade ou o antagonismo de funções, a deficiente comunicação e liderança, as imperfeitas condições físicas e a insegurança no trabalho formam a essência de alguns

motivos indutores de insatisfação ou estados de stress (Cox et al. 2000, Serra, 1999).

Das razões invocadas pelos enfermeiros para renunciar ao seu trabalho, as que mais se destacam, estão ligadas com as responsabilidades familiares, o horário laboral e os baixos vencimentos auferidos (Ginzberg et al., 1982), Tovey et al. (1999) corroboram estes resultados ao afirmarem que nos seus estudos a variável responsabilidade familiar tem um efeito negativo na satisfação profissional destes profissionais de saúde.

Por sua vez, um horário adequado e compatível e uma remuneração condizente são factores intrínsecos de satisfação no trabalho. Num estudo efectuado no CS de Barcelos/Barcelinhos, Castro et. al. (2011, p. 170) verificaram que, “(...) os enfermeiros (...) estão satisfeitos com as interacções humanas positivas que se estabelecem com os utentes e insatisfeitos com as recompensas que recebem pelas funções que exercem, incluindo o vencimento-base e outras remunerações complementares (por exemplo: horas extraordinárias e as gratificações da chefia). Esta insatisfação acentua-se quando comparam a sua remuneração em relação a outros funcionários públicos com qualificações e responsabilidades equivalentes”.

As posições de hierarquia superiores e a proximidade das chefias, onde são disseminadas as tarefas nas funções de supervisão e nas funções de gestão são também passíveis de satisfação laboral positiva ou negativa, assim, para Castro et al. (2011, p. 169) referem que “Estas diferenças na ordenação das dimensões da satisfação profissional poderá estar relacionada com (...) o facto de serem alvo de uma supervisão directa por parte das chefias interfere (positiva ou negativamente) na sua margem de autonomia, conferindo-lhes também oportunidade de participar nas decisões que emanam desde o “centro nevrálgico” da instituição (...). Os enfermeiros que trabalham em extensões lidam com os factores relacionados com o isolamento, nomeadamente a separação física em relação aos órgãos decisores e os condicionalismos inerentes a uma circulação de informação que depende em grande medida de contactos esporádicos e indirectos”. Ou seja, a essência da satisfação

profissional dos enfermeiros é consequência das posições que ocupam dentro da organização (Tovey et al., 1999).

A autonomia, por sua vez, fomenta determinadamente a satisfação profissional dos enfermeiros. A ausência deste factor concorre para a consumição em enfermagem, e manifesta-se sob a forma de ausência sistemática e incremento de *turnover* (processo de rotação de elementos) na equipa (Peter, 1994; McNeese-Smith, 1995). Segundo Silva et. al. (2009, p. 303) “A autonomia foi o componente em que os enfermeiros estavam realmente mais satisfeitos profissionalmente. Esse era um dado esperado, uma vez que, no serviço nocturno, há menor fluxo de profissionais e redução dos serviços de apoio, que possibilita e também pressiona o enfermeiro a participar efectivamente das decisões”. Difundir pareceres e exercer uma acção de modo efectivo em todo o procedimento de tomada de decisão, assume um efeito positivo de retorno no seu trabalho, contribuindo dessa maneira para a sua satisfação profissional. Assim, para Barros et al. citados por Silva et al. (2009, p. 303) “Desse modo, propiciar a autonomia aos trabalhadores por meio de processos de pensar-fazer seu trabalho e ampliar o grau de abertura aos processos de criação, permite alcançar o prazer no seu trabalho”.

O enfermeiro que desempenha funções em instituições que prestam cuidados e auxílio para a satisfação de necessidades de saúde das pessoas, quer seja em hospitais ou clínicas, enfrentam múltiplos problemas que provêm tanto da atenção directa ao paciente, como da administração e coordenação com a equipa de saúde. Como consequência, torna-se imprescindível auferir o seu nível de motivação, para avaliar a sua relação com o desempenho, quer pessoais, quer a nível de tarefas. Identificar os níveis de satisfação é uma tarefa relevante, uma vez que, a satisfação e a sua relação com a produtividade e com o rendimento do pessoal é estimado como um indicador de qualidade do funcionamento dos serviços internos da organização e como a melhoria da relação profissional/paciente. O qual dará origem a uma melhor qualidade de trabalho, equidade, eficácia e eficiência no atendimento prestado aos pacientes.

Capítulo 2 – Os cuidados de enfermagem



1. Breve epítome histórico dos cuidados de enfermagem

Actualmente criamos a ideia, através de uma cuidada reflexão que, a enfermagem é uma profissão enquadrada na área das Ciências da Saúde, com critérios bem definidos e com objetivos, que procura adquirir espaço através de uma metodologia que lhe permita desenvolver-se e progredir no seu campo específico de conhecimento.

Na sua origem entendia-se a profissão de enfermagem, ou seja, o cuidar, como o procedimento ou circunstância prévia, que facilitava a explicação da profissão do enfermeiro. Hoje, falar de cuidados é também falar de enfermagem, contudo, outras sociedades, noutras conjunturas históricas, naturalmente não praticavam nem se regulamentavam pelas mesmas normas. A palavra cuidar tem origem latina “*cogitare*”, que significa pensar ou discorrer sobre algo. Entre os vários sentidos que a palavra cuidar toma, deparamo-nos com o conceito de assistir um doente.

Através dos tempos o ato de cuidar estava circunscrito às mulheres, quer pela sua condição feminina, quer pelas suas capacidades, mas também por imposição da sociedade de forma implícita ou explícita, por diferentes motivos.

O domínio do conhecimento da enfermagem configura-se como um conjunto de saberes, rigorosos e sistemáticos, sobre uma matéria concreta da ciência. O cuidado é a base ou o fundamento do ato de proceder no seu trabalho de enfermeiro, o objecto da enfermagem. O cuidado constitui-se assim como a função própria da profissão. Porém, segundo Renaud (2010, p. 4) “(...) não há uma única forma de encontro ético, por exemplo, a relação do enfermeiro homem, com o doente ou a doente, não será idêntico à relação da enfermeira mulher, nas mesmas circunstâncias, o que tem como consequência que não haja um padrão único de cuidados de enfermagem”.

Os cuidados de enfermagem devem ser aplicados em conformidade com o código deontológico de enfermagem e são aplicados de forma individual ou coordenados em equipas de saúde, ao ser humano, saudável ou portador de doença, às famílias e às comunidades. Trata-se assim de um exercício liberal

de enfermagem, que se realiza em regime de livre competência e está sujeito às correspondentes leis. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 10) “(...) no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízo de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”.

2. A qualidade do atendimento

A ideia de qualidade do atendimento traduz-se na opinião que o utente tem sobre, a dimensão humana e o ambiente envolvente, dos cuidados recebidos no atendimento em clinicas ou hospitais.

A qualidade no atendimento comporta diversas variáveis, nomeadamente, a amabilidade ou a civilidade do profissional de enfermagem, o tempo de espera que decorre desde a entrada do utente na organização até ser atendido pelo profissional de saúde, a eficiência do pessoal de enfermagem, a comunicação, a relação paciente enfermeiro e o ambiente físico onde o utente é atendido, entre outras. Para Veiga et al. (2011, p. 14) “Toda a pessoa é digna de respeito e consideração. Porém há situações ou circunstâncias específicas que por tornarem a pessoa mais frágil e vulnerável, exigem aos enfermeiros uma maior sensibilidade e um maior empenho no respeito pelos direitos humanos”.

A esta integrante subjectiva de qualidade percebida pelos utentes deveremos adicionar a intensidade com que os serviços que prestam cuidados de saúde fomentam a possibilidade de conseguir um resultado pretendido em saúde e ao mesmo tempo são credíveis ao observarem conhecimentos profissionais actualizados. Para a Organização Mundial de Saúde (2007, p. 1) “a qualidade no atendimento incluindo a segurança do doente, define-se como a qualidade no atendimento sanitário essencial para a consecução dos objetivos nacionais de saúde, a melhoria da saúde da população e o futuro sustentável do sistema de saúde”.

Os cuidados de saúde são um exercício de competência de vida que devem firmar-se nos valores do respeito pelo ser humano, na sua dignidade, bem como nas forças da vida e na mobilização de todos os meios essenciais para promover o desenvolvimento da sua eficiência. Este exercício deve efectuar-se através duma acção recíproca entre a pessoa cuidada e o profissional de saúde cuidador, edificada em três pilares, confiança, respeito e afecto. Os cuidados de saúde devem assumir condição ou forma humana prioritária, direccionados para a vida, que envolvem e determinam formas de comunicar como preceito moral de modo a perceber os outros, num cenário de segurança e respeito. Para Renaud (2010, p. 7) “(...) a preocupação ou o cuidado concreto são apenas possíveis porque o existir do ser humano é estruturante, ontologicamente preocupação”.

A qualidade no atendimento e na prestação de cuidados de saúde, são um acontecimento de transformação cultural e fundamental da maneira de proceder da enfermagem, é a revelação de um atributo humano que se exterioriza num estado de espírito ético direccionado para o auxílio, é um serviço público que proporciona e conserva a vida desde as perspectivas humana, ética, interpessoal e terapêutica. O atendimento e a prestação de cuidados de saúde devem proporcionar e transmitir confiança, preocupação pelo estado débil do paciente, de modo a manter e promover a saúde e a integridade humana em momentos de vulnerabilidade. O objectivo principal do atendimento de qualidade é propiciar cuidados apropriados e adequados aos pacientes perante os problemas que apresentam e os afectam, fundamentados em condutas de enfermagem de maneira a refazer a sua autonomia, promover a sua plenitude biológica, psicológica, social e manter todas as suas faculdades e capacidades (Leininger, 1995).

A qualidade do atendimento nos serviços de saúde é um ato do qual se espera que vá maximizar o bem-estar do paciente, considerados os benefícios e os prejuízos relacionados com todas as fases do processo. A qualidade é pois um atributo do atendimento nos cuidados de saúde, que podem ocorrer em diferentes níveis, dos quais se retiram os maiores benefícios quando são percebidos os menores riscos para o paciente. Estes benefícios dependem porém, dos recursos disponíveis para a prestação dos serviços e de acordo

com os valores sociais que predominam. Para Donabedian (2005, p. 692) “(...) os critérios de qualidade são nada mais, do que os juízos de valor que são aplicados aos vários aspectos, propriedades, substâncias ou dimensões de um processo designado de cuidados médicos. Como tal, a definição de qualidade pode ser quase qualquer coisa que alguém quer que seja, embora seja, ordinariamente, uma reflexão de valores e objetivos atuais no sistema de cuidados médicos e na sociedade mais ampla da qual ela faz parte”.

3. As competências necessárias para a profissão de enfermagem

A palavra competências tem diferentes sentidos e o seu emprego é diverso consoante a sua referência às díspares actividades do mundo laboral, do universo empresarial, do direito, da educação ou da formação, a que se reporta. Relativamente aos cuidados de enfermagem, por competências entendem-se as qualificações específicas indispensáveis para o exercício da profissão.

Nesta área de conhecimento, as competências são descritas como propriedades específicas dos indivíduos, designadamente os seus conhecimentos, as suas aptidões e as suas atitudes, que lhe permitem pôr em prática de forma autónoma e com elevada proficiência a prática da profissão de enfermeiro e ajustar o seu modo de vida a um ambiente num contínuo de mudança.

A competência só se torna evidente quando colocada em prática, ou seja, o local onde é aplicada tem grande preponderância na formação de competências, assim, não cabe unicamente às escolas propiciar as competências, mas também, as experiências vividas no local de trabalho, são igualmente fundamentais para a sua evolução. Para Fernandes (2001, p. 338) o objectivo para uma reflexão sobre as experiências adquiridas “deverá ser o de reforçar o potencial do jovem sobre o seu meio ambiente e de desenvolver as capacidades de transferir as competências adquiridas de uma situação para outra, fazendo com que os tais jovens sejam capazes de utilizar, efectivamente, tais aptidões em situações de trabalho diferentes”.

A obtenção dos conhecimentos, aptidões e atitudes exigidos para a prática da profissão de enfermeiro são efectuados num percurso curricular com formação específica, com tempo mínimo de formação e com conteúdos específicos da profissão. As competências adquiridas no final podem variar, todavia, o exercício da profissão exige que o enfermeiro entre num processo de desenvolvimento permanente, com capacidade de evolução, para deste modo poder colocar todos os seus conhecimentos nos cuidados que presta, tomar decisões e introduzir, quando necessários, mudanças no âmbito da sua profissão. De acordo com o artigo 88.º da Lei 111/2009, com as diversas alterações introduzidas ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, da sublimidade da sua prática o enfermeiro “procura em cada ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; (...) adequar as normas de qualidade dos cuidados (...); manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma permanente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente (...); assegurar por todos os meios (...) as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia (...); garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados (...); abster-se de exercer funções sobre influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbações das faculdades físicas ou mentais”.

A competência não é um acréscimo ou um apêndice, observar a competência como uma soma ou uma simples adição de recursos é fazer uso da razão para se depreender uma concepção de construção e não uma disposição ordenada de elementos. A construção, como num simples jogo de modelos de diversos objectos de plástico, produz uma estrutura na qual qualquer elemento possui a sua forma própria, qualquer que seja a arquitectura em que se insere, quer se trate de uma máquina, ou instrumento, isto é, cada peça é idêntica a si mesma. Pelo contrário, a competência num sistema ordenado de elementos é distinta, ou seja, qualquer elemento é modificado pelo outro. O saber-fazer, ou o saber adquirido, ou seja, saber orientar uma tarefa, deve alterar-se e adaptar-se quando combinado com o conhecimento nas diferentes áreas. Para Le Boterf (1995, p. 16) “a competência não se reduz a um saber nem a um saber fazer”, isto é, “possuir conhecimentos ou

capacidades não significa ser competente”, uma vez que, “a experiência mostra que as pessoas em posse de conhecimentos ou capacidades não as sabem mobilizar de forma pertinente e no momento oportuno”.

Ser competente é ser capaz de actuar de forma eficiente e alcançar o êxito, através da competência, numa situação de trabalho, numa actividade executada, num evento qualquer que tenha que enfrentar, num problema a resolver ou num projecto a realizar. Ou seja, é executar uma acção, uma prática profissional adequada, através de uma disposição ordenada de elementos, nomeadamente conhecimentos, saber-fazer, comportamentos e modos de pensar, aludindo ao domínio da acção. Segundo Le Boterf (1995, p. 43), competente é o indivíduo que é “(...) capaz de mobilizar, pôr em acção de forma eficaz, as diferentes funções de um sistema em que intervêm recursos tão diversos como operações de raciocínio, conhecimentos, activações da memória, as avaliações, capacidades relacionais ou esquemas comportamentais”.

Ter competência é possuir diversos recursos, designadamente o conhecimento, o saber-fazer, os métodos de raciocínio, atitudes físicas e atitudes comportamentais, para agir com competência. Possuir estes recursos é, porém, uma condição necessária, mas não suficiente para agir com competência. Conforme assegura Le Boterf (2003, p. 52) “ A competência não é uma constante. Ela pode e deve variar em função da evolução da situação em que intervém. Supondo a colocação a prova da realidade, a mobilização pertinente dos saberes e das habilidades é progressivamente aprendida. Somente ao final de certo período de tempo o indivíduo poderá ser reconhecido como competente em seu contexto de trabalho”.

Deste modo, um indivíduo atua com competência quando tem a faculdade de conciliar e colocar em acção uma diversidade de expedientes particulares adequados, tais como o seu conhecimento, o seu saber-fazer e as suas atitudes comportamentais, com os meios de apoio disponíveis, designadamente, bases de dados, colegas de trabalho, peritos e outros profissionais de diferentes áreas. Assim, o indivíduo executa com espontaneidade uma conduta profissional adequada para lidar com as

situações que se lhe apresentam, considerando sabiamente as suas necessidades e o contexto particular em que atua, tendo sempre presente a finalidade de conceber resultados, bens ou serviços, cumprindo determinados critérios de desempenho relativamente ao destinatário, sendo este cliente ou paciente.

Na actualidade deparamo-nos com distintas formas de classificar as competências. Com a inclusão deste conceito no ensino superior, foi colocado em acção por diversas universidades um projecto, designado por Projecto Tuning. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 13) “Desde a Convenção de Salamanca (2001) que a compatibilização das qualificações surge como relevante e uma parte importante do processo poderia ser operacionalizado pelo Projecto Tuning, que teve, entre os seus objectivos, identificar pontos de referência para as competências genéricas e específicas dos dois primeiros ciclos. Na primeira fase (2000-2002), foi desenvolvido nos campos de Administração de Empresas, (...); a fase II (2003-2004) inclui Enfermagem e Estudos Europeus”.

O Projecto Tuning² assenta em três premissas fundamentais: reconhecer as competências genéricas que devem ser desenvolvidas em todos os graus de ensino; identificar as competências específicas nos diversos graus conferidos e definir os European Credit Transfer System (ECTS), como medida para comparar os diferentes currículos nas diferentes universidades. Numa fase posterior (Tuning 2) considera-se uma quarta premissa que integra abordagens ao ensino e aprendizagem, avaliação, rendimento e qualidade.

Este projecto classifica as competências em duas vertentes, as genéricas e as específicas.

As genéricas, são as competências partilhadas por todas as áreas de conhecimento, que são comuns à maioria das qualificações, embora com incidência diferente e contextualizada em cada uma das qualificações próprias. As competências genéricas, por sua vez, podem dividir-se em instrumentais,

² Disponível na Internet: <URL: <http://dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>>. [Consult. 23 de MAI. 2015].

interpessoais e sistémicas, reconhecendo o Projecto Tuning cerca de trinta para a área da enfermagem. Para as competências instrumentais, que desempenham um papel instrumental, isto é a forma como os enfermeiros desempenham o seu trabalho, destacam-se a aptidão cognitiva, a capacidade metodológica e o desembaraço tecnológico e linguístico. As interpessoais referem-se às capacidades individuais, nomeadamente a aptidão social (interacção e cooperação social). As competências sistémicas dizem respeito à capacidade e à aptidão relacionadas com sistemas globais, isto é, um conjunto de elementos agrupados e provenientes da compreensão, sensibilidade e conhecimentos, que para acontecerem é necessário obter antecipadamente competências instrumentais e interpessoais.

As específicas, são as competências referidas às disciplinas concretas, de uma determinada especialidade ou grau de ensino atribuído, estando neste caso vocacionadas para a consecução de um perfil próprio do graduado, que, no caso da enfermagem, é o do enfermeiro especialista. São contíguas a determinados aspectos formativos, áreas de conhecimento, ou grupos de matérias e geralmente têm uma projecção longitudinal na atribuição do grau. Deste modo, compete à Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 6) “definir o nível de qualificação profissional para o exercício e as competências do enfermeiro (...). Existe um único nível de formação em enfermagem a que corresponde, no quadro da legislação anterior, o grau de licenciado e o título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais, para o qual a Ordem definiu o perfil profissional. A formação deve habilitar para o exercício autónomo da profissão de enfermagem”.

4. O objectivo da enfermagem

Qualquer que seja o atendimento prestado a um paciente é exigido ao enfermeiro que, seja atencioso, que atenda o paciente com singularidade, que estabeleça laços de confiança, que ajude o paciente a identificar os meios necessários para que possa prosseguir o seu caminho, com os problemas de saúde que o afectam devidamente sanados. Neste sentido, os cuidados e o objectivo da enfermagem inscrevem-se numa dinâmica de procura do caminho para a vida. O ser humano é considerado como um todo, indivisível, que

procura adaptar-se ao longo de todo o seu percurso, com o objectivo de obter o seu bem-estar ou o seu melhor-estar possível. Assim a enfermagem tem como finalidade encorajar, favorecer e apoiar este processo de adaptação. Como afirma Walter (1988, p. 23) “seja qual for a natureza do cuidado prestado, ele dirige-se sempre ao ser humano, pessoa singular em interacção constante com um ambiente em mudança”.

A enfermagem descreve-se em cinco perspectivas fundamentais. A vertente educativa, que consiste na possibilidade de oferecer ao paciente ou a um grupo, esclarecimentos, conselhos ou assistência, para que possam compreender as medidas indicadas, no sentido de melhorar a sua saúde e modificar os seus comportamentos. A vertente preventiva, definida como as medidas levadas a cabo no sentido de evitar ou minorar o número ou a gravidade das doenças, dos acidentes e de deficientes. A vertente manutenção, relacionada com as funções vitais, ou seja, facultar respostas às necessidades que se referem à vida humana. A vertente curativa, intervenção cujo objectivo é lutar contra a doença, as suas causas, as suas consequências e a eliminar ou a restringir os seus efeitos. E a vertente paliativa, referente aos tratamentos infligidos com o objectivo de aliviar o sofrimento e a dor e propiciar conforto psíquico e moral à pessoa em tratamento.

As concepções próprias da profissão de enfermagem são, para além da saúde, a doença e os seres humanos, ou seja, aqueles que têm maior sentido na área dos cuidados de enfermagem. O saber dos cuidados de enfermagem indicam que as teorias ou modelos conceptuais decorrem de correntes filosóficas, tendências científicas, designadamente das ciências humanas e da física, e da teoria dos sistemas.

As principais tendências destas teorias são a relação entre o paciente e o ambiente envolvente, externo ou interno e a utilização dos expedientes do paciente para adquirir uma melhoria significativa no seu estado de saúde ou para satisfazer as suas necessidades básicas. Estes procedimentos remetem-nos para a teoria de Virgínia Henderson e de outros autores, que denominam de conceito de adaptação ou de aprendizagem de uma nova situação. Henderson segundo Tomey (2004, p. 115) considerava determinados

pressupostos na definição de enfermagem “enfermagem, pessoa, saúde e ambiente”. Para Henderson, a função da enfermagem consistia em auxiliar o paciente na sua recuperação para, dentro do possível recuperar e executar as suas actividades. Ajudando-o na sua saúde, no seu recobro, ou numa morte serena. Estas funções seriam contudo, desenvolvidas pelo paciente caso possui-se força própria ou conhecimentos necessários. Salienta ainda que a enfermagem deve propiciar ao paciente a sua autonomia no menor espaço de tempo possível (Tomey, 2004).

As actividades específicas do enfermeiro aplicadas à satisfação de saúde básica das pessoas, que já não podem cuidar delas próprias, devem ser acompanhadas de uma relação interpessoal enfermeiro-paciente. Esta relação pode efectivamente ser de ajuda, mas deve, nos diferentes casos, ser adaptada à situação apresentada. As atitudes da relação interpessoal enfermeiro-paciente devem assentar em determinados pressupostos elementares, nomeadamente a empatia, o respeito, a autenticidade, a especificidade, a confrontação e a assistência imediata. Deste modo, a relação de ajuda é um procedimento que procura libertar as capacidades da pessoa doente a viver plenamente e cuja actividade não é possível no momento da ligação entre ambos. É uma relação que permite ao paciente, conhecer-se, aceitar-se e gostar de si próprio, de modo a adquirir rapidamente a sua autonomia (Auger, 1985).

Diversos estudiosos das ciências da saúde, nomeadamente na área da enfermagem, definem a relação de ajuda como inerente à actividade de cuidar, mesmo sendo característica de outras actividades profissionais. Seja qual for o objectivo, o enfermeiro-independente, a adaptação ou o equilíbrio, para citar apenas três, o enfermeiro deve esforçar-se por empreender na sua actividade profissional, uma comunicação assente na ajuda (Adam, 1983).

Privilegiando a teoria existencialista de Henderson que nos dá uma concepção de cuidados de saúde, ou de enfermagem, Henderson (1969, p. 4) entende a função e o objectivo do enfermeiro como “assistir qualquer indivíduo, no estado de perfeita saúde ou doente, de modo a que ele possa realizar diferentes actividades destinadas a recuperar a sua saúde, ou a morrer com

dignidade, actividades essas que ele mesmo realizaria, se tivesse força, vontade ou conhecimentos necessários”. O papel do enfermeiro é assim, um papel de substituição que tende a satisfazer as necessidades do paciente.

Estas teorias porém, encontram a razão da sua existência, no modo como salientam a importância da função autónoma do enfermeiro. Elas apresentam a capacidade de diagnosticar os problemas provenientes da falta de equilíbrio e de decisão dum intervenção adequada. Os dados envolvidos na decisão da intervenção a realizar possibilitam, observar ou manifestar uma explicação possível de um plausível desenvolvimento do problema. Este aspecto do trabalho do enfermeiro, ou seja a sua função, permite-lhe tomar a iniciativa e o controle, isto é, ele possui o saber, para além de ajudar o paciente a obedecer aos requisitos terapêuticos do médico. Elemento de uma equipa sanitária, de que faz parte, o enfermeiro, auxilia os outros elementos, do mesmo modo, que eles também o ajudam na elaboração e na execução das actividades programadas na sua totalidade, quer se trate de melhorar a saúde, recuperar um doente ou socorrer um ser humano (Henderson, 1969).

Assim, os objetivos dos cuidados de enfermagem são projectados para promover e manter a saúde, prevenir doenças, aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. A ciência da enfermagem possibilita analisar, qualificar e empregar os distintos métodos conhecidos, possibilitando ao ser humano a manutenção do seu bem-estar e a sua evolução através de uma abordagem holística. Relembramos contudo que, para influenciar o estado de saúde do paciente são utilizados, por vezes, abordagens terapêuticas com base nas ciências médicas e nos conhecimentos da faculdade de cuidar. Como último factor a ter em conta, é importante o paciente estar num perfeito estado espiritual, energético, bem como num cuidado estado biológico e psíquico. Segundo Boittin et al. (2002, p. 10) “ o enfermeiro entra em jogo a partir do momento em que o indivíduo solicita ajuda para satisfazer as suas necessidades fundamentais. O seu papel é suplementar essas necessidades, até ao momento em que o indivíduo seja capaz de realizar todas as suas actividades. Deve aprender a conhecer o indivíduo para conseguir ajudá-lo a compreender o seu estado e a aceder aos tratamentos que lhe são prescritos. Deve adquirir conhecimentos em biologia, fisiologia, psicologia e sociologia

para ultrapassar as carências do indivíduo. A qualidade do relacionamento entre o enfermeiro e o paciente vai determinar a eficácia do tratamento. O enfermeiro deve procurar estabelecer, uma relação de cuidados de saúde edificada em parceria com o paciente”.

5. Compromisso para a valorização e evolução da carreira

O compromisso para a valorização da enfermagem passa pelo destaque da função adequada do enfermeiro. O mundo permanece em plena evolução, tal como a profissão do enfermeiro fornece a possibilidade de tomar nas próprias mãos o destino da profissão.

A enfermagem segue a evolução do homem ao longo dos tempos. Associada a um papel feminino no início, a um papel religioso de seguida, ou a uma tarefa de mulheres voluntárias mais próximo dos nossos dias, passou actualmente para uma profissão a tempo inteiro, demonstrando que a razão da sua existência assenta numa reputação firmada e no mérito próprio. Apesar do caminho percorrido, a profissão mostra actualmente a actividade que a torna credível face a uma sociedade designada como de consumo imediato, disposta a pagar o preço dos serviços unicamente se estes estiverem referidos com o valor intrínseco que ela lhe dá.

Torna-se cada vez mais premente, aos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, esclarecerem a essência da sua actividade. Demarcar o seu papel permite-lhes avocar as obrigações que são causadoras de inquietação, para fundamentar os seus objetivos e divulgar a sua identidade face a outros profissionais e à sociedade em geral.

O quadro de referência e os conceitos laboriosamente desenvolvidos pelos quadros hierárquicos responsáveis, são os meios privilegiados para o reconhecimento da profissão. Conforme parecer do Conselho de Enfermagem (2011, p. 1) “A clarificação do espaço de intervenção da Enfermagem, no âmbito dos cuidados de saúde, tem sido uma das preocupações da Ordem dos Enfermeiros. Existe um quadro de referência, orientador do exercício

profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de acção e que está assente nos seguintes pilares: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), (...) e o Código Deontológico do Enfermeiro. Para além destes documentos constitutivos do quadro de referência, existem também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais”. Estes documentos procuram dar sentido às actividades de enfermagem e a apresentar uma imagem clara e precisa dela e da sua utilidade. As concepções retidas sobre a enfermagem oferecem, para além disso, os meios para que os enfermeiros “falem” todos a mesma linguagem.

A evolução do profissional de saúde depende e assenta em três pilares indissociáveis, a formação, a prática e a pesquisa. Segundo Rodrigues (2009, p. 27) “Em pleno séc. XXI a luta pela emancipação epistémica da enfermagem trava-se agora ao nível da produção de conhecimento útil, à sua divulgação em revistas científicas de impacto e à descodificação desses discursos científicos de modo a que se tornem compreensíveis ao nível social e transferíveis para a prática clínica e educativa”.

Relativamente à formação, é actualmente aceite que ela se desenrole no interior de um mapa conceptual, que inclua um método de abordagem e a resolução de problemas sistémicos. A prática, actualmente permanece afastada dum esquema conceptual, da utilização de métodos de análise e dos diversos trabalhos desenvolvidos na profissão. Garantir o desenvolvimento da profissão passa pela sensibilização e pela contribuição para a solução de divergências entre a teoria e a prática. A pesquisa tem por sua vez, a última palavra em matéria da concepção dos cuidados de saúde. Segundo Lopes (2009, p. 53) “(...) a investigação não deve ser um fim em si mesma, mas antes um meio para alcançar esse fim. Neste caso, um meio para melhor compreender e intervir sobre os problemas de saúde das pessoas”. É através dela que as estruturas conceptuais vão adquirir maior precisão e conservar-se com grau científico elevado. É também através da pesquisa que o envolvimento dos formadores e dos praticantes pode convergir. Para Rodrigues (2009, p. 24) “A educação e a investigação em enfermagem podem ser um trabalho fascinante, se soubermos encarar com serenidade as dúvidas

“ontológicas” que ainda actualmente, depois de alguns séculos de enfermagem, nos continuam a fazer pensar: “O que fazem realmente os enfermeiros? Que nível de formação precisam para fazer o que fazem? Qual o paradigma de enfermagem, saúde e de cuidar que permite investigar um domínio científico, com um método específico?”.

6. O trabalho em equipa

O trabalho de equipa permite a gestão e o suporte concreto, orientado para todos os factores englobados no processo da doença. Diz respeito ao número de pessoas com os conhecimentos necessários para gerir ou dar autonomia ao paciente e que trabalham em conjunto para alcançar um objectivo definido. Os elementos de uma equipa, de diferentes especialidades, observados numa perspectiva multidisciplinar, segundo Lopes (2009, p. 47) “trabalham em paralelo ou sequencialmente rumo a metas preestabelecidas. Cada pessoa trabalha a partir de sua própria filosofia disciplinar. Os membros da equipe têm uma função claramente especificada e sua participação é limitada pela sua especialidade disciplinar. O poder, a autoridade e a responsabilidade por uma decisão final e por futuras direcções no plano de cuidados repousam numa disciplina, frequentemente sobre um único membro da equipe. Isso ocorre porque os membros da equipe não são considerados iguais em termos de especialidades, *status* ou funções na mesma. Usualmente, o médico é identificado como o líder, ao qual os outros membros da equipe fornecem informações”.

Os profissionais de saúde intervêm e transmitem todo o seu saber e experiência, nos cuidados de saúde que prestam. É no respeito mútuo, no reconhecimento e na contribuição de cada um no desempenho de tarefas comuns, que cada profissional pode descobrir o seu espaço distinto para dar a conhecer com competência, o seu próprio papel. Nesta perspectiva interdisciplinar é avançada a participação das diversas disciplinas, através da conjugação de esforços de diferentes profissionais numa afinidade correlativa de trabalho. Conforme sublinha Lopes (2009, p. 48) “Os membros da equipe têm alguma ideia sobre os papéis, a base de conhecimentos e uma visão geral do referencial teórico e da abordagem utilizada por cada um dos componentes

da equipe, que funciona dentro de uma estrutura formal que facilita a interacção e a comunicação entre as áreas. Para esse modelo funcionar efectivamente, é necessário existir um alto nível de confiança e conforto entre os membros da equipe. Esse modelo permite a construção de um consenso e a tomada de decisões em grupo”.

Neste contexto interdisciplinar, a equipa é definida como um grupo de pessoas, interdependentes nas suas tarefas, que partilham as responsabilidades dos resultados obtidos, que se compreendem e são compreendidas como uma só entidade, agrupadas num sistema social e cujas relações gravitam em volta de fronteiras organizacionais (Cohen & Bailey, 1997).

Em relação ao trabalho de equipa na profissão de enfermagem Barbieri (1997, p. 22) afirma que “o que dá eficácia a uma equipa é a diversidade dos contributos específicos de cada profissão. Só possuindo uma concepção clara e precisa pode o enfermeiro projectar uma imagem positiva, quer na sociedade, quer nas equipas que integra e consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com os dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio”.

O trabalho em equipa é a acção recíproca ou a relação entre dois ou mais profissionais de saúde que trabalham de forma interdependente para prestar cuidados aos pacientes. O trabalho em equipa significa que os membros da equipa são mutuamente dependentes, consideram o trabalho em colaboração centralizado no cuidado ao paciente, beneficiam do trabalho em colaboração para prestar cuidados de saúde ao paciente, partilham a informação que pode levar à partilha da tomada de decisões e sabem quando o trabalho em equipa deve ser usado para maximizar os cuidados de saúde centrados no paciente (CHSRF, 2006).

7. A capacidade de tomar decisões

Um constituinte que deve ser considerado de primordial importância como percussor de efeitos psicossociais é a percepção do enfermeiro sobre o seu nível de capacidade de acção na tomada de decisões. Este elemento pode formar na sua essência outra fonte relevante de stress e provocar o aparecimento de um conjunto de sintomas associados à privação de bem-estar laboral. Segundo Nunes (2006, p. 3) “Tomamos decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas – por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela não se renuncia. Mais a percebemos como realidade a que não é possível escapar. A ideia de não escolher ou de se abster de uma escolha é, em si mesma, uma escolha. Afirimo, sem grandes dúvidas, que não há senão escolhas”.

Diversos autores atribuem à diminuta participação na tomada de decisões e envolvimento com o paciente, ou falta de controlo nos resultados do seu trabalho, o início de um estado depressivo e baixa de auto-estima nos profissionais de saúde (Jansen et al., 1966 & Glass et al., 1993).

Investigações levadas a cabo por diferentes instituições, nomeadamente a American Academy of Nurses referem que a autonomia profissional, a procura incessante de um aperfeiçoamento organizacional, a dedicação à formação continuada dos recursos humanos e um permanente controlo e avaliação das actividades são uma qualidade dos hospitais de referência que assim, conseguem melhores relações humanas interprofissionais, bem como com outros grupos de saúde (Aiken et al., 2000). De acordo com os argumentos apresentados por Nishio et al. (2011, p. 14), afirmam que “Esses instrumentos básicos são importantes para melhor implementação do modelo Primary Nursing, onde se faz necessário que o enfermeiro e equipe tenham: capacidade de tomar decisão. Confiança em si e na própria equipa. Conhecimento técnico-científico. Capacidade de assumir responsabilidades. Conhecimento da SAE (Processo de Enfermagem ou Sistematização da Assistência de Enfermagem) ”.

O processo de tomada de decisões está relacionado com situações que comportam conhecimentos e acção. Assim, encontra-se presente em instituições que exigem o desenvolvimento de aptidões, requerendo dos indivíduos, disposição de produzir, transportar, usar e aplicar conhecimentos para a identificação, resolução e arbitragem de quesitos. Deste modo, impõe-se a obrigação de orientar processos educativos que promovam o pensamento crítico, de modo aos indivíduos desencadearem um papel activo e comprometido com a realidade. Na área da saúde, o enfermeiro deve adoptar por conseguinte, uma função orientadora, que permita guiar e promover o desenvolvimento de aptidões próprias, honrando a sua liberdade e a sua experiência, partindo do pressuposto que toma conhecimento prévio de todo o processo e possa assumir, desse modo, as suas responsabilidades e decisões. Tomar decisões em enfermagem é grosso modo, apontar para o ato de profissionalizar-se e para a autonomia da profissão. A autonomia da profissão só se consegue quando o enfermeiro é capaz de decidir e responsabilizar-se perante as decisões tomadas e ainda sobre os resultados que alcança com essas decisões (Neves, 2002).

O enfermeiro, deve ser permanentemente um mediador entre o conhecimento e a acção, numa perspectiva educativa, comunicacional e ética. Neste sentido, pode proporcionar a tomada de decisões, auxiliando na comunicação entre o conhecimento que detém do paciente e as decisões que terá de assumir relativamente à saúde desse paciente, dentro de um quadro de respeito pela decisão que o paciente deliberou.

Os enfermeiros assumem decisões diariamente nas instituições onde trabalham, promovendo e preservando a própria organização, dinamizando ou delimitando a sua eficiência, a humanidade e a segurança nos cuidados aos pacientes. São possuidores de aptidões e conhecimentos para tomar decisões gerais e clínicas, assegurando deste modo, a eleição equitativa de todos. Um atributo marcante dos enfermeiros profissionais é a grande necessidade de decidir por eles mesmos. Quanto se atribui um determinado grau de liberdade relativamente ao modo como realizam o seu trabalho, o seu desempenho é melhor, do que, quando alguém toma as decisões por eles (Arndt, 1980).

A tomada de decisões factual, isto é, baseada em evidências, constitui um processo interactivo contínuo que obriga a ter em conta, de forma explícita, consciente e criteriosa as melhores provas disponíveis para prestar cuidados de saúde. Mesmo que se tenham desenvolvido sistemas de avaliação para classificar essas evidências é imperativo reconhecer que o recurso aos níveis mais elevados de provas não elimina a necessidade de julgamento clínico e profissional e as preferências do paciente. Quando se fala em enfermagem, com base em evidências, aludimos ao facto de integrar a tomada de decisões relacionadas com os clientes/pacientes, retiradas das evidências extraídas da pesquisa, da especialização clínica, das preferências dos pacientes e de outras fontes disponíveis. Na prática da enfermagem, a tomada de decisões é influenciada por elementos de prova, por valores individuais, pela escolha dos pacientes, pelas teorias, pelo julgamento clínico, pela ética, pela legislação e pelos locais de trabalho. Segundo Peres et al. (2006, p. 492) “O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efectividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, eles devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas”.

8. A relação com os superiores

A hierarquia pode ser explicada como ordem e subordinação de indivíduos segundo uma sequência, de tal modo que existem superiores e inferiores em diferentes graus (Ansart, 1999). Numa outra perspectiva, a hierarquia é uma categoria de grupos definidos sobre uma escala orientada, esta orientação é definida por valores, que por sua vez são reconhecidos pelos interessados em todos os escalões, uma hierarquia explica-se através de uma ideologia pré-concebida (Baechler, 1999).

Podemos designar portanto, a hierarquia como um sistema de afectação de indivíduos aos seus lugares, um sistema codificado e desigual, que não distingue apenas os indivíduos de acordo com as suas funções ou atributos,

mas também pelo valor que lhes é dado. É uma relação, uma vez que as categorias são relativas, e só têm algum sentido face à relação de uns para com os outros, embora isso, não implique necessariamente que essa relação seja uma relação de poder. Segundo Dumont (1979, p. 317) “temos que distinguir duas coisas bem diferentes: por um lado a escala de *status* (...) que eu chamo de hierarquia, e que não tem nada a ver com o facto de poder, do outro a distribuição do poder, económico e político, que é muito importante de facto, mas é distinta de, e subordinada à, hierarquia”.

Uma das singularidades mais relevantes do trabalho nas instituições de saúde continua a ser o nível de formalização e regulação que estrutura a área das profissões existentes. Os hospitais, como locais de trabalho, agrupam, efectivamente uma grande diversidade de níveis de qualificação e abrangem todo o espectro de categorias socioprofissionais. Apesar de uma grande variedade de estatutos para cumprir o trabalho, as relações entre as diversas categorias de pessoal não são efectivamente menos, por vezes podemos afirmar, que são ainda mais e extremamente codificadas. A definição e a divisão das tarefas estão estreitamente relacionadas com as hierarquias profissionais de saúde, cujo acesso a elas está excessivamente dependente da formação inicial recebida, provavelmente com mais intensidade do que para a maioria dos outros sectores de actividade. Assim, a profissão de enfermeiro desempenha aqui um papel primordial na criação de relatórios de trabalho, especialmente no que concerne às exposições hierárquicas. Em conformidade com o n.º 1 do artigo 7.º do Decreto-Lei 248/2009 que refere as categorias na enfermagem como “1 - a carreira especial de enfermagem é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias: a) Enfermeiro; b) Enfermeiro principal”.

Nas unidades de saúde, a diversidade de funções, de estatutos e de configurações de trabalho que combinam estas funções e estes estatutos dificultam o entendimento das relações de poder. As hierarquias são muitas e trabalham de maneira muito variável segundo as posições e as qualificações. Efectivamente, as unidades de saúde não estão organizadas numa única estrutura hierárquica, mas numa disposição complexa onde se cruzam várias hierarquias inter-relacionadas. Segundo Castro (2011, p. 160/162), num estudo realizado no CS de Barcelos/Barcelinhos, verificou em relação à hierarquia

profissional dos enfermeiros que “será pertinente referir que a sua direcção era, em 2006, composta por quatro elementos: o director, o coordenador médico, o coordenador de enfermagem e o coordenador administrativo. Na dependência do enfermeiro coordenador estavam três enfermeiros chefes, cada um deles com responsabilidades específicas. Em cada extensão de saúde, existia também um enfermeiro responsável (...). Outras responsabilidades de interlocução (a nível de todo o CS) em programas de saúde específicos eram distribuídos por diversos enfermeiros das extensões”.

No futuro, os superiores hierárquicos tronar-se-ão hábeis em ouvir, observar, e compreender as necessidades dos outros indivíduos (Neto, 2000). O ouvir é a mais descurada das aptidões da comunicação, exige concentração para o sentido das palavras e expressões não pronunciadas, mudar atitudes ajudará certamente o superior a analisar melhor a situação (Chiavenato, 1999).



Capítulo 3 – Os Hospitais das Forças Armadas – Uma organização



1. Breve resenha histórica dos cuidados de enfermagem militar

A história da enfermagem militar, na sua evolução para a profissionalização, passou por diversos ambientes em que a actuação dos militares prestadores de cuidados de saúde e os conhecimentos sanitários adquiridos nos diferentes conflitos bélicos, foram relevantes. Assim, a Guerra da Crimeia (1853) com Florence Nightingale, a Batalha de Solferino (1859) e Henri Dunant, a Guerra da Secessão (1861) e Dorotea Lynde Dix, tomaram papel de destaque, bem como, no caso português, o conflito colonial iniciado em 1961 e concluído em 1975. A utilização de meios humanos e materiais, nos cuidados sanitários prestados aos combatentes foram sempre necessários, pelo que a sua evolução está relacionada de igual modo com a evolução dos conflitos.

Os primeiros relatos de cuidados sanitários organizados remontam às ordens militares e aos cavaleiros hospitalários. Estas organizações surgem em ambiente bélico, junto dos combatentes que procuram a conquista da Terra Santa, em resposta ao pedido do Papa Urbano II para se dar início às cruzadas. A estas ordens militares de enfermagem eram atribuídos diversos nomes, consoante o lugar onde actuavam, o lugar ao qual pertenciam e a época em que surgiram. Eram constituídas por monges combatentes ou não, soldados e militares. A estas ordens militares pertencem, entre outras, organizações que prestavam serviços de saúde e de enfermagem, a Ordem Soberana e Militar Hospitalária de São João de Jerusalém de Rodes e de Malta, a Ordem dos Pobres Cavaleiros de Cristo e do Templo de Salomão (Templários), a Ordem Militar e Hospitalar de São Lázaro de Jerusalém. Relatos da época afirmam que estas Ordens Militares cuidavam dos doentes, mas pouco sabemos a seu respeito, uma vez que as informações desse período acentuam sobretudo a sua influência na organização dos hospitais, nas expedições e na acção militar. A sua tarefa principal encontra-se reflectida no artigo 3º do Regulamento da Ordem de São Lázaro, que afirma que “os fins da Ordem são a defesa e a sustentação da Fé Cristã, manter a sua preservação histórica dos Cristãos na Terra Santa, socorrer e ajudar os mais carenciados, em particular os que sofrem da lepra ou similares; promover e sustentar os

princípios da Cavalaria Cristã; trabalhando a favor da unidade Cristã e seguir os ensinamentos de Cristo”³. As cruzadas deixaram assim, um legado de disciplina militar, os cuidados a todos os que sofrem, o interesse pela religião, a criação da enfermagem militar e a cerimónia da investidura (Bravo, 1967).

A Guerra da Crimeia foi porém considerada a primeira guerra de trincheiras e a primeira Guerra Moderna da história, onde pela primeira vez surgiram os correspondentes de guerra que mostravam ao mundo o conflito nos seus periódicos. Este conflito, durante o seu desenrolar coloca em evidência a falta de preparação dos exércitos intervenientes e dos seus comandantes. A falta de serviços de saúde e de higiene são por demais evidentes, a consequência da maioria das mortes dos seus efectivos foram devidas, na sua maioria, a doenças como a cólera. Segundo Royle (2000, p. 246) “a 12 de Outubro de 1854, The Times, o jornal mais lido na Grã-Bretanha, relatou a situação em que se encontravam os soldados depois das batalhas. No artigo explicaram as condições insalubres e a falta de médicos que traziam como consequência mais baixas, inclusive mais do que o próprio combate”. Esta situação deu início a uma forte pressão da opinião pública face ao governo, bem como, o apoio da própria sociedade perante os soldados, de modo a que estes fossem melhor atendidos e recebessem melhores cuidados de saúde. Esta situação de apoio e pressão provocaria a médio e longo prazo uma revolução nos serviços médicos concedidos aos soldados. Uma das respostas mais relevantes foi o envio de Florence Nightingale como responsável pelas enfermarias de campanha, que prestavam cuidados sanitários aos combatentes. O papel da opinião pública na Grã-Bretanha conduziu, a relevantes melhorias nos serviços de saúde dos militares. Pra Pogranyivá et al. (2005, p. 29) “as feridas de guerra, eram só a sexta causa de morte. Doenças como o tifo, cólera e disenteria eram as três causas principais, pelas quais a proporção de mortos era elevada. (...) Nightingale transformou, de algum modo, um lugar de sofrimento incomportável, num refúgio onde os pacientes podiam recuperar-se”.

³ Disponível na Internet: <URL:<http://www.saolazaro.eu/regulamentos.html>. [Consult. 6 JUL. 2015].

O pequeno povoado de Solferino, ficou célebre após cerca de 40.000 soldados franceses, piemonteses e austríacos caírem mortos ou feridos às suas portas, sem nenhum tipo de cuidados médicos. Henry Dunant foi testemunha do horror da guerra e do sofrimento dos combatentes feridos, abandonados à sua sorte. Segundo Dunant (2011, p.5) “Simple turista, totalmente apátrida a esta luta, tive o raro privilégio, por um conjunto de circunstâncias particulares, de poder assistir às cenas em contínuo movimento, que me decidi a retractá-las”.

As marcas que a batalha de Solferino deixaram Dunant, foram o germinar do humanitarismo que deu origem posteriormente à Cruz Vermelha. A ideia de colocar limites à crueldade das guerras enraizou-se nas sociedades da época e, em poucos anos, vários Estados subescreveram o primeiro convénio de Genebra impulsionado pelo Comité dos Cinco, constituído por Henri Dunant, filantropo suíço; Gustave Moynier, advogado suíço de profissão e presidente da Sociedade de Genebra para o Bem-estar Público; Louis Appia, cirurgião de campanha; Théodore Maunoir, médico e membro da Comissão de Higiene e Saúde de Genebra e o General do Exército suíço Guillaume-Henri Dufour. O Comité dos Cinco foi renomeado passado quatro dias da sua criação e passou a denominar-se Comité Internacional para o Cuidado dos Feridos, embrião da Cruz Vermelha Internacional. Dunant, não se limita a descrever no seu livro *Un souvenir de Solférino*, uma terrível batalha, nem a evocar as suas impressões e a sua intervenção pessoal, formulando também ideias e propostas referentes ao futuro e cuja realização deveriam impedir a repetição dos sofrimentos testemunhados em Solferino. As suas ideias e as suas propostas, simples e audazes, bem como a sua rápida execução, fizeram deste documento, mais do que uma reportagem de guerra, uma referência indispensável para compreender a utilização dos cuidados médicos e sanitários nos conflitos armados e ao mesmo tempo, este documentário foi a rampa de lançamento para a concepção da Cruz Vermelha Internacional.

A Guerra Civil Americana destaca-se na história da enfermagem, como sendo a primeira em que foram usados de forma generalizada os fármacos, nomeadamente a utilização de morfina e de ópio com fins terapêuticos, nos hospitais militares. Segundo Ruiz et al. (2002, p. 106) “Nos Estados Unidos,

uma boa parte dos morfinómanos do século XIX foram iniciados no uso da morfina nos hospitais militares. Contudo, é duvidoso que a Guerra Civil Americana fosse a causa da dependência da droga”. O contexto da Guerra Civil Americana converteu-se num meio adequado para alcançar o conhecimento do início da profissionalização da enfermagem. As circunstâncias e a vida dos profissionais de saúde, principalmente as enfermeiras, que proporcionaram cuidados de saúde aos feridos em combate são um testemunho eloquente dos indícios históricos e profissionais que as mesmas deixaram ao longo do tempo que condicionam a percepção do passado do presente e a projecção do futuro.

Um dos momentos críticos na evolução da enfermagem é esclarecermos a obtenção do estatuto profissional do enfermeiro. Trata-se de um processo complexo, em que a dimensão doméstica, vinculada à figura feminina e o contexto social, definido em grande parte durante a Guerra Civil Americana, condicionaram o regular percurso dos acontecimentos. A maneira de entender a mulher no panorama americano do século XIX estava marcado pela dissociação entre a esfera pública social, atribuída ao homem e a esfera privada doméstica, que acolhia a sentença discreta da mulher. Foi a partir de 1840, quando se desencadearam profundas mudanças sociais, que conduziram à ampliação das funções da mulher e que se fixaram durante o percurso da guerra. Recuperar o pensamento escrito das enfermeiras, nomeadamente de Dorotea Lynde Dix, que cuidaram dos soldados e dos feridos durante a Guerra Civil Americana, permite-nos compreender melhor a função feminina naquele contexto, bem como vislumbrar a aquisição vagarosa de matizes profissionais. Para Eakin (1992, p. 179) “As guerras concebem parte do passado e, recorre-se a elas para obtenção de conhecimento, neste caso concreto, da profissão de enfermagem. A guerra funciona como um símbolo familiar de experiência colectiva e pode servir de conexão, através da autobiografia biográfica e a referência histórica”.

Os serviços de saúde militar portugueses prestaram, e continuam a prestar serviços de saúde e de ajuda humanitária em diferentes lugares do mundo, em situações bélicas ou conflitos concretos ou, em apoio e auxílio altruísta resultantes de catástrofes naturais e outras. O Serviço de Saúde

Militar, segundo Gomes (2006, p. 938) “tem por missão genérica apoiar os efectivos militares por todas as formas e acções que concorram, a nível individual e colectivo para a promoção e manutenção do mais elevado estado sanitário, capaz de garantir o mais elevado potencial de combate”.

As frentes de batalha criadas em África geraram em Portugal um enorme esforço de guerra. Em Abril de 1974 as Forças Armadas de Portugal tinham um efectivo de 230 mil homens, dos quais cerca de 175 mil encontravam-se nos três principais teatros de operações, Guiné, Angola e Moçambique. Segundo Graça (2011, p. 1) “Cerca de 9 mil combatentes morreram, em consequência de ferimentos em combate, acidente ou doença. Os feridos terão sido cerca de 30 mil. Mais difícil é contabilizar as vítimas de stress pós-traumático de guerra (cerca de 140 mil, ou seja, 15% dos efectivos metropolitanos), os que morreram precocemente, os que se suicidaram ou tentaram o suicídio, as vítimas de violência, abandono, pobreza e exclusão social”.

No contexto descrito não podem ser esquecidos os médicos e os enfermeiros militares pela relevância do seu trabalho durante a Guerra. O domínio da cirurgia de guerra aliado ao labor empregue na clínica tropical permitiu-lhes adquirir elevado prestígio, quer a nível nacional, quer internacional. As necessidades apresentadas nos locais de combate exigiu destes profissionais de saúde o engenho e a arte no tratamento dos feridos e estropiados que lhes eram apresentados. A experiência adquirida na Guerra Colonial foi, sem dúvida, um autêntico laboratório de prática e investigação. Com os poucos meios materiais e humanos, foram alcançados resultados que, após grande reflexão, foram apreciados ao nível de excelência. Este trabalho árduo não é fruto de improviso, exige escola e prática e necessita de uma população variada em idades, sexo e actividades que permita praticar e ganhar experiência, tornando-os profissionais com elevada proficiência. Destacamos também, o papel desempenhado pelas enfermeiras paraquedistas, corpo criado na Força Aérea para prestar cuidados de saúde aos seus militares, nos teatros de guerra em África. O papel que estas jovens mulheres desempenharam no Portugal de então, não ficou limitado à sua acção em combate, essencialmente no resgate e assistência dos feridos das forças portuguesas, e mesmo do inimigo. A sua coragem, empenho, persistência e

resiliência, provou a uma sociedade conservadora, que a mulher era capaz de mais, muito mais, do que ser educadora dos filhos e uma boa dona de casa⁴.

Foram os esforços de guerra, sobretudo, os relacionados com as mais importantes guerras mundiais, que legaram a razão de ser da enfermagem. A influência da enfermagem militar nas descobertas relativamente ao cuidado de feridas traumáticas (materiais e técnicas), desenvolvimento de novas drogas, a transfusão de sangue, a abordagem ao trauma emocional, a triagem em catástrofe, a evacuação de feridos, a enfermagem de reabilitação, entre outras, são exemplos desse enorme contributo.

Uma vez que, a exacta razão da existência do Serviço de Saúde Militar é a sua componente operacional, a qual tem como objectivo principal garantir as condições físicas e psíquicas dos militares, designadamente no apoio às forças nos Teatros de Operações, não podemos esquecer que, conforme afirma Espírito Santo (2006, p. 2) “(...) o Serviço de Saúde Militar tem necessidades de valências médicas, veterinárias e farmacêuticas específicas que devem e têm de ser experimentadas diariamente, desde o tempo de paz, para as respostas adequadas em tempos de crise ou de guerra”.

2. A cultura organizacional dos hospitais militares

2.1. Características da cultura organizacional

Para que as organizações alcancem um nível elevado de eficiência é necessário trabalhar num ambiente motivador, desafiador, participativo e com pessoal amplamente motivado e identificado com a organização, é por essa razão que o funcionário deve ser considerado como um activo dentro dela, logo, as chefias devem ter presente em todo o momento a complexidade da natureza humana para alcançar elevados índices de eficácia e produtividade. Neste sentido, a cultura e o clima organizacional determinam o comportamento dos trabalhadores na organização, conduzindo essa que determina a produtividade da instituição através de procedimentos eficientes e eficazes. Segundo Phegan

⁴ Disponível na Internet: <URL: http://ultramar.terraweb.biz/Enfermeiras_ParaQuedistas_Livro_Nos_Enfermeiras_Paraquedistas.htm. [Consult. 9 JUL. 2015].

(1998, p. 13) “em todas as organizações, o trabalho deve implicar um elevado grau de compromisso e oferecer ampla satisfação. Deve ser reflexo de uma vida agradável”.

A cultura organizacional é definida por diversos autores como a interação de valores, atitudes e condutas partilhadas por todos os membros de uma instituição ou organização. Pese embora esta definição, os efeitos culturais, acrescidos da constituição e do conjunto dos aspectos formais da administração, transmitem valores e filosofias, socializam as pessoas que fazem parte da colectividade, motivam os funcionários e auxiliam a coesão do grupo e o compromisso com os objetivos relevantes.

A cultura organizacional, assinalada também como a cultura de uma empresa é, de certa forma, o seu estilo de vida global. Toda essa cultura atravessa uma série de meios que diferenciam essa organização entre os diferentes parceiros e colaboradores, internos e externos. Dos elementos que identificam a organização destacamos porém, as crenças, os métodos de trabalho, a história, a ética, o compromisso social, os valores e os meios utilizados para os transmitir, o prazer e o bem-estar de trabalhar no seu seio, o espírito de equipa, o serviço prestado aos clientes, o ambiente de trabalho e o código de vestuário.

Portanto, a cultura organizacional é uma estrutura de valores elementares, que um determinado grupo criou, descobriu ou desenvolveu e assimilou de forma a superar os seus problemas de adaptação externos e de integração interna. Os valores em causa exercem a sua função de forma satisfatória de modo a serem considerados operacionais e assim, neste capítulo, poderem ser ensinados aos novos intervenientes como forma correta de perceberem, pensarem e reagirem face a problemas análogos. O sucesso das instituições é determinado com base em objetivos estratégicos, delineados no seu plano operacional, porém, é indispensável igualmente a presença de uma cultura organizacional que abranja os valores da organização, o seu ambiente organizacional e a forma como foi estruturada a sua gerência. Estes factores constituem os alicerces para erguer os vários métodos com a finalidade de alcançar a excelência (Armstrong, 1991).

A cultura organizacional dá a conhecer os desígnios relativamente à natureza da organização, manifesta-se através das atitudes, isto é do ambiente, ou clima organizacional e não é mais do que a forma com a administração e os funcionários, individualmente ou em grupo, se comportam na organização. A cultura organizacional é um factor vital no seio das organizações, com influência directa em três áreas de conduta dos funcionários, isto é, exerce determinada preponderância nos valores organizacionais, na noção de perceber o que é melhor para a organização e na noção do que ocorrerá e do que deveria ocorrer perante as atitudes tomadas. Refere-se assim, aos meios utilizados e aos objetivos e fins a atingir.

Por sua vez, o ambiente organizacional, isto é, a atmosfera que envolve o trabalho da organização tal como é percebida e experienciada por todos os que a envolvem, é um aspecto que abrange, o sentir e o pensar das pessoas perante as características e o carácter da cultura organizacional e dos valores por ela transmitidos. Um factor determinante nesta envolvente organizacional é a forma como a administração se comporta e exerce a sua autoridade. Atendendo a que a postura da administração pode ser autocrática ou democrática, o seu estilo de actuação é assim determinado pela cultura e pelos valores da organização.

O clima organizacional refere-se deste modo, ao ambiente de trabalho próprio da organização. Este ambiente incute determinada preponderância na atitude e no modo de proceder dos indivíduos que a constituem. Aproveitando estas linhas de orientação, podemos confirmar que o clima organizacional é o reflexo da cultura mais enraizada da organização. Da mesma maneira, e seguindo a mesma linha de raciocínio, é importante assinalar que o clima organizacional motiva o modo como trabalhador entende o seu trabalho, o seu rendimento, a sua produtividade e a satisfação que coloca no trabalho que desempenha. O clima organizacional constrói-se a partir das percepções que o indivíduo tem da organização onde trabalha e à opinião que formulou dela relativamente à autonomia, à estrutura, às recompensas, à consideração, à cordialidade, ao apoio e à abertura (Dessler, 1993).

O ambiente organizacional é constituído por diversos componentes que influenciam ou determinam o modo de trabalhar dos empregados. Destes elementos evidenciam-se alguns, que se consideram determinantes e nucleares, que produzem efeitos imediatos na funcionalidade dos trabalhadores, assim, salientamos, as características pessoais dos empregados, especialmente as atitudes, as suas percepções e a sua personalidade, bem como, os valores, a aprendizagem e o stress que os trabalhadores experimentam na organização; os diversos grupos que constituem o seio da estrutura, isto é, a sua organização, os métodos, a coesão, as regras e as tarefas; a motivação, as carências, o zelo e as complementaridades; a liderança, as formas de poder, as políticas desenvolvidas, a preponderância e os costumes; a grandeza da estrutura na sua vertente macro e micro; e os processos organizacionais, a avaliação, as remunerações, a comunicação e a tomada de decisões. Os elementos descritos são relevantes para a administração das instituições e para os seus funcionários. Para os trabalhadores são indispensáveis no modo como pretendem alcançar os seus objetivos, na satisfação empregue no seu percurso profissional, na qualidade de trabalho, no seu comportamento no seio do grupo, nomeadamente na união deste, na moral e nos resultados apresentados; para a organização a relevância destes elementos dão origem ao aumento de produção, a uma maior eficiência e eficácia no trabalho desenvolvido, a melhor adaptação e desenvolvimento no mercado onde manobra, podendo para o efeito sobreviver melhor no ambiente onde atua e diminuir de forma gradual o absentismo dos trabalhadores.

O processo da organização do trabalho abrange grandezas técnicas e grandezas sociais, que denominam o centro de atenção sociotécnico, assim, a organização do trabalho é a discriminação do conteúdo, métodos e inter-relações entre os cargos, com a finalidade de compensar os preceitos organizacionais e tecnológicos, do mesmo modo que os preceitos sociais e particulares da pessoa que ocupa o lugar ou a função (Davis, 1966).

2.2. Instituições totais

As instituições totais são descritas como todas as instituições que consomem parte do tempo e do interesse dos indivíduos que fazem parte dela, dando-lhes ensejo, por assim dizer, a um universo próprio. Segundo Goffman (2003, p. 11) “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente, administrada”.

O indicador que vinca determinantemente este tipo de instituições, e a sua propensão para subordinar os interesses dos indivíduos completamente aos interesses da colectividade, são os obstáculos criados no momento da interacção social dos indivíduos com o exterior. Um aspecto a destacar destes obstáculos é que, existe uma ruptura com o mundo exterior, um isolamento que é assegurado através de barreiras físicas, obstáculos ordinariamente corpóreos (muros, cercas, vedações), que evitam a saída do indivíduo da instituição e a ligação com o meio ambiente, estabelecendo-se desta forma a permanência de um determinado número de pessoas compartilhando todas as actividades do quotidiano, sujeitas a certas regras, que são impostas e se encontra sobre a alçada da mesma autoridade.

Segundo Giddens, numa apreciação à obra de Goffman (2000, p. 449) “as instituições totais são centros como sanatórios psiquiátricos, as prisões, os campos de treino militar e os mosteiros, que impõem àqueles que lá vivem, uma forma de existência pautada pela força, completamente isolada do mundo exterior”. Estes locais fomentam a transformação das atitudes, através de rotinas rígidas, por vezes extremas, quer em termos administrativos quer em relação às pessoas que neles residem, com o propósito de manipular as diferentes personalidades dos indivíduos segundo aquilo que socialmente está determinado como normal.

A instituição total é geralmente um lugar fechado, ou, pelo menos, isolado do resto da sociedade através duma separação física, contudo este critério não é satisfatório em si mesmo, ou seja, é demasiado generalista, ou

demasiado restritivo. Goffman propõe então diversas características fundamentais relacionadas com as categorias das diversas actividades executadas nestas instituições, assim designa que (2003, p. 17) “Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar (i.e. divertir-se) e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral”. Goffman (2003, p. 17) propõe assim a definição da instituição com base em quatro critérios, o primeiro, e de certa forma o mais notável, está directamente relacionado com as três classes de actividades (dormir, trabalhar e lazer) que reconhece como “(...) todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade”. O segundo relaciona-o com a presença de outros indivíduos, a forma e a obrigatoriedade da participação nessas actividades diárias, que, segundo Goffman (2003, p. 18) “(...) cada fase da actividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto”. O terceiro critério define-o como o tempo e as relações hierárquicas da imposição das actividades, isto é Goffman (2003, p. 18) afirma que “(...) todas as actividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, (...), e toda a sequência de actividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas (...)”. O quarto critério relembra a obrigatoriedade, a reunião e o planeamento, bem como os objetivos da instituição, assim Goffman (2003, p. 18), descreve este critério como “(...) as várias actividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição”.

Perante esta exposição de Goffman podemos concluir, de forma resumida que, as três principais classes de actividade do indivíduo (dormir, trabalhar, lazer) se realizam todas numa mesma área, normalmente fechada, ao contrário das outras instituições, em que estas actividades se realizam em locais distintos. Qualquer actividade envolve um grupo de participantes, sem distinções, considerados de igual modo como parte integrante de um conjunto. As actividades são organizadas de acordo com um plano e um horário, com procedimentos extremamente precisos, impostos e enquadrados por um

regulamento geral, sob a responsabilidade de uma equipa com funções de supervisão, com o propósito de cumprir a missão atribuída à instituição total.

Para além disso, dentro das instituições totais, existe um pequeno grupo de supervisores e de pessoas encarregues de praticar determinadas operações materiais, elementos propostos pela autoridade, ou dela emanados que representam os interesses da instituição, que têm contactos com mais frequência com exterior, e um grupo de maiores dimensões, os intervenientes nas actividades, com contactos limitados com o exterior. O contacto entre estes dois grupos é particularmente limitado e cada um deles aprecia o outro baseado essencialmente em estereótipos hostis. Segundo Goffman (2003, p. 19) “A mobilidade social entre os dois estratos é grosseiramente limitada; geralmente há uma grande distância social e esta é frequentemente prescrita. Até a conversa entre as fronteiras pode ser realizada em tom especial de voz (...)”.

A instituição total sustenta desta forma as necessidades dos seus internos e o trabalho toma por conseguinte um sentido próprio para essa instituição. Assim, o trabalho ou é inexistente, levando ao tédio dos internos, ou está completamente definido pela organização e resulta em compensações simbólicas, aparentemente insignificantes no exterior da instituição.

Erving Goffman identifica outras características, em particular relacionadas com a família, sem contudo, efectuar uma revisão exaustiva do seu quadro de procedimentos. No entanto, sublinhamos que Goffman propõe um tipo ideal, que abrange realidades muito distintas. Assim, ele identifica cinco grandes categorias de instituições totais onde encontramos os conceitos anteriormente descritos. Desta forma encontramos as instituições responsáveis pelos cuidados prestados a pessoas incapazes e inofensivas (lares para idosos, orfanatos, etc.), as instituições criadas para cuidar pessoas incapazes, e que de certa forma impõe algum risco para a comunidade de forma não intencional (sanatórios, hospitais psiquiátricos, etc.), instituições que se destinam a proteger a comunidade de pessoas que causam perigos intencionais, alteram o bem-estar e que permanecendo isoladas não constituem qualquer problema (prisões), as instituições que organizam tarefas,

ou séries de tarefas e que se explicam pelas suas razões instrumentais (quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, etc.) e as instituições que permitem refúgio e isolamento do mundo (mosteiros, conventos, etc.). Para Goffman (2003, p. 17) “Esta classificação de instituições totais não é clara ou exaustiva, nem tem uso analítico imediato, mas dá uma definição puramente denotativa da categoria como um ponto de partida concreto”.

2.3. Características das instituições totais

A característica principal das instituições totais pode descrever-se como uma ruptura das barreiras que separam três sectores da vida, o repouso, a diversão e o trabalho, actividades que podem desenrolar-se em diferentes locais.

Como característica fundamental das instituições evidenciamos a maneira como toda a rotina e todo o quotidiano se desenvolvem num único lugar e sob uma única autoridade. Contudo, cada etapa da actividade diária de cada elemento é concluída na presença de um elevado número de pessoas, a quem se dá o mesmo tratamento e a quem se exige que desenvolvam juntos as mesmas tarefas. Toda a sequência de tarefas é imposta a partir das chefias, através de um sistema de normas formais explícitas e um grupo de funcionários que funciona como um todo organizado. As diversas actividades obrigatórias desenvolvidas nas instituições totais integram um único plano racional, deliberadamente concebido para a realização dos objetivos próprios da instituição.

O elemento principal das instituições totais consiste em gerir um elevado número de necessidades humanas através da organização burocrática de agregados humanos, indivisíveis. Deste elemento têm origem determinados efeitos relevantes.

Um conjunto de elementos da mesma natureza, pode entregar-se sem receio à supervisão de uma pessoa, cuja actividade específica é a vigilância do

grupo, isto é, esta pessoa tem como tarefa verificar se todos os elementos do grupo fazem o que lhes foi comunicado e se desempenham a tarefa, tal como lhes é exigido.

Nas instituições totais, há geralmente uma divisão entre um grande grupo de gestão, a quem Goffman apelidou de internos, e um pequeno grupo, constituído pelas pessoas com responsabilidade de supervisão. O grupo de gestão vive em permanência dentro da instituição, com contactos condicionados, com o mundo exterior, enquanto o pequeno grupo de controlo, após a sua actividade laboral está socialmente integrado com o ambiente exterior. Segundo Fernandes (1992, p. 36) “o sistema de normas exaustivamente definidas e a estrutura de relações hierárquicas entre os diferentes níveis da organização é (...) o meio adequado para assegurar a coordenação eficaz da acção societária que a elite dirigente pretende exercer sobre toda a sociedade”. A estas normas poderemos acrescentar, a presença de vínculos administrativos, que obstem a nodosidade dos direitos pessoais, que assinalam a execução de grandes objetivos comuns que norteiam as organizações burocráticas.

Na instituição total, os seus membros estão distantes do modo de vida exterior, não têm a possibilidade de concertar outra actividade externa, de sair serenamente do lugar em que estão e incorporar-se anonimamente, ou adoptar um papel diferente, num espaço social muito maior. Os elementos das instituições totais não podem decidir por si mesmos quando a podem deixar, entram nela por alguma razão e a vida que desenvolvem na instituição, vai para além dos seus próprios motivos. Ou seja, a liberdade de movimentos, característica da vida fora das instituições, dentro destas perde-se. Existe assim, uma finalidade comum, cujos objetivos estão acima dos interesses do próprio indivíduo.

O número de elementos que compõem a instituição também é relevante, isto é, uma ou duas pessoas não podem fundar uma instituição total, uma vez que, perder-se-ia o sentido de colectividade, a renúncia de diversos traços pessoais em prol dos outros. Tem que existir uma estrutura hierárquica, ao mesmo tempo que existem alguns, poucos, que organizem a vida de outros,

muitos. Tem, assim, que existir um determinado número de pessoas, em situação similar, que compartilham plenamente o seu quotidiano, com limitações, mais ou menos comuns a todos.

A permanência, ou seja, a clausura deve ter uma determinada duração, para que os seus membros possam efectivamente criar um lugar na instituição e para que possam experimentar a sensação, de como esta exerce influência sobre eles. A condição de isolamento e de encerramento motivam o crescimento, à parte o facto da existência de uma hierarquia institucionalizada, de outras relações e por vezes subgrupos de poder. O interno vê-se desta forma coagido a descobrir a sua ligação dentro de uma complexa engrenagem, bem como a esforçar-se por encontrar sistemas de compensação a nível de grupo e a nível individual, se não quer sentir-se marginalizado e passar por condições inóspitas.

O ritmo de vida e a rotina do grupo na instituição é administrado formalmente, ou seja, tem orientações, regras e normas, que todos os elementos devem cumprir escrupulosamente em prejuízo da sua vontade individual. A orientação formal é neste sentido, um elemento precípuo na definição de instituição total. Segundo Arroteia (2008, p. 223) estas organizações são “(...) marcadas pela organização e estrutura da autoridade, pela centralização e controlo de tomadas de decisão e poder, pelo desempenho funcional dos seus membros e pela circulação hierárquica de comando e informação”.

Em suma, uma instituição total tem como características principais, o seu carácter total, uma vez que os seus membros vivem o seu quotidiano dentro do mesmo espaço, são segregativas, uma vez que privam os seus membros de contactos com o exterior, têm uma vertente homogeneizante, visto que os seus membros estão sujeitos a um mesmo regime, normalmente indiferente à privacidade, e é normalizada, atendendo a que todas as tarefas estão sujeitas a determinada regulamentação. Há determinados autores que indicam o carácter estigmatizante das instituições totais, como mais uma das suas características, assim Medeiros et al. (1991, p. 23) asseguram esta particularidade quer “(...) por a sociedade diferenciar os internados rotulando-

os negativamente, quer por o próprio internado assumir (...) a sua diferença face ao «homem normal», quer ainda pela conjugação destes dois factores”.

Deste modo, segundo Goffman (2003, p. 22) “A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; aí reside sem especial interesse sociológico. (...). Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu”.

3. O hospital das Forças Armadas – HFAR

3.1. Origem do HFAR

Um hospital, no verdadeiro sentido do termo, pressupõe diversas realidades. Entre as fundamentais, que entendemos destacar, o hospital é uma instituição localizada fisicamente num edifício, onde os profissionais de saúde, com mais ou menos sucesso, curam ou aliviam determinados problemas de saúde às pessoas que usufruem, por direito próprio, dessa instituição.

Num hospital afluem basicamente duas trajectórias, por um lado, a história da actividade médica, designadamente, os conhecimentos, as atitudes, as aptidões e os meios, entre outros, e, por outro, a história dos seus utilizadores, isto é, a história dos receptores da beneficência e dos cuidados médicos.

A Organização Mundial de Saúde⁵ classifica o hospital como parte integrante de uma organização médica e social cuja função é proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, quer preventiva quer curativa, cujos serviços externos irradiam até ao espaço familiar. É também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação biossocial. É uma instituição onde se mantêm os pacientes, com a finalidade de lhes propiciar atenção médica e de enfermagem.

⁵ Disponível na Internet:<URL: <http://www.who.int/en/>. [Consult. 6 JUL. 2015].

São uma componente relevante do sistema de saúde. São fundações sanitárias de utilidade pública, que possuem pessoal médico e diversos profissionais estruturados, acomodações para o acolhimento de pacientes, e possibilitam serviços médicos, de enfermagem e outros serviços relacionados. São organizações que facultam uma variada gama de serviços relativos a cuidados agudos, de convalescença e paliativos, com os meios de diagnóstico e terapêuticos próprios e necessários de modo a fazer face a manifestações agudas e crónicas, provenientes de doenças, traumatismos ou anomalias genéticas. Geram deste modo, informação relevante para investigações, educação e gestão.

Tradicionalmente vocacionados para o cuidado individual, os hospitais propendem com maior insistência a estreitar vínculos com outros sectores da saúde e com a comunidade envolvente, com a finalidade de otimizar todos os recursos existentes de modo a promover e a proteger a saúde individual e colectiva.

O Hospital das Forças Armadas (HFAR)⁶ é uma instituição, cuja finalidade primária é prestar cuidados médicos e hospitalares aos elementos que compõe os três ramos das Forças Armadas, Marinha (AP), Exército (Ex) e Força Aérea (FAP), bem como aos seus familiares.

A aprovação formal da sua criação, enquanto hospital militar único está consignada na Lei Orgânica de Bases da organização das Forças Armadas, aprovada pela Lei Orgânica n.º 1–A/2009, de 7 de Julho e pela Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas, aprovada pelo Decreto-Lei nº 234/2009, de 15 de Setembro. O diploma preconiza também a organização de dois polos hospitalares, um na cidade de Lisboa e um na cidade do Porto.

A sua criação está materializada no Decreto-Lei n.º 84/2014 de 27 de Maio, nomeadamente no seu artigo 1.º que refere que “o presente decreto-lei cria o Hospital das Forças Armadas (HFAR), previsto na Lei Orgânica n.º 1-A/2009, de 7 de Julho, que aprovou a Lei Orgânica de Bases da Organização

⁶ Disponível na Internet:<URL: <http://www.emgfa.pt/pt/organizacao/hospitalFA>. [Consult. 6 JUL. 2015].

das Forças Armadas, e no Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de Setembro, que aprovou a orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas”.

O HFAR foi designado no mesmo diploma, por uma instituição hospitalar militar, cuja essência é servir de suporte ao sistema de saúde militar em apoio da saúde operacional, ou seja, conforme o n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei 84/2014 “ O HFAR é um estabelecimento hospitalar militar, que se constitui como elemento de retaguarda do sistema de saúde militar em apoio da saúde operacional, na directa dependência do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA), e constituído pelo Polo de Lisboa (HFAR/PL) e pelo Polo do Porto (HFAR/PP) ”.

As incumbências atribuídas a esta unidade hospitalar militar estão directamente relacionadas com a prestação de cuidados de saúde diferenciados aos militares, bem como às respectivas famílias, e a todos aqueles que são considerados deficientes militares. Estes princípios são referenciados no n.º 1 do artigo 4.º do diploma referido, que declara que “O HFAR tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes”.

As competências deste HFAR são diversas e são descritas pormenorizadamente no n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei 84/2014, que definem, entre outras, a prestação de cuidados de saúde aos militares independentemente da sua forma de prestação de serviço, contribuir com os seus conhecimentos e meios técnicos no aprontamento sanitário dos militares que constituem as Forças Nacionais Destacadas (FND) ou outras missões no exterior do território nacional, colaborar na formação e treino dos militares das FND, auxiliar nos processos de selecção e inspecção dos militares, assegurar o provimento de técnicos em ordem de batalha dos três ramos, assegurar ao pessoal de saúde condições de ensino, formação, treino pós-graduado e formação em contexto de trabalho e promover a cooperação com países terceiros, nomeadamente os de língua oficial portuguesa.

A direcção do HFAR é constituída pelo director clínico, e subdirectores dos polos de Lisboa e Porto (n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei 84/2014). Para a coordenação técnica da profissão de enfermagem, a direcção é coadjuvada por um enfermeiro, nomeado pelo Chefe de Estado-Maior-General das Forças Armadas (n.º 8 do artigo 6.º do Decreto-Lei 84/2014).

O HFAR, quer no polo de Lisboa, quer no polo do Porto conta com um elevado número de consultas externas de um grande universo de especialidades médicas e de diferentes valências, contudo, segundo Monteiro (2014, p. 248) “ (...) os militares contam hoje com um hospital que resultou dum processo caracterizado por um planeamento mal formulado, baseado em hipóteses pouco fiáveis, mal conduzido e pior implementado, que conduziu à perda irreversível de valências clínicas de reconhecido mérito e de uma experiência forjada por décadas de organização, trabalho e dedicação de várias gerações de profissionais de saúde”.

A entrada em funcionamento do HFAR implicou a extinção, fusão e reestruturação dos hospitais e serviços de saúde dos três ramos das Forças Armadas. Na área de Lisboa o Hospital da Marinha, o Hospital Militar Principal, o Hospital Militar de Belém e o Hospital da Força Aérea, fundiram-se e deram lugar ao Hospital das Forças Armadas Polo de Lisboa, determinando-se de imediato a extinção daqueles quatro hospitais. Esta reestruturação está reflectida no Decreto-Lei n.º 187/2012 de 16 de Agosto, onde no n.º 2 do artigo 2.º se designa que “O Polo de Lisboa do HFAR, situado nas antigas instalações do hospital da Força Aérea, resulta da fusão entre o Hospital da Marinha, o Hospital Militar Principal, o Hospital Militar de Belém e o Hospital da Força Aérea, nos termos do disposto, nomeadamente, nos n.ºs 2, 6 e 7 do artigo 3.º e no artigo 5.º, ambos do Decreto-Lei n.º 200/2006, de 25 de Outubro”. Por sua vez, o Hospital Militar Regional n.º 1, na cidade do Porto, foi extinto e deu lugar, nas mesmas instalações, ao Hospital das Forças Armadas Polo do Porto.

O HFAR ostenta no seu escudo de armas um leão-marinho, figura que lembra os três ramos das Forças Armadas, animal mítico capaz de se movimentar nos três ambientes, mar, terra e ar. O mamífero pinípede semiaquático segura na pata direita uma vara esculápio, símbolo da medicina.

O HFAR tem por divisa no seu escudo de armas “Que a glória alcance por saber cuidar” exaltando todos os profissionais de saúde empenhados na tarefa de cuidar de vidas humanas.

3.2. Os hospitais dos três ramos das Forças Armadas

Hospital da Marinha

O Hospital da Marinha era, o hospital mais antigo de Lisboa, foi fundado por alvará régio do Príncipe Regente D. João, em 2 de Setembro de 1797. Segundo Cordeiro (2013, p. 26) “D. Rodrigo de Sousa Coutinho obtém um alvará régio em 16 de Outubro de 1796, pelo qual é criado o Hospital da Marinha e um outro alvará em Setembro do ano seguinte que determinava a construção dum edifício próprio de raiz”.

Este hospital, para além da preparação de todos os médicos da Reserva Naval, propiciou na década de 60 e 70, do século passado, a formação de enfermeiros, na sua então criada Escola de Enfermagem. Segundo Cordeiro (2013, p. 27) “O ensino da enfermagem no Hospital da Marinha começa em 1892 prolongando-se até 1979 data em que a Escola de Enfermagem da Armada com quase um século de existência é incorporada na Escola de Serviço de Saúde Militar”.

Possui-a também uma unidade farmacológica, onde eram preparados uma ampla variedade de medicamentos, bem como, era uma unidade hospitalar munida de vasto equipamento tecnológico, dos quais se destaca a câmara hiperbárica, equipamento pioneiro em Portugal. Para além da actividade de prestação de cuidados de saúde aos militares da Armada e aos seus familiares, o Hospital da Marinha possui-a um museu recheado de relevantes equipamentos históricos. Contudo, segundo o relato de um marinheiro no editorial da revista da Armada n.º 477 (2013, p. 2) “O Hospital da Marinha, que foi uma referência viva de todos os marinheiros, já não existe. Foram 216 anos de bons serviços prestados à Marinha, ao País, na sua dimensão pluricontinental, e à Medicina Portuguesa, pelo seu pioneirismo e

contributo em vários domínios e prestígio dos seus profissionais. No final, parafraseando o Padre António Vieira, o Hospital da Marinha fez o que devia e a Pátria o que é costume: esqueceu-se de lhe agradecer! Faz agora parte da História”.

Ao Hospital da Marinha foi atribuída a missão, entre outras de, prestar observação e tratamento aos militares da marinha bem como aos seus familiares, aos militares dos outros ramos e ao seu pessoal civil, assegurar o ensino pré e pós-graduado de médicos, e outros especialistas de saúde, obter e armazenar equipamento sanitário e medicamentos (alíneas a), b), c) e d) do artigo 1.º do Decreto-Regulamentar n.º 37/94 de 1 de Setembro).

Na sua estrutura compreendia o director, o conselho administrativo, o departamento médico, o departamento farmacêutico, o departamento administrativo e financeiro e o departamento de apoio (artigo 2.º do Decreto-Regulamentar 37/94). O Conselho administrativo era composto pelo director, que o presidia, o subdirector, o chefe do departamento administrativo e financeiro e pelo chefe de serviço de gestão financeira do departamento administrativo e financeiro que o secretariava. Por sua vez o departamento médico era constituído pelos serviços clínicos, pelos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, pelos serviços de urgência e apoio médico e pelo internamento médico e ensino pós-graduado (artigo n.ºs 5 a 9 do Decreto-Regulamentar 37/94). O departamento farmacêutico tinha a tarefa de preparar, propor, armazenar, gerir, distribuir e fornecer medicamentos e integrava a Farmácia Central do Hospital da Marinha, a farmácia hospitalar e as delegações farmacêuticas (artigo 10.º do Decreto-Regulamentar 37/94).

O Decreto-Regulamentar 37/94 para além de definir as funções do Hospital da Marinha faz referência, em simultâneo, às tarefas que desempenhava o Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas da Marinha. Refere também no seu Preâmbulo que “(...) a estrutura do Hospital da Marinha foi ajustada tendo em vista aumentar a eficácia e qualidade dos serviços prestados e potenciar serviços que, muito embora com interesse específico para a Marinha, poderão vir a apoiar outros ramos das Forças Armadas.

Inserem-se neste domínio o Centro de Medicina Hiperbárica e a Unidade de Hematologia Clínica”.

O Hospital da Marinha apetrechou-se nos primeiros anos deste século, com equipamentos de topo e readaptou os seus serviços de modo a estarem de acordo com as mais recentes padrões de funcionalidade hospitalar. Dos serviços de elevada qualidade que prestava à sua comunidade destacam-se sobretudo, os de estomatologia, o bloco cirúrgico, a imagiologia e a medicina física de reabilitação (Cordeiro, 2013).

Com a criação do Hospital das Forças Armadas, o Hospital da Marinha encerrou os seus serviços de assistência. Para Cordeiro (2013, p. 28) “Persistirá sempre na memória daqueles que aqui exerceram a sua actividade e daqueles que os seus serviços utilizaram. Para a história e para as gerações futuras fará parte indissociável do património cultural da Marinha Portuguesa onde ocupará o lugar de destaque que merecidamente conquistou”.

Hospital Militar Principal

O edifício que albergava o Hospital Militar Principal⁷ remonta a 1572. As instalações de então davam guarida a um convento, dedicado a Nossa Senhora da Estrela. Este edifício foi violentamente afectado com o terramoto de 1755, sendo posteriormente recuperado para albergar o hospital das tropas auxiliares britânicas com sede em Lisboa. Desde essa altura, o edifício serviu sempre como instalação hospitalar, embora com diferentes designações, assim em 1834 era designado como Hospital Militar da Corte, em 1852 passou a designar-se como Hospital Permanente de Lisboa. A partir de 1926, assumiu a designação de Hospital Militar Principal de Lisboa, designação que manteve até à data da sua extinção em 2013.

Previsto no programa de reformas “Defesa 2020”, as suas valências passaram a integrar o Hospital das Forças Armadas. Segundo Ramalho (2013, p. 797) com prejuízo de todos, uma vez que “A realidade actual do Hospital das

⁷ Disponível na Internet: <URL: <http://www.exercito.pt/sites/HMP/Historial/Paginas/default.aspx>. [Consult. 7 JUL. 2015].

Forças Armadas é bem o espelho dessa reforma, que produziu até agora uma infra-estrutura com insuficiência de blocos operatórios, de camas para internamento, com menos valências hospitalares, com carências de medicamentos e de consumíveis, com menos pessoal médico e paramédico, aumentos de tempo em listas de espera e com uma capacidade de resposta na Urgência inferior à que existia no Hospital Militar Principal”.

Em 1961, devido ao elevado número de feridos em combate oriundos das frentes de guerra da Guiné, Angola e Moçambique, foi instalado o Centro Ambulatório de Doentes Convalescentes, no edifício anexo ao Hospital Militar Principal pertencente ao Aquartelamento de Campolide.

O Hospital Militar Principal, manteve-se na vanguarda da medicina militar durante a sua existência, como tal decorriam os anos 90 do século passado quando sofreu profundas reformulações em equipamentos e instalações, tornando-se num hospital moderno e capaz de assegurar os cuidados de saúde aos seus utentes. Estas alterações foram complementadas posteriormente, no início deste novo século, nomeadamente no serviço de urgência e nas áreas de internamento. Como complemento do apoio assistencial, o Hospital Militar Principal nunca descuroou a vertente de ensino e de investigação, sectores indispensáveis na actualização e aperfeiçoamento dos cuidados médicos.

A missão do Hospital Militar principal era, entre outras, prestar apoio sanitário, aos militares do Exército e às suas famílias, quando necessário e mediante as suas capacidades apoiar os militares dos outros ramos das Forças Armadas a Guarda Nacional Republicana e a Polícia de Segurança Pública e respectivas famílias. Outra incumbência deste hospital era o apoio ao recrutamento, selecção e classificação dos elementos do Exército e das Forças Armadas, bem como apoiar as missões humanitárias com pessoal, material e equipamento⁸.

Na sua organização constavam, o director, o subdirector, os adjuntos para a administração, o adjunto do director, a supervisão de enfermagem e os

⁸ Disponível na Internet: <URL: http://www.exercito.pt/sites/HMP/Paginas/Visao_e_Missao.aspx. [Consult. 7 JUL. 2015].

departamentos. Os departamentos eram constituídos pelos departamentos de medicina, cirurgia, meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, urgência e serviços administrativos e de apoio.

Conforme afirma Machado (2007, s/p) “(...) em particular do Hospital Militar Principal (...) no que também se evidenciou a essencialidade da saúde militar, a sua razão de ser operacional e a excelência dos estabelecimentos e dos profissionais que a constituem, honrando uma natureza militar e uma dependência militar que em Portugal é rica de mais de trezentos anos”.

Hospital da Força Aérea

O Hospital da Força Aérea⁹ tem a sua origem nos Açores, mais propriamente na ilha Terceira, aproveitando as instalações do antigo Hospital Militar de Terra Chã, unidade do Exército que serviu para apoiar os militares do Corpo Expedicionário Português, acantonados na ilha e os militares ingleses que nela desembarcavam. O Hospital da Força Aérea conservar-se-ia nesta ilha desde o período que decorreu entre 1943 e 1975.

Durante a Guerra Colonial, isto é, de 1961 a 1975, o Hospital da Força Aérea teve um papel relevante quer no tratamento e recolha dos feridos oriundos da Guiné, Angola e Moçambique, quer na aquisição de conhecimentos, quer no conhecimento através da prática, do corpo clínico da Força Aérea.

É porém no ano de 1972, que se dá o grande impulso na implementação de uma unidade hospitalar da Força Aérea, com a criação do Núcleo Hospitalar Especializado da Força Aérea nº 1. Segundo Gonçalves (2006, p. 850) “(...) a criação do NHEFA1, o seu rápido desenvolvimento e a evolução para HFA, foram possíveis mercê da invocação da necessidade de existir um órgão principalmente vocacionado para a recuperação do pessoal navegante para,

⁹ Disponível na Internet: <URL: <http://www.emfa.pt/www/unidade-47-hospital-das-forcas-armadas>. [Consult. 7 JUL. 2015]

não só curar as doenças e lesões, mas também preservar a manutenção da aptidão para o voo”.

Este núcleo hospitalar cessou as suas funções no final dos anos 70 do século passado, dando lugar em 1979 ao Hospital da Força Aérea. A nova unidade hospitalar nascia assim, vocacionada principalmente para prevenir, tratar e reabilitar os militares da Força Aérea e os seus familiares.

A partir de 1981, o Hospital da Força Aérea tem sofrido permanentemente reestruturações, quer na sua componente estrutural, quer na sua inovação tecnológica. Como refere Gonçalves (2006, p. 851) “Um outro exemplo dos “ventos de mudança” que animavam o HFA consistiu na implementação de terminais de computador, de modo a permitirem o fornecimento de dados arquivados, fossem eles de natureza médica ou de índole administrativa. E isto em 1981 ..., numa fase em que o HFA contava com a colaboração de 14 oficiais médicos, 19 médicos civis, 19 sargentos enfermeiros, 6 enfermeiras pára-quedistas e 26 enfermeiras civis”.

O Hospital da Força Aérea foi sempre desde a sua implementação até ao seu encerramento um modelo no espaço hospitalar nacional. A sua divisa “MENS SANA IN CORPORE SANO” exprime a vontade do serviço de saúde em manter o pessoal da Força Aérea em bom estado de saúde física e mental.



Parte II – Estudio Empírico

1. Problemática

Segundo Locke (citado por Marques, 2007), a satisfação com o trabalho é um estudo emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das existências proporcionadas pelo trabalho, ou seja, a motivação e a satisfação no trabalho, são influenciadas pelas condições de trabalho, pelas oportunidades de valorização pessoal e de progressão, pela remuneração e outras regalias, pela relação com os superiores e com os colegas e subordinados e até pelas condições e localização do espaço onde desempenham a actividade. A ausência de satisfação pode induzir a um aumento da ocorrência de doenças, à falta de motivação para o trabalho e a conflitos no local de trabalho, que muitas vezes conduzem a baixa produtividade, ao absentismo e ao equacionar de alternativas profissionais (Campos, 2006).

Como refere (Piolli, 2010; 2011, p. 176) “O descompasso entre o que se deseja e o que está instituído, entre as potencialidades do trabalhador e as possibilidades objectivas de desenvolvê-las ou utilizá-las, é gerador de tensões, conflitos e sofrimento psíquico. O bloqueio da energia profissional ou seu subemprego, em função da rigidez ou mesmo das imposições da organização do trabalho, é fonte do sofrimento psíquico ou mesmo do adoecimento do trabalhador”.

Neste sentido, vários factores parecem ter impacto na satisfação no trabalho destes profissionais, nomeadamente, a remuneração, as promoções, o reconhecimento por parte das chefias e dos pares, as condições físicas de trabalho e os recursos existentes, as oportunidades de desenvolvimento pessoal. Tal como refere Ferreira (2011, p. 34) “(...) poderá contribuir para uma maior autonomia ao exercício profissional, aproximar as estruturas de decisão do terreno, recorrer a uma maior participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento das unidades, conferir regras mais claras nos deveres e direitos de utentes e profissionais, assegurar estabilidade nas equipas de trabalho e proporcionar incentivos institucionais e financeiros poderão ter repercussões na satisfação no trabalho e na satisfação em geral”.

Além disso, pretende-se verificar se as características pessoais (o sexo, a idade, o estado civil e as habilitações académicas) e as características laborais (local trabalho, horário de trabalho, tipo de horário, tipo de vínculo, responsabilidade de supervisão, funções de gestão, especialidade e tempo de serviço) têm efeitos significativos na satisfação profissional dos enfermeiros.

Partindo destes pressupostos surgiram os seguintes objetivos:

1. Verificar se as variáveis sociodemográficas interferem na satisfação dos enfermeiros dos Hospitais Militares de Lisboa e do Porto;
2. Verificar se as variáveis laborais e organizacionais interferem na satisfação dos enfermeiros dos Hospitais Militares de Lisboa e do Porto;
3. Aferir quais as sugestões/recomendações dos enfermeiros dos Hospitais Militares de Lisboa e do Porto de modo a que a sua satisfação laboral melhor.

Como resposta aos objetivos formulados, elaborámos a formulação de hipóteses de investigação. A formulação e o teste de hipóteses são duas etapas fundamentais na pesquisa. O investigador, interessado na procura de respostas para o problema formulado, observa os factos e tenta explicar a sua ocorrência. Podemos definir hipóteses como uma tentativa de explicação, por parte do investigador, para prever os resultados principais do processo de investigação, levando à fundamentação da teoria. Segundo Quivy e Campanhoudt (1998, pg. 119-120) “A hipótese fornece à investigação um fio condutor particularmente eficaz que, a partir do momento em que ela é formulada, substitui nessa função a questão da pesquisa, mesmo que esta deva permanecer presente na nossa mente”. Já para Polit e Hungler (1995, pg. 76), uma hipótese é “(...) uma previsão experimental, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis”

Lakatos e Marconi (1995, pg. 104) referem que “(...) o ponto básico do tema, individualizado e especificado na formulação do problema, sendo uma dificuldade sentida, compreendida e definida, necessita de uma resposta, ‘provável, suposta e provisória’, isto é uma hipótese.” A hipótese inclui as variáveis em estudo, a população alvo, predizendo os resultados do estudo. Assim, Bell (1997, pg. 35) afirma que “(...) as hipóteses fazem afirmações sobre relações entre variáveis e fornecem ao investigador uma linha de orientação quanto à forma como o palpite original poderá ser testado. Se considerarmos a hipótese, porque a nossa conjectura assim o sugere, de que a idade (uma variável) influencia a opinião (outra variável), podemos tentar descobrir se, na realidade, tal se verifica pelo menos entre os indivíduos da nossa amostra.”

Neste contexto, as hipóteses permitem preencher objectivamente as lacunas entre a crença pessoal e a realidade empírica, dividindo o processo de investigação e desenvolvendo o conhecimento científico. Assim, em função do quadro teórico considerado, do enunciado do problema e dos objetivos do presente trabalho, formulamos as seguintes hipóteses de investigação:

H_1 : Verificar se a satisfação dos enfermeiros em relação às diferentes dimensões da satisfação depende de características como:

- Género;
- Idade;
- Habilitações literárias;
- Situação familiar;
- Local de residência;
- Tipo de horário;
- Tipo de vínculo;
- Tipo de responsabilidade na Unidade;

- Tipo de cargo (com função de gestão ou não);
- Especialidade;
- Tempo de serviço;
- Categoria profissional.

H_2 : Determinar, de entre as várias dimensões da satisfação para com a unidade de saúde, as que têm poder de predição da satisfação global.

2. Metodologia

“A definição do objecto de pesquisa assim como a opção metodológica constituem um processo tão importante para o pesquisador quanto ao texto que se elabora no final” (Duarte, 2002, p. 140).

Este trabalho caracteriza-se como teórico-empírico visto tomar como base o referencial teórico e os fundamentos da área em estudo. Numa fase inicial, depois de formulada a pergunta de partida que orientou todo o trabalho desenvolvido, procedeu-se a uma abordagem exploratória sobre o tema em questão, através de uma recolha de dados exclusivamente documentais. Nesta parte tentou-se desenvolver um melhor entendimento sobre a natureza geral do problema, passo que nos pareceu adequado a uma melhor qualidade da informação obtida (Quivy & Campehoudt, 1998).

Segundo Lakatos e Marconi (1986) o conhecimento científico é definido como um conhecimento baseado em factos reais, que se podem constituir em problemas de investigação, sendo verificável por processos experimentais e organizado sistematicamente em corpos lógicos que formam as teorias. Este tipo de conhecimento, a que se ambiciona, resulta da aplicação da metodologia científica, enquanto disciplina que: “...examina e avalia as técnicas de pesquisa bem como a geração ou verificação de novos métodos que conduzem à captação e processamento de informações com vista à resolução de problemas de investigação” (Barros & Lehfeld, 1986).

O processo de investigação científica é, por isso, composto por um determinado conjunto de procedimentos, entre os quais recai a escolha do método. A escolha do método depende, todavia, da assunção de uma estratégia de pesquisa ou de um conjunto de decisões sobre o perfil da investigação. Assenta, igualmente, na forma como se julga dever ser estudado o objecto de investigação e entendida a validade dos conhecimentos alcançados.

Falar da metodologia de determinada investigação, não se limita a uma simples enumeração das técnicas a utilizar para a obtenção e posterior tratamento da informação necessária, é muito mais do que isso, pois as técnicas são antes de mais instrumentos de trabalho. Como refere Moreira (2006, p. 9) "...as técnicas correspondem ao 'nível' inferior e designam os instrumentos (ou operações), bem delimitados e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados julgados úteis na observação e na medida dos factos sociais "(...) A tecnologia será, portanto, o conjunto de operações práticas concretas de que o investigador se pode servir na recolha e no tratamento de dados sobre as realidades sociais".

Segundo Íñiguez, (2008) por metodologia entende-se a aproximação geral ao estudo de um objecto ou processo, ou seja ao conjunto de meios teóricos, conceptuais e técnicos que uma disciplina desenvolve para a obtenção dos seus fins. Por métodos podemos definir os caminhos específicos que permitem aceder à análise dos distintos objectos que se pretendem investigar. Engloba todas as operações e actividades que, regidas por normas específicas, possibilitam o conhecimento dos processos sociais. As técnicas, por seu lado, são os procedimentos específicos de recolha da informação necessária ao desenvolvimento da investigação.

Importará, então, ao começar o processo de investigação inquirir sobre a natureza do objecto e dos problemas a investigar, de modo a podermos optar melhor os percursos metodológicos a percorrer. Não quer isto dizer que devemos seleccionar por determinado método, negando as hipóteses de complementaridade que a triangulação com outro método possibilitará (Fernández & Díaz, 2002).

Face ao exposto, o método adequado ao tipo de investigação foi, em termos genéricos, o que Fernandes (1991, p. 64) caracteriza por investigação quantitativa, ou seja, “a investigação dita quantitativa tem sido o paradigma dominante da investigação em educação” isto porque consiste “essencialmente em submeter o objecto de estudo à influência de certas variáveis, em condições controladas e conhecidas pelo investigador, para recolher os resultados que a variável produz no projecto” (Gil, 1999, pp. 33-34). Este paradigma assume-se como “uma concepção global positivista, hipotético-dedutiva, particularista, orientada para os resultados” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 178) permitindo através da análise estatística “sintetizar dados referentes a uma amostra de grande dimensão e generalizar esses dados a toda a população” (Fernandes, 1991, p. 65).

Os métodos quantitativos exprimem características diferentes dos métodos qualitativos, relativamente ao processo de recolha de dados e ao modo como estes são analisados (Bullock, Little & Milham, 1992; Delgado & Gutiérrez, 1995).

Tendo em conta a especificidade do estudo, a estratégia adoptada foi aplicar o questionário – Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP) de Ferreira e Antunes (2009), adaptado cultural e linguisticamente do Hospital Employee Judgment System (HEJS), desenvolvido por Nelson et al. (1992), com perguntas abertas e fechadas, a enfermeiros, no Hospital das Forças Armadas em Lisboa e no Pólo do Porto.

No que diz respeito à *análise* e tratamento *estatístico* dos dados, *recorremos* ao *software* SPSS *Statistics*, onde, sempre que necessário, se considerou uma probabilidade de erro de tipo I de exactamente 5% ($\alpha = 0,05$).

2.1. Amostra

Breves considerações:

Nos casos em que as variáveis em análise inferencial forem qualitativas o valor de prova dirá respeito a um teste de independência¹⁰ do Qui-Quadrado.

Para as variáveis quantitativas, consoante a ocorrência de 2 ou mais grupos, serão conduzidos testes de hipóteses paramétricos baseados na estatística de *t-Student* (para amostras independentes e/ou emparelhadas) e ANOVA respectivamente, tendo em conta as eventuais situações:

a) Nos casos em que o teste de normalidade¹¹ de K-S ou S-W for rejeitado, podendo com isso colocar em causa a legitimidade dos resultados, considera-se como atenuante¹² o facto de os valores absolutos dos coeficientes de assimetria e achatamento não excederem 3 e 10 respectivamente;

b) Nos casos em que o teste de homogeneidade de variâncias (teste de Levene) for rejeitado considera-se o valor de prova computado com base na estatística de Welch, estatística esta mais robusta para este tipo de situações de violação da homogeneidade de variâncias.

Valores de prova a negrito (e inferiores a α) indicam que as diferenças nos parâmetros amostrais são estatisticamente relevantes, isto é, com grande probabilidade, as diferenças obtidas no estudo também ocorrerão nas populações de indivíduos de onde se definiram as amostras.

Nas outras situações, as diferenças registadas não são estatisticamente relevantes/significantes para o nível de significância estipulado, isto é, as diferenças registadas nos parâmetros podem ter sido devidas ao acaso e não uma qualquer relação/factor.

¹⁰ Onde sob H_0 se tem a independência das variáveis.

¹¹ A normalidade dos registos e a homogeneidade das variâncias são pressupostos dos testes de hipóteses paramétricos.

¹² A legitimidade dos resultados obtidos pela condução de testes paramétricos em condições de não-normalidade dos registos não é posta em causa desde que os valores absolutos dos coeficientes de assimetria e achatamento não excedam 3 e 10 respectivamente (Maroco, 2010)

No âmbito do estudo sobre a satisfação dos enfermeiros em contexto militar foi constituída uma amostra de 143 enfermeiros que exercem as suas funções em hospitais militares nacionais.

O tipo de amostragem usado foi não-probabilístico¹³ uma vez que a amostra constituída foi obtida por conveniência, sendo a população o conjunto de todos os enfermeiros dos hospitais militares nacionais, na sua maioria, de resposta fechada, com o intuito de aferir: a situação sócio-profissional dos enfermeiros, nível de complexidade da função desempenhada, satisfação dos enfermeiros com a qualidade da unidade de saúde não só a nível global como também relativamente ao local de trabalho e ao tipo de cuidados prestados. Segundo Neto (1986, p. 196) a “amostra é um compromisso entre constrangimentos técnicos e materiais por um lado, e os objetivos pretendidos, por outro. Não é a amostra ideal, é uma amostra possível”.

Os enfermeiros são, na sua maioria, do sexo masculino (n=93;66.4%), residentes na zona centro e sul do país (n=108;80.6%) e, em particular do distrito de Lisboa (n=67;50.0%).

Quanto ao estado civil verificamos que a população da amostra é maioritariamente casada (n=77;56.2%), uma vez que, apenas 19,6% referem ser solteiros e 14,6% mencionaram viver em união de facto.

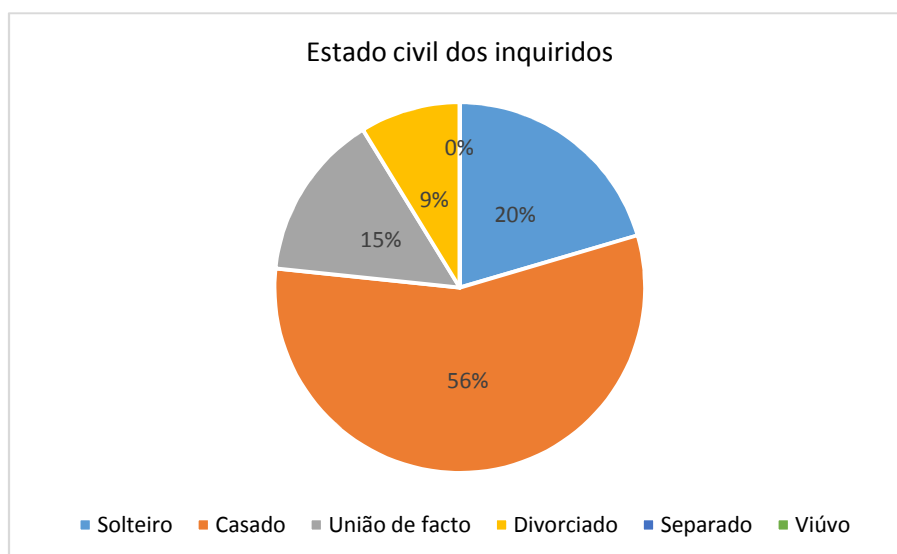


Figura 2 - Estado civil dos inquiridos

¹³ Onde a probabilidade de um elemento da população ser seleccionado não é constante.

A idade dos inquiridos é compreendida entre 26 e 55 anos. A média de idades dos inquiridos é de 39.51 ± 7.94 . A classe modal situa-se no escalão etário dos 26–35 anos, o que representa 39,1% da amostra. Agregando os dois primeiros escalões de indivíduos verificamos que 65,4% dos inquiridos têm entre os 26 e os 45 anos. Podemos assim, concluir que a maioria dos inquiridos são relativamente jovens.

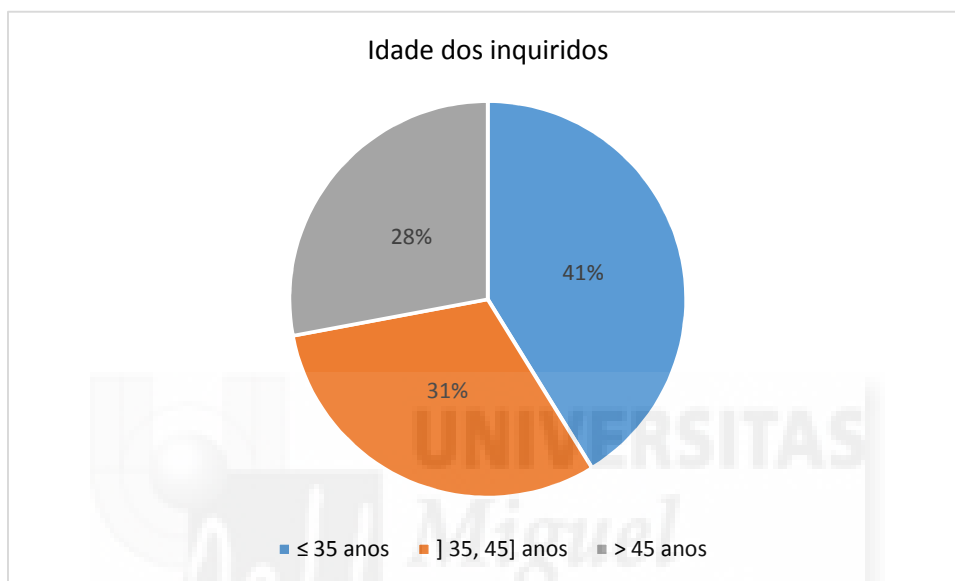


Figura 3 - Idade dos inquiridos.

A quase totalidade deles tem um vínculo efectivo com o Hospital (n=139;97.2%).

Quanto à categoria profissional 94% responderam que são sargentos e 6% são oficiais.

Já no que diz respeito a funções de gestão, 67,1%, referiram não ter funções de gestão ou de chefia no serviço, enquanto 32,9% referiram ter.

Quanto às habilitações académicas, nenhum dos profissionais de enfermagem tem o curso de auxiliares de enfermagem ou licenciatura com doutoramento, 95.0% são graduados ao nível de Licenciatura, dos quais quase cerca de um terço é pelo menos pós- graduado (n=41;29.3%).

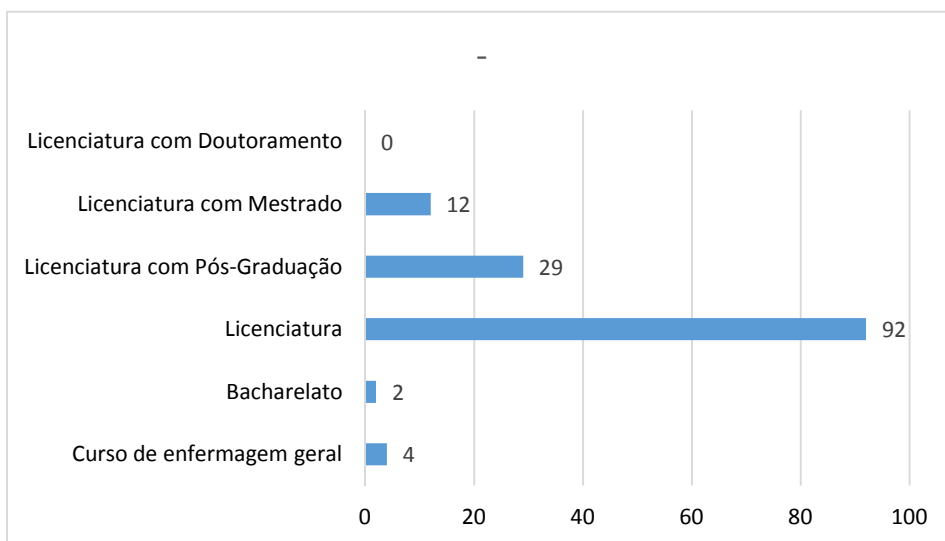


Figura 4 - Habilitações académicas dos inquiridos.

Quanto à variável tipo de horário, pouco mais de metade dos enfermeiros trabalha por turnos ($n=72; 50.3\%$) e referiram desempenhar um cargo com funções de responsabilidade de supervisão ($n=76; 53.5\%$).

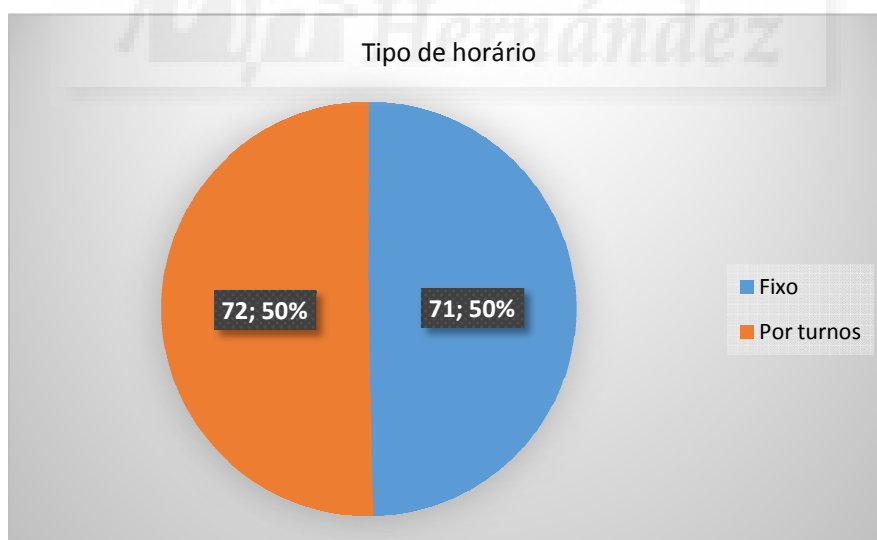


Figura 5 - Tipo de horário praticado pelos inquiridos.



Figura 6 - Funções de responsabilidade exercidas pelos inquiridos.

Quanto à especialidade apenas uma quantidade residual é especialista em alguma área (n=18;12.6%), sendo que dentro dessa minoria a especialidade dominante é “Enfermagem médico-cirúrgica” (n=8;44.4%), seguindo-se “Enfermagem Comunitária” (n=5;3,5%).

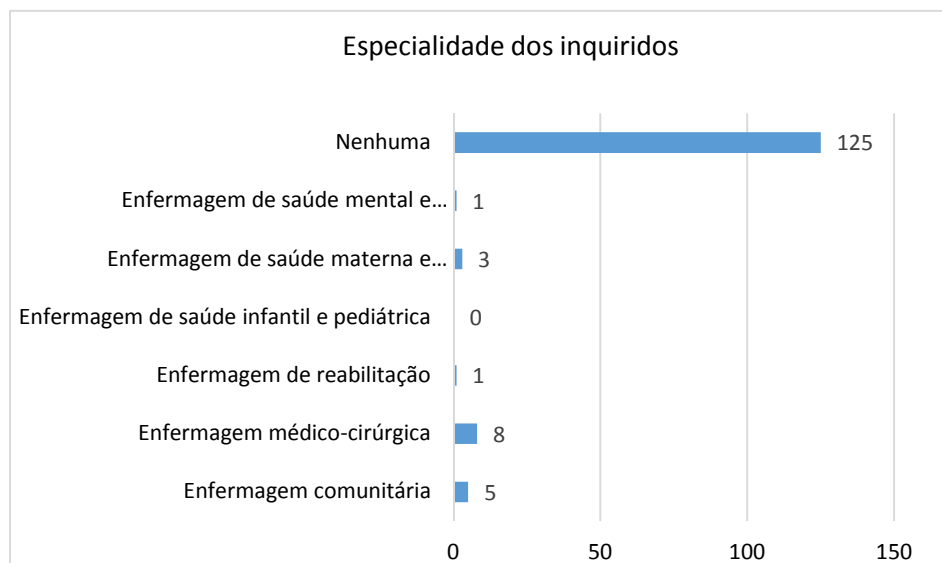


Figura 7 - Especialidade dos inquiridos.

Finalmente, e no que à experiência diz respeito (tempo de serviço) podemos afirmar que estamos perante uma amostra de enfermeiros “principiantes”: não só a maior parte deles tem um tempo de serviço compreendido entre 5 e 10 anos (n=47;33.3%) como também aproximadamente metade dos enfermeiros inquiridos tem um tempo de serviço que não excede 10 anos (n=72;51.1%), conforme podemos verificar no gráfico que se segue.

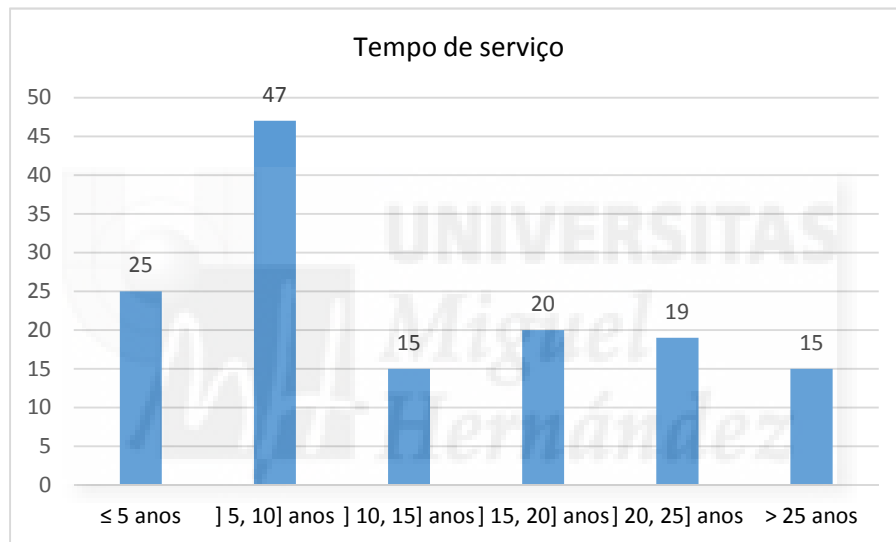


Figura 8 - Tempo de serviço dos inquiridos.

Vejam, então, as tabelas seguintes com a apresentação da distribuição das frequências para cada variável.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de enfermagem a nível profissional.

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tipo de horário	Fixo	71	49.7
	Por turnos	72	50.3
Tipo de vínculo	Regime de contrato	4	2.8
	Quadro permanente	139	97.2
Responsabilidade	Sim	76	53.5
	Não	66	46.5
Gestão/Chefia	Sim	47	32.9
	Não	96	67.1
Especialidade	Enfermagem comunitária	5	3.5
	Enfermagem médico-cirúrgica	8	5.6
	Enfermagem de reabilitação	1	0.7
	Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-
	Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	2.1
	Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	0.7
	Nenhuma	125	87.4
Tempo de serviço	≤ 5 anos	25	17.7
	] 5, 10] anos	47	33.3
	] 10, 15] anos	15	10.6
	] 15, 20] anos	20	14.2
	] 20, 25] anos	19	13.5
	> 25 anos	15	10.6
Categoria profissional	Oficial	10	7.1
	Sargento	131	92.9

Tabela 2 - Caracterização dos profissionais de enfermagem a nível pessoal.

Variável	Categorias	n	%
Local de residência (Distrito)	Lisboa	67	46.9
	Setúbal	36	25.2
	Porto	15	10.5
	Braga	8	5.6
	Outros	17	11.9
Habilitações académicas	Curso de auxiliares de enfermagem	-	-
	Curso de enfermagem geral	4	2.9
	Bacharelato	2	1.4
	Licenciatura	92	66.2
	Licenciatura com Pós-Graduação	29	20.9
	Licenciatura com Mestrado	12	8.6
	Licenciatura com Doutoramento	-	-
Género	Feminino	47	33.6
	Masculino	93	66.4
Idade (faixa etária)	≤ 35 anos	56	41.2
	] 35, 45] anos	42	30.9
	> 45 anos	38	27.9
Situação familiar	Solteiro	28	20.4
	Casado	77	56.2
	União de facto	20	14.6
	Divorciado	12	8.8
	Separado	-	-
	Viúvo	-	-

Tabela 3 - Medidas descritivas de interesse para a variável idade (anos).

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Média ± D.P.</i>	<i>Min. – Máx.</i>	<i>CV¹⁴ (%)</i>	<i>Med (Q₁; Q₃)</i>
Idade	143	39.51±7.94	26.00 – 55.00	20.10	33.00 (38.00;46.75)

2.2. Instrumento

O instrumento para a realização deste estudo consistiu na técnica por questionário. Segundo Quivy et Campehoudt (1998, p. 188) “o inquérito por questionário consiste em colocar, a um conjunto de inquiridos, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de um problema ou ainda sob qualquer outro ponto que interesse os investigadores”.

Segundo Ghiglione et Matalon (1993, citado por Fonseca et Neto, 2006) o inquérito por questionário é elaborado segundo os objetivos do estudo, geralmente, possibilita avaliar algumas grandezas absolutas, avaliar grandezas relativas, descrever uma população ou subpopulação.

Assim, no presente estudo optou-se pela aplicação do questionário do Instrumento de Avaliação da Satisfação dos Profissionais (IASP) de Ferreira e Antunes (2009). O IASP é adaptado do Hospital Employee Judgment System (HEJS), desenvolvido por Nelson et al. (1992) e tem como finalidade avaliar a qualidade do serviço hospitalar na perspectiva dos profissionais de saúde.

A primeira versão deste instrumento foi constituído por 138 itens e foi aplicada como teste piloto em 10 hospitais a 6.315 indivíduos em 1989. Teve como principal objectivo aferir as propriedades psicométricas das questões; informação acerca da logística do processo de recolha dos questionários e do seu formato; e informação necessária para a revisão do questionário (Ferreira, 2011).

¹⁴ Coeficiente de variação: afere a variabilidade relativa de uma variável quantitativa e é dado pelo quociente entre desvio-padrão e média.

A versão final do instrumento original ficou constituída por 47 questões de resposta fixa, com 6 questões de resposta aberta e 10 dimensões principais, nomeadamente: 1 – O/A Coordenador/a da unidade, 2 – A sua unidade e o equipamento, 3 – Recursos humanos, 4 – Relacionamento entre equipas e profissionais, 5 – Estado de espírito no local de trabalho, 6 – Vencimento, 7 – Órgão da direcção, 8 – A qualidade da prestação dos cuidados na sua unidade, 9 – Melhoria contínua da qualidade, 10 – Satisfação Global.

A maior parte das escalas aplicadas tinham o formato de Likert, com alternativas de resposta “Mau (1), Regular (2), Bom (3), Muito Bom (4) “Excelente” (5) e “Não se aplica” (6), sendo que o ultimo não era considerado na análise, sendo por isso omissa. Os diferentes itens foram combinados para formar escalas, adicionando as pontuações de cada um (de 1 a 5), graduando-as de 0 a 100, onde Excelente =100; Muito Bom = 90; Bom = 70; Regular =50 e Mau = 0.

Posteriormente, este questionário foi validado em população portuguesa, passando a designar-se “*Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional*” (IASP), em 2002 pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra (CEISUC). Presentemente, o IASP é constituído por 2 módulos, um hospitalar e outro dirigido aos CSP – Cuidados de Saúde Primários.

Neste sentido, estamos cientes que o instrumento aplicado é o indicado para avaliar o grau de satisfação de profissionais de saúde.

Assim, o questionário (Anexo 2) é composto por 7 questões.

Na primeira questão pretendemos recolher dados sobre as funções dos enfermeiros no seu local de trabalho, *i.e.*, horário de trabalho, tipo de horário, tipo de vínculo, responsabilidade de supervisão, funções de gestão, especialidade, tempo de serviço e categoria profissional.

Na segunda, terceira e quarta questão têm por objectivo conhecer a sua opinião em itens que abordam a satisfação profissional considerando a sua experiência como profissionais de enfermagem, nomeadamente: (a) Satisfação

com a qualidade do seu CS *versus* USF como local de trabalho; (b) Satisfação com a qualidade do CS *versus* USF na prestação dos cuidados e (c) Melhoria contínua da qualidade. A escala utilizada nestas questões, foi a escala de Likert de 5 pontos, em que 1 significa “*Mau*”; 2 “*Regular*”; 3 “*Bom*”; 4 “*Muito Bom*” e 5 “*Excelente*”, onde os inquiridos através da sinalização de uma cruz (x) numa quadrícula, escolheram a resposta que mais se adequava à sua escolha.

A quinta questão permite-nos avaliar a Satisfação global, apresentado numa escala de Likert de 5 pontos, em que 1 significa “*Claro que não*” e 5 significa “*Claro que sim*”.

A sexta questão, sobre Recomendações e Sugestões, tem o propósito de recolher informação, como pensam, por um lado, que poderiam melhorar a qualidade dos cuidados prestados por esta Unidade de Saúde, por um lado, que acções de gestão levadas a cabo pelo seu local de trabalho o(a) surpreenderam no último ano.

Por fim, a questão 7 é refere-se aos dados socio-biográfico dos enfermeiros, *i.e.*, local de residência, habilitações académicas, sexo, idade e situação familiar.

Tabela 4 - Estrutura das escalas, Sub-escalas e Facetas do IASP.

Escalas	Sub-escalas	Facetas	Questões
Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde como Local de Trabalho	Política de Recursos Humanos		10 e 11
	Moral	Características Laborais	13
		Superior Hierárquico	8
	Recursos Tecnológicos e Financeiros	Vencimento	12
		Local de Trabalho e Equipamento	9
Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos Cuidados			14
Melhoria Contínua da Qualidade			15
Satisfação Global			16 a 20

Tendo em conta o exposto e por imposição da Instituição que nos deu autorização para aplicar o questionário foi necessário adapta-lo de acordo com as sugestões que nos foram dadas, nomeadamente: retirar o item civil na categoria profissional e a questão relativa aos que aferia a opinião sobre os órgãos de direcção e política da unidade hospital. Apesar disso estamos convictos que este instrumento está adaptado ao contexto de estudo em causa e cumpre os objetivos que nos propusemos.

2.3. Procedimento

Para podermos compreender como se processa a construção desta investigação, organizamos as estratégias de recolha de informação da seguinte forma:

Numa primeira parte, a pesquisa foi exploratória, sendo a técnica de recolha de dados exclusivamente documental. Nesta parte procurou-se o entendimento sobre a natureza geral do problema. Foi realizada sobretudo através da pesquisa em sítios especializados da Internet, bem como em bibliotecas de instituições do ensino superior e de outros organismos

associados ao tema em estudo, como por exemplo: Ministério da Saúde e Ordem dos Enfermeiros.

A segunda parte do estudo foi dominada pelo método quantitativo, tendo, contudo, sido necessário solicitar autorização ao Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas, para podermos recolhermos os dados (anexo 1), a qual foi concedida.

De acordo com Almeida e Freire (2007) um estudo é quantitativo quando é voltado essencialmente para a compreensão e a predição dos fenómenos através da formulação de hipóteses sobre as relações entre as variáveis.

O instrumento privilegiado para a recolha de dados foi o inquérito por questionário, pois este é: "... uma técnica adequada ao estudo extensivo de grandes conjuntos de indivíduos, por sondagem de uma amostra representativa..." (Lima, 2000, p. 28), o que possibilitou completar as informações recolhidas nos documentos escritos sobre as questões em estudo, bem como analisar a forma como algumas questões identificadas pelo modelo teórico proposto, são consideradas pelos enfermeiros, o que nos permitiu verificar as hipóteses teóricas avançadas.

Nesta fase, foi aplicado um pré-teste a seis enfermeiros para adequação e reavaliação do instrumento, os quais por correio electrónico. Tal como refere McDaniel e Gates (2003, p.46), o investigador deve testar o questionário logo que este tenha sido concluído, ou seja, "o pesquisador é obrigado a voltar um passo atrás e avaliá-lo de forma crítica, para poder efectuar todas as alterações necessárias, realizando sempre o pré-teste".

No decorrer do preenchimento dos questionário do pré-teste, foi referida a extensão do mesmo como uma dificuldade a ser superada. Contudo, foram tomadas algumas medidas no sentido de ultrapassar este obstáculo, como o esclarecimento da necessidade da extensão do questionário para atingir os objetivos deste estudo. Este foi um problema que se manteve na aplicação de alguns dos restantes questionários, apesar de em número reduzido, o que levou à sua invalidação.

Neste contexto chegamos à versão final do questionário (anexo 2), que foi enviado por correio electrónico aos destinatários. Ainda que, segundo alguns autores seja uma técnica susceptível de má interpretação das perguntas colocadas e o número de questionários devolvidos ser geralmente reduzido (Quivy & Campenhout, pg. 1998), pensamos, que o resultado obtido durante a fase de pré-teste, foi muito positivo, o que nos permitiu pensar que estes constrangimentos seriam facilmente ultrapassados.

Uma vez na posse do inquérito por questionário contactamos os Comandantes dos Hospitais Militares de Lisboa e Porto, para nos facultar a lista de todos os enfermeiros a prestar serviço nos referidos serviços. Identificados os enfermeiros a contactar e obtida a autorização, foram distribuídos todos os questionários durante a primeira semana de Julho de 2015. Os primeiros questionários recepcionados chegaram no início da segunda semana de Julho, contudo, os últimos apenas nos foram remetidos na segunda semana de agosto, após vários contactos de insistência.

Os entrevistados foram devidamente informados dos objetivos do estudo, bem como das instruções de preenchimento e garantia de anonimato.

Após a recolha dos dados, procedeu-se à análise estatística dos mesmos e à sua representação gráfica, por meio do *software* SPSS *Statistics* (ver. 22, IBM SPSS Chicago, IL).

3. Resultados

Validade das Escalas

Para verificar se o instrumento, face aos dados recolhidos, mantém a validade que se lhe conhece, foram conduzidas onze análises factoriais exploratórias para aferir a unidimensionalidade de cada um dos onze conjunto de itens que se sabem constituir uma escala, ou sub-escala ou “faceta”, conforme tabela 4.

Para cada “análise” considerou-se como regra de extracção de factores, a “regra do valor-próprio superior à unidade¹⁵” sendo o método de extracção dos factores das componentes principais seguida de rotação *Varimax*, não esquecendo a adequabilidade e recomendabilidade da análise factorial relativamente aos dados disponíveis (via análise das medidas de KMO e significância do teste de esfericidade de *Bartlett*¹⁶).



¹⁵ Conjuntamente com a “regra” do bom senso para factores com valor-próprio próximo da unidade.

¹⁶ Onde sob H_0 se tem a igualdade matriz de variância-co-variância das variáveis e a matriz identidade o que é equivalente a reconhecer que não há associação linear entre pares de variáveis que compõem o instrumento, o que não é desejável.

Tabela 5 – Escala: Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde como Local de Trabalho.

Variável/Questão	F1	F2	F3	F4	F5	F6
8a	0.795					
8b	0.802					
8c	0.775					
8d	0.868					
8e	0.816					
8f	0.828					
8g	0.832					
8h	0.838					
8i	0.847					
9a			0.751			
9b			0.840			
9c			0.789			
9d			0.804			
10a						
10b			0.486			
10c				0.527		
11a						0.695
11b						0.752
12a				0.853		
12b				0.888		
12c				0.909		
13a		0.631				
13b		0.751				
13c		0.848				
13d		0.813				
13e		0.743				
13f		0.652				
13g		0.692				
13h					0.810	
13i					0.865	
Valor-próprio	12.55	3.35	2.81	1.81	1.19	1.12
Variância explicada (%)	41.84	11.17	9.36	6.02	3.98	3.72
Variância explicada acumulada (%)	41.84	53.01	62.38	68.39	72.37	76.10

De acordo com a regra do valor-próprio superior a 1, a estrutura relacional das pontuações do conjunto das questões 8 a 13 é explicada por cinco ou seis factores latentes (explicam cerca de 76.10 % da variância total), no entanto, e como mantemos a ideia de usar os factores tais como foram determinados pelo autor, vamos considerar apenas cinco factores (o quinto factor, associado às questões 13h e 13i, não faz muito sentido pelo que vão ser considerados 5 factores).

A questão 10 também não vai ser considerada para efeito de associação a factores dado o seu baixo peso factorial.

Ficam então estabelecidas cinco dimensões da escala analisada, designadas por:

- 1) Factor 1 – Superior Hierárquico (questão 8);
- 2) Factor 2 – Características Laborais (questão 13, excepto alíneas *h* e *i*);
- 3) Factor 3 – Local de Trabalho e Equipamento (questão 9);
- 4) Factor 4 – Vencimento (questão 12);
- 5) Factor 5 – Recursos Humanos (questão 11).

Em relação aos pressupostos e nível de recomendabilidade da Análise Factorial podemos dizer que a primeira é boa ($KMO=0.891$) e no teste de esfericidade de Bartlett, rejeitamos a hipótese de as variáveis terem correlações nulas ($p_value < 0,001$), o que também é um pressuposto da correta aplicação da AF.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,891
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3289,768
	df	435
	Sig.	,000

Tabela 6 – Escala: Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos Cuidados.

Variável/Questão	F1
14a	0.739
14b	0.900
14c	0.895
14d	0.824
14e	0.551
14f	0.803
14g	0.782
14h	0.739
14i	0.900
Valor-próprio	4.396
Variância explicada (%)	62.80
Variância explicada acumulada (%)	62.80

De acordo com a regra do valor-próprio superior a 1, a estrutura relacional das pontuações do conjunto das alíneas da questão 14 é explicada apenas por um factor latente (explica cerca de 62.80 % da variância total).

Fica então estabelecida a unidimensionalidade da escala analisada:

- 1) Factor – Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos Cuidados (questão 14);

Em relação aos pressupostos e nível de recomendabilidade da Análise Factorial podemos dizer que a primeira é boa ($KMO=0.881$) e no teste de esfericidade de Bartlett, rejeitamos a hipótese de as variáveis terem correlações nulas ($p_value < 0,001$), o que também é um pressuposto da correta aplicação da AF.

Variável/Questão	F1
15a	0.902
15b	0.883
15c	0.860
15d	0.833
15e	0.861
15f	0.833
15g	0.907
Valor-próprio	5.285
Variância explicada (%)	75.49
Variância explicada acumulada (%)	75.49

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,881
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	559,890
	df	21
	Sig.	,000

Tabela 7 – Escala: Melhoria Contínua da Qualidade.

De acordo com a regra do valor-próprio superior a 1, a estrutura relacional das pontuações do conjunto das alíneas da questão 15 é explicada apenas por um factor latente (explica cerca de 75.49 % da variância total).

Fica então estabelecida a unidimensionalidade da escala analisada:

- 1) Factor – Melhoria Contínua da Qualidade (questão 15);

Em relação aos pressupostos e nível de recomendabilidade da Análise Factorial podemos dizer que a primeira é excelente (KMO=0.915) e no teste de esfericidade de Bartlett, rejeitamos a hipótese de as variáveis terem

correlações nulas ($p_value < 0,001$), o que também é um pressuposto da correta aplicação da AF.

Variável/Questão	F1
16	0.521
17	0.908
18	0.916
19	0.793
20 invertida	0.676
Valor-próprio	3.022
Variância explicada (%)	60.431
Variância explicada acumulada (%)	60.431

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,915
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	870,839
	df	21
	Sig.	,000

Tabela 8 - Satisfação Global.

De acordo com a regra do valor-próprio superior a 1, a estrutura relacional das pontuações do conjunto das questões 16, 17, 18, 19 e 20 invertida é explicada apenas por um factor latente (explica cerca de 60.43 % da variância total).

Fica então estabelecida a unidimensionalidade da escala analisada:

- 1) Factor – Satisfação Global (questões 16,17,18,19 e 20 invertida);

Em relação aos pressupostos e nível de recomendabilidade da Análise Factorial podemos dizer que a primeira é média (KMO=0.762) e no teste de esfericidade de Bartlett, rejeitamos a hipótese de as variáveis terem correlações nulas ($p_value < 0,001$), o que também é um pressuposto da correta aplicação da AF.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,762
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	272,555
	df	10
	Sig.	,000

Perante os resultados da AF o quadro da estrutura do instrumento é actualizado:

Tabela 9 – Nova Estrutura do Instrumento.

Escalas	Sub-escalas	Facetas	Questões
Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde como Local de Trabalho	Política de Recursos Humanos		11
	Moral	Características Laborais	13(a:g)
		Superior Hierárquico	8
	Recursos Tecnológicos e Financeiros	Vencimento	12
		Local de Trabalho e Equipamento	9
Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos Cuidados			14
Melhoria Contínua da Qualidade			15
Satisfação Global			16 a 20 ¹⁷

Fiabilidade das Escalas

No sentido de avaliar a consistência interna/fiabilidade (via alfa de Cronbach¹⁸) dos instrumentos de medida dos factores anteriormente definidos foram obtidas as seguintes estimativas:

¹⁷ Na sua versão invertida.

Tabela 10 - Fiabilidade das Escalas.

Escalas	Sub-escalas	Facetas
Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde como Local de Trabalho ($\alpha = 0.945$)	Política de Recursos Humanos $\alpha = 0.897$	
	Moral $\alpha = 0.954$	Características Laborais $\alpha = 0.921$
		Superior Hierárquico $\alpha = 0.961$
	Recursos Tecnológicos e Financeiros $\alpha = 0.804$	Vencimento $\alpha = 0.923$
		Local de Trabalho e Equipamento $\alpha = 0.861$
Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos Cuidados $\alpha = 0.896$		
Melhoria Contínua da Qualidade $\alpha = 0.945$		
Satisfação Global $\alpha = 0.822$		

Todos os instrumentos apresentam boa fiabilidade (estimativas de fiabilidade excedem 0.80) pelo que se podem usar como ferramenta de medida dos factores (e subfactores/dimensões) latentes considerados no presente estudo.

Sensibilidade das escalas

Como é sabido, a soma de pontuações (ordinais) por si só não configura um resultado com a métrica desejável: não é garantida que a soma de dados ordinais tenha propriedades métricas equivalentes às de uma variável quantitativa, requisito esse necessário para efeitos de inferência estatística.

¹⁸ Mede, de 0 a 1, a fiabilidade de um instrumento do tipo prova/questionário. Valores que não excedam 0,7 são indicadores de fraca fiabilidade do instrumento usado. Valores acima de 0,8 indicam boa fiabilidade, como descrito em Hill (2008).

É então necessário que, mais do que a soma de ordens tenha distribuição aproximadamente normal, pelo menos as suas distribuições não sejam excessivamente assimétricas (se isso não acontecer, e para dimensões inferiores a 30, as inferências estatísticas que se possam efectuar podem ser ilegítimas) e que as variâncias entre grupos seja idêntica (homogeneidade de variâncias).

Alguns autores (Maroco, 2011) consideram que caso os valores absolutos dos coeficientes de assimetria (sk) e achatamento (ku) não excederem 3 e 10 respectivamente então os testes paramétricos possuem ainda robustez suficiente.

Já no que diz respeito à violação da homogeneidade das variâncias é necessário conduzir o teste de Levene¹⁹. Caso a hipótese nula deste teste seja rejeitada considera-se o valor de prova computado com base na estatística de Welch, estatística esta mais robusta para este tipo de situações de violação da homogeneidade de variâncias.

Em relação ao primeiro pressuposto (aferido pelo nível de assimetria e achatamento das distribuições dos *scores*) foram obtidas estimativas dos coeficientes de assimetria e achatamento e em relação ao segundo foram obtidos os valores de prova do teste de Levene.

Em relação aos *scores* médios particionados pelas variáveis categóricas pessoais e profissionais de interesse, qualquer configuração ou não permitia a rejeição da hipótese nula da normalidade ou os valores de assimetria e achatamento não excederam os valores máximos admissíveis para garantir a robustez dos testes paramétricos.

No que diz respeito à violação do princípio da homogeneidade das variâncias foram detectadas as seguintes violações:

Tipo de Horário: Faceta Superior Hierárquico ($p_value=0.017$) e Satisfação global ($p_value=0,020$);

¹⁹ Onde sob H_0 se tem a homogeneidade das variâncias.

Responsabilidade: Satisfação com a sua qualidade da sua unidade de saúde como local de trabalho ($p_value=0.032$), Melhoria contínua da qualidade ($p_value=0.013$) e Satisfação Global ($p_value=0.006$) e Faceta Moral ($p_value=0.028$);

Gestão: Satisfação Global ($p_value=0.022$);

Tempo de serviço: Melhoria da qualidade ($p_value=0.012$);

Distrito: Melhoria contínua da qualidade ($p_value=0.009$) e Satisfação Global ($p_value=0.006$)

Género, Faixa etária e Situação familiar: Sem problemas;

Posto isto, há que ter cautela quanto à análise da significância estatística da diferença entre médias dos scores acima elencados quando estes são devidos ao agrupamento em base nas variáveis categóricas também em cima identificadas.

Técnicas Estatísticas de Análise dos resultados

Para descrever os participantes do estudo foram aplicadas metodologias de análise descritiva, nomeadamente, medidas-sumário, apropriadas.

As variáveis sócio-demográficas categóricas serão descritas pela análise da tabela de frequências absolutas simples e relativas (%) ao passo que as variáveis contínuas²⁰ serão descritas via medidas de localização e dispersão.

Para se comparar a média de variáveis contínuas entre dois ou mais do que dois grupos independentes são conduzidos os testes estatísticos paramétricos de igualdade de médias (baseado na estatística de t -Student) ou ANOVA (a um factor) respectivamente caso as condições de assimetria e achatamento não sejam excessivas e caso também não haja violação do princípio da homogeneidade de variâncias.

²⁰ Onde se incluem variáveis score resultantes da soma de itens ordinais, que após verificação da normalidade dos itens-parcela, possuem estrutura métrica semelhante à de variáveis efectivamente contínuas.

Uma abordagem não-paramétrica será usada em detrimento de uma paramétrica caso a homogeneidade de variâncias não seja minimamente assegurada sendo que as duas técnicas estatísticas anteriormente referidas serão substituídas pelo teste de igualdade de distribuições de Mann_Whitney e “ANOVA” de Kruskall-Wallis” respectivamente tendo em conta que estes testes são “*distribuiton free*”, menos potentes mas que podem conduzir a resultados não menos importantes e interessantes (em relação à distribuição, e em caso de simetria da distribuição, em relação à mediana das variáveis).

Estas técnicas, paramétricas ou não, serão as usadas quando se procura analisar a significância da diferença inter-grupos de variáveis de interesse, por exemplo, analisar a significância estatística da diferença de médias da força do membro direito nos indivíduos dos três grupos definidos (controlo, OTC e STG) ou então apenas nos grupos OTC e STG, conforme o interesse do investigador/hipóteses formuladas.

No caso da ANOVA a um factor, e na presença de diferenças estatisticamente significativas entre grupos considerados, conduzir-se-á teste *post-hoc* de Scheffe (com correcção de Bonferroni quando necessário) para comparações múltiplas de médias.

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância α de 0.05 (ao que corresponde uma confiança de 95%) onde a rejeição da hipótese nula é equivalente à aceitação, a menos de uma pequena probabilidade de erro, de que as diferenças entre grupos são estatisticamente relevantes (tipologia de cirurgia e variável socio-demográfica são dependentes).

Quando o *p_value* se situa próximo de 0.05 (eventualmente a diferir de 0.05 menos de milésima) o bom senso deve ter primazia²¹ na acção de decidir em rejeitar a significância das diferenças ocorridas na amostra.

²¹ *p_value*'s de 0.049 e 0.051 aferem o “mesmo” nível de erro mas configuram duas decisões distintas e com impactos diferentes nos resultados. Nestas condições as decisões devem ser bem pensadas e se possível calcular a potência do teste para ajudar na decisão final e não usar apenas a regra “cega” da rejeição (*p_value* < 0.05).

Os dados foram importados e devidamente codificados usando o *software* SPSS *Statistics* (ver. 22, IBM SPSS Chicago, IL) onde todos testes conduzidos tiveram em conta o que se estabeleceu nos dois parágrafos anteriores.

Diferenças na satisfação dos enfermeiros

Para averiguar a significância estatística das diferenças de médias (para cada um dos onze scores definidos) foram conduzidos testes paramétricos de igualdade de médias para amostras independentes²² (designados por teste de *t*-Student caso a comparação seja entre dois grupos ou ANOVA a um factor caso a comparação envolva mais de dois grupos, grupos esses formados de acordo com características²³ pessoais (local de residência, género, faixa etária e situação profissional) e profissionais (tipo de horário, responsabilidade, gestão e tempo de serviço).

As tabelas seguintes contém, de entre outros elementos de interesse (média amostral por grupo, desvio-padrão, estatísticas de teste, etc.), as estimativas da significância estatística da diferença das médias:

²² Onde a estatística de teste (ET) será *t* ou *F* consoante a comparação envolva dois ou mais de dois grupos respectivamente.

²³ Somente são consideradas as características que após partição/formação de grupos garantem a robustez das técnicas de inferência paramétrica.

Tabela 11 - Satisfação com a qualidade da sua Unidade de Saúde como local de trabalho (Variáveis profissionais).

Escala: Satisfação com a qualidade da sua Unidade de Saúde como local de trabalho	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	48.6	16.5	-2.906	0.004
Por turnos	72	56.4	15.8		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ²⁴	4	45.3	17.9	-	
Quadro permanente	139	52.7	16.6		
Responsabilidade perante outros					
Sim	76	50.6	14.7	-1.504	0.135
Não	66	54.8	18.4		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	49.9	13.9	-1.326	0.187
Não	96	53.8	17.7		
Especialidade²⁵					
Enfermagem comunitária	5	42.0	8.8	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	40.8	21.3		
Enfermagem de reabilitação	1	45.0	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	47.3	14.2		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	31	-		
Nenhuma	125	54.0	16.2		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	54.7	15.0	0.456	0.809
] 5, 10] anos	47	49.8	15.9		
] 10, 15] anos	15	54.7	12.9		
] 15, 20] anos	20	53.2	21.4		
] 20, 25] anos	19	52.5	18.6		
> 25 anos	15	54.9	17.0		
Categoria profissional²⁶					
Oficial	10	52.7	13.4	-	
Sargento	131	52.7	16.9		

²⁴ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

²⁵ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

²⁶ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 12 - Satisfação com a qualidade da sua Unidade de Saúde como local de trabalho (Variáveis pessoais).

Escala: Satisfação com a qualidade da sua unidade de saúde como local de trabalho	n	Média	dp	ET	p_value
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	57.4	17.7	4.282	0.007
Setúbal	36	48.0	14.7		
Porto	15	44.4	13.5		
Braga ²⁷	8	39.8	10.2		
Outros	17	52.7	13.7		
Habilitações académicas²⁸					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	60.5	6.6		
Bacharelato	2	59.0	2.8		
Licenciatura	92	52.1	17.0		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	52.2	16.1		
Licenciatura com Mestrado	12	53.5	20.6		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	50.1	16.7	1.214	0.227
Masculino	93	53.7	16.7		
Idade					
≤ 35 anos	56	54.2	15.9	0.627	0.536
] 35, 45] anos	42	50.9	16.7		
> 45 anos	38	51.1	17.9		
Situação familiar					
Solteiro	28	52.3	16.6	0.040	0.989
Casado	77	52.1	16.9		
União de facto	20	53.5	16.5		
Divorciado	12	52.8	18.1		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

²⁷ Categoria não considerada para inferência (n=8).

²⁸ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

De acordo com os elementos contidos na tabela anterior constata-se que os enfermeiros com horário fixo estão mais satisfeitos²⁹ com a sua unidade de saúde como local de trabalho (48.6 < 56.4) sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p_value = 0.004$).

Em relação às características pessoais, o local (distrito) de residência condiciona o nível de satisfação em causa ($p_value = 0.007$): as diferenças estatisticamente significativas ocorrem entre os enfermeiros de Lisboa e os de Setúbal sendo estes últimos os mais satisfeitos (48.0 < 57.4; *post-hoc* de Scheffe ; $p_value < 0.050$).

Todas as restantes diferenças não se constituíram estatisticamente relevantes, isto é, a probabilidade de se repetir o estudo e elas não se registarem é grande³⁰.



²⁹ À exceção da escala "Satisfação Global", o nível de satisfação é tanto maior quanto menor for o *score* uma vez que a codificação usada nos itens que constituem as escalas foi 1-Excelente, ..., 5-Mau, ou seja, um respondente sente-se tanto ou mais satisfeito em relação a algo quanto menor for o dígito da sua resposta.

³⁰ Ou de outra forma, as diferenças ocorridas devem-se, com grande probabilidade, ao acaso.

Tabela 13 - Política de Recursos Humanos (Variáveis profissionais).

Sub-escala: Política de Recursos Humanos	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	48.4	23.0	-3.191	0.002
Por turnos	72	60.4	21.6		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ³¹	4	62.5	14.4	-	
Quadro permanente	138	54.2	23.3		
Responsabilidade perante outros					
Sim	75	50.2	21.4	-2.371	0.019
Não	66	59.3	24.2		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	48.9	23.0	-2.007	0.047
Não	95	57.1	22.7		
Especialidade³²					
Enfermagem comunitária	5	32.5	11.2	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	46.9	36.4		
Enfermagem de reabilitação	1	50.0	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	54.2	26.0		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	0.0	-		
Nenhuma	124	56.3	21.7		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	57.3	19.8	0.770	0.573
] 5, 10] anos	47	52.4	21.8		
] 10, 15] anos	15	55.8	18.8		
] 15, 20] anos	20	61.9	29.1		
] 20, 25] anos	19	50.0	28.0		
> 25 anos	15	50.8	22.4		
Categoria profissional³³					
Oficial	10	47.5	29.3	-	
Sargento	131	54.6	22.6		

³¹ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

³² Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

³³ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 14 - Política de Recursos Humanos (Variáveis pessoais).

Sub-escala: Política de Recursos Humanos	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	59.2	25.0	2.085	0.106
Setúbal	36	50.0	20.0		
Porto	15	48.3	23.6		
Braga ³⁴	8	43.8	23.1		
Outros	17	46.9	8.8		
Habilitações académicas³⁵					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	37.5	25.0		
Bacharelato	2	43.8	26.5		
Licenciatura	92	53.7	23.3		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	56.9	22.1		
Licenciatura com Mestrado	12	60.4	23.1		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	53.5	20.6	0.236	0.814
Masculino	93	54.4	24.4		
Idade					
≤ 35 anos	56	55.1	20.9	1.340	0.265
] 35, 45] anos	42	57.1	25.0		
> 45 anos	38	49.0	24.0		
Situação familiar					
Solteiro	28	54.0	23.8	0.264	0.851
Casado	77	54.1	23.8		
União de facto	20	51.9	23.0		
Divorciado	12	59.4	19.3		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

Se em relação à sub-escala “Política de Recursos Humanos” podemos dizer que nenhuma característica pessoal se revelou como condicionante dos níveis médios de satisfação (*p_value*'s > 0.050) já o mesmo não se pode afirmar em relação às características profissionais: enfermeiros com horário fixo (48.4 < 60.4 ; *p_value* = 0.002), com responsabilidade perante outros (50.2 <

³⁴ Categoria não considerada para inferência (n=8).

³⁵ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

59.5; $p_value = 0.019$) e com funções de gestão de serviços na unidade (48.9 < 57.1; $p_value = 0.047$) apresentam em média maiores níveis de satisfação. Todas as restantes diferenças não se constituíram estatisticamente relevantes.

Tabela 15 - Moral (Variáveis profissionais).

Sub-escala: Moral	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	41.6	21.1	-2.451	0.015
Por turnos	72	50.0	19.8		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ³⁶	4	29.3	20.3	-	
Quadro permanente	139	46.3	20.7		
Responsabilidade perante outros					
Sim	76	44.0	18.5	-1.161	0.248
Não	66	48.1	23.2		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	42.9	18.2	-1.167	0.245
Não	96	47.2	21.9		
Especialidade³⁷					
Enfermagem comunitária	5	35.9	8.9	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	31.8	22.3		
Enfermagem de reabilitação	1	35.9	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	37.5	16.5		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	25.0	-		
Nenhuma	125	47.6	20.8		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	47.7	18.7	0.425	0.831
] 5, 10] anos	47	42.4	20.6		
] 10, 15] anos	15	47.3	15.5		
] 15, 20] anos	20	47.4	25.2		
] 20, 25] anos	19	47.3	23.1		
> 25 anos	15	49.4	22.8		
Categoria profissional³⁸					
Oficial	10	47.0	14.7	-	
Sargento	131	46.0	21.2		

³⁶ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

³⁷ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

³⁸ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 16 - Moral (Variáveis pessoais).

Sub-escala: Moral	n	Média	dp	ET	p_value
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	52.0	21.8	4.634	0.004
Setúbal	36	40.0	18.3		
Porto	15	34.7	18.5		
Braga ³⁹	8	30.2	15.2		
Outros	17	49.4	18.3		
Habilitações académicas⁴⁰					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	60.6	8.4		
Bacharelato	2	58.6	3.3		
Licenciatura	92	45.4	21.0		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	44.9	20.8		
Licenciatura com Mestrado	12	45.3	25.4		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	42.7	19.8	1.253	0.212
Masculino	93	47.4	21.4		
Idade					
≤ 35 anos	56	47.3	20.5	0.454	0.636
] 35, 45] anos	42	43.2	20.8		
> 45 anos	38	45.7	22.3		
Situação familiar					
Solteiro	28	45.3	20.4	0.089	0.966
Casado	77	45.2	21.1		
União de facto	20	47.2	20.9		
Divorciado	12	47.8	24.4		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

Em relação à sub-escala “Moral”, e no que diz respeito a conclusões com relevância estatística, podemos dizer que os maiores níveis de satisfação (médios) ocorrem nos enfermeiros com horário fixo ($41.6 < 50.0$; $p_value = 0.015$) e que o local (distrito) de residência condiciona o nível de satisfação em causa ($p_value = 0.004$) sendo que as diferenças estatisticamente significativas

³⁹ Categoria não considerada para inferência (n=8).

⁴⁰ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

na satisfação média ocorrem entre os enfermeiros do Porto e os de Lisboa ($34.7 < 52.0$; *post-hoc* de Scheffe; *p_value* = 0.034) e entre estes últimos e os do Setúbal ($52.0 > 40.1$; *post-hoc* de Scheffe; *p_value* = 0.048) tornando a ser os enfermeiros do distrito de Lisboa aqueles com menor nível médio de satisfação, a par do que ocorreu anteriormente.

Todas as restantes diferenças não mencionadas (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores.



Tabela 17 - Características laborais (Variáveis profissionais).

Faceta: Características Laborais	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	44.8	20.5	-1.786	0.076
Por turnos	71	51.0	21.0		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ⁴¹	4	38.4	19.9	-	
Quadro permanente	138	48.2	21.0		
Responsabilidade perante outros					
Sim	75	44.5	18.7	-2.138	0.034
Não	66	51.9	22.8		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	43.9	18.4	-1.603	0.111
Não	95	49.9	21.9		
Especialidade⁴²					
Enfermagem comunitária	5	42.9	13.1	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	39.4	22.5		
Enfermagem de reabilitação	1	64.3	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	35.7	16.4		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	17.9	-		
Nenhuma	125	49.1	21.0		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	47.9	18.7	0.546	0.741
] 5, 10] anos	47	44.5	20.3		
] 10, 15] anos	15	52.9	17.5		
] 15, 20] anos	20	49.0	26.4		
] 20, 25] anos	19	50.0	22.1		
> 25 anos	15	51.7	21.5		
Categoria profissional⁴³					
Oficial	10	45.8	17.4	-	
Sargento	130	48.2	21.3		

⁴¹ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁴² Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁴³ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 18 - Características Laborais (Variáveis pessoais).

Faceta: Características Laborais	n	Média	dp	ET	p_value
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	55.4	22.2	6.800	< 0.001
Setúbal	36	42.6	17.9		
Porto	15	32.7	14.8		
Braga ⁴⁴	8	39.3	16.9		
Outros	17	46.4	17.5		
Habilitações académicas⁴⁵					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	58.0	6.10		
Bacharelato	2	50.0	15.2		
Licenciatura	92	47.3	20.5		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	47.4	23.2		
Licenciatura com Mestrado	12	50.7	25.5		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	46.5	20.1	0.607	0.545
Masculino	93	48.8	21.5		
Idade					
≤ 35 anos	56	50.0	21.8	0.718	0.490
] 35, 45] anos	42	44.9	20.4		
> 45 anos	38	48.3	21.0		
Situação familiar					
Solteiro	28	46.5	22.3	0.068	0.977
Casado	77	48.5	20.6		
União de facto	20	47.7	21.7		
Divorciado	12	48.9	22.0		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

⁴⁴ Categoria não considerada para inferência (n=8).

⁴⁵ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Em relação à faceta “Características Laborais”, e no que diz respeito a conclusões com relevância estatística, podemos dizer os maiores níveis de satisfação (médios) ocorrem nos enfermeiros com responsabilidade de supervisão sobre outros ($44.5 < 51.9$; $p_value = 0.034$) e que o local (distrito) de residência condiciona o nível de satisfação em causa ($p_value < 0.001$) sendo que as diferenças estatisticamente significativas na satisfação média ocorrem entre os enfermeiros do Porto e os de Lisboa ($32.7 < 55.4$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.002$) e entre estes últimos e os de Setúbal ($55.4 > 42.6$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.027$) tornando a ser os enfermeiros do distrito de Lisboa aqueles com menor nível médio de satisfação, a par do que ocorreu anteriormente.

Todas as restantes diferenças não mencionadas (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores.

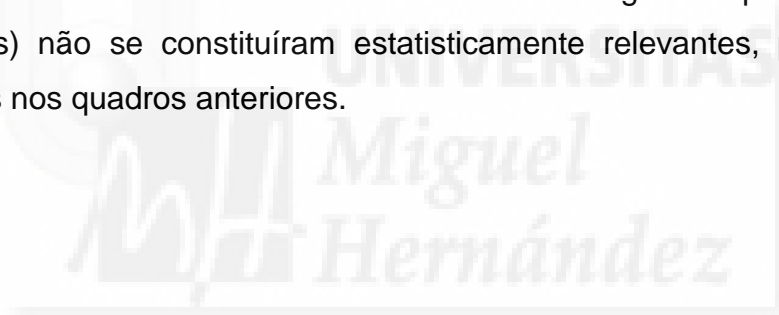


Tabela 19 - Faceta: Superior Hierárquico (Variáveis profissionais).

Faceta: Superior Hierárquico	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	69	39.0	26.0	-2.495	0.014
Por turnos	72	49.2	22.3		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ⁴⁶	4	22.2	21.8	-	
Quadro permanente	137	44.9	24.5		
Responsabilidade perante outros					
Sim	74	43.5	22.7	-0.430	0.668
Não	66	45.3	26.8		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	45	42.0	23.6	-0.716	0.475
Não	96	45.2	25.1		
Especialidade⁴⁷					
Enfermagem comunitária	5	30.6	8.6	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	26.0	24.3		
Enfermagem de reabilitação	1	13.9	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	38.9	16.9		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	20.6	-		
Nenhuma	123	46.4	24.7		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	47.4	23.3	0.353	0.880
] 5, 10] anos	47	40.9	23.1		
] 10, 15] anos	15	42.9	26.3		
] 15, 20] anos	20	46.3	26.1		
] 20, 25] anos	19	45.2	28.6		
> 25 anos	15	48.1	26.2		
Categoria profissional⁴⁸					
Oficial	10	48.0	18.3	-	
Sargento	129	44.4	24.9		

⁴⁶ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁴⁷ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁴⁸ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 20 - Superior Hierárquico (Variáveis pessoais).

Faceta: Superior Hierárquico	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	49.6	25.5	2.540	0.060
Setúbal	36	38.2	20.3		
Porto	15	36.5	29.2		
Braga ⁴⁹	8	23.1	16.6		
Outros	17	51.9	21.1		
Habilitações académicas⁵⁰					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	62.5	12.9		
Bacharelato	2	65.3	17.7		
Licenciatura	92	43.9	25.0		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	43.1	24.4		
Licenciatura com Mestrado	12	41.4	27.2		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	39.9	22.8	1.460	0.147
Masculino	93	46.4	25.6		
Idade					
≤ 35 anos	56	45.3	24.1	0.213	0.808
] 35, 45] anos	42	42.0	24.0		
> 45 anos	38	43.6	27.2		
Situação familiar					
Solteiro	28	44.8	22.4	0.226	0.878
Casado	77	42.6	25.6		
União de facto	20	46.8	25.2		
Divorciado	12	47.0	27.0		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

⁴⁹ Categoria não considerada para inferência (n=8).

⁵⁰ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Em relação à segunda faceta da sub-escala “Moral” (“Superior Hierárquico”), e no que diz respeito a conclusões com relevância estatística, podemos dizer que os maiores níveis de satisfação (médios) ocorrem nos enfermeiros com horário fixo ($39.0 < 49.2$; $p_value = 0.014$).

Todas as restantes diferenças não mencionadas (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores.



Tabela 21 - Recursos Tecnológicos e Financeiros (Variáveis profissionais).

Sub-Escala: Recursos Tecnológicos e Financeiros	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_valu</i> <i>e</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	63.9	14.8	-2.396	0.018
Por turnos	71	69.7	14.2		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ⁵¹	4	76.8	17.9	-	
Quadro permanente	138	66.5	14.6		
Responsabilidade perante outros					
Sim	75	65.3	15.2	-1.315	0.191
Não	66	68.6	14.3		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	65.4	13.2	-0.824	0.411
Não	95	67.5	15.5		
Especialidade⁵²					
Enfermagem comunitária	5	58.6	16.1	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	59.4	23.0		
Enfermagem de reabilitação	1	64.3	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	67.9	25.0		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	53.6	-		
Nenhuma	124	67.7	13.9		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	69.4	16.8	0.678	0.641
] 5, 10] anos	47	66.6	13.5		
] 10, 15] anos	15	71.4	15.1		
] 15, 20] anos	20	64.0	17.7		
] 20, 25] anos	19	65.2	12.3		
> 25 anos	15	66.7	14.8		
Categoria profissional⁵³					
Oficial	10	66.9	13.4	-	
Sargento	131	66.9	15.0		

⁵¹ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁵² Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁵³ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 22 - Recursos Tecnológicos e Financeiros (Variáveis pessoais).

Sub-Escala: Recursos Tecnológicos e Financeiros	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>	<i>ET</i>	<i>p_value</i>
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	68.9	15.8	1.008	0.392
Setúbal	36	64.9	15.3		
Porto	15	64.8	11.0		
Braga ⁵⁴	8	60.3	12.1		
Outros	17	62.1	12.4		
Habilitações académicas⁵⁵					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	67.0	7.9		
Bacharelato	2	64.3	10.1		
Licenciatura	92	66.5	15.9		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	67.6	11.6		
Licenciatura com Mestrado	12	69.6	16.7		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	65.6	16.6	0.725	0.470
Masculino	93	67.5	13.9		
Idade					
≤ 35 anos	56	69.3	14.9	2.045	0.133
] 35, 45] anos	42	66.4	14.0		
> 45 anos	38	63.1	15.0		
Situação familiar					
Solteiro	28	67.2	14.4	0.467	0.706
Casado	77	66.9	14.7		
União de facto	20	68.3	16.6		
Divorciado	12	62.2	13.9		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

⁵⁴ Categoria não considerada para inferência (n=8).

⁵⁵ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Em relação sub-escala “Recursos Tecnológicos e Financeiros”, e no que diz respeito a conclusões com relevância estatística, podemos dizer que os maiores níveis de satisfação (médios) ocorrem nos enfermeiros com horário fixo ($63.9 < 69.7$; $p_value = 0.018$).

Todas as restantes diferenças não mencionadas (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores.



Tabela 23 - Vencimento (Variáveis profissionais).

Faceta: Vencimento	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	80.8	15.8	-0.408	0.684
Por turnos	71	81.9	18.4		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ⁵⁶	4	87.5	14.4	-	
Quadro permanente	138	81.2	17.2		
Responsabilidade perante outros					
Sim	75	80.3	17.2	-0.527	0.599
Não	66	82.2	17.2		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	83.2	14.9	0.890	0.375
Não	95	80.4	18.1		
Especialidade⁵⁷					
Enfermagem comunitária	5	75.0	11.8	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	74.0	21.1		
Enfermagem de reabilitação	1	75.0	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	88.9	19.2		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	100.0	-		
Nenhuma	124	81.8	17.0		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	76.7	19.2	0.949	0.452
] 5, 10] anos	47	79.3	16.0		
] 10, 15] anos	15	84.4	16.0		
] 15, 20] anos	20	82.9	21.2		
] 20, 25] anos	19	84.2	13.9		
> 25 anos	15	86.1	16.6		
Categoria profissional⁵⁸					
Oficial	10	80.8	14.7	-	
Sargento	130	81.5	17.3		

⁵⁶ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁵⁷ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁵⁸ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 24 - Vencimento (Variáveis pessoais).

Faceta: Vencimento	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	84.4	15.4	1.099	0.352
Setúbal	36	78.9	19.4		
Porto	15	81.7	14.2		
Braga ⁵⁹	8	66.7	17.8		
Outros	17	77.1	20.8		
Habilitações académicas⁶⁰					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	75.0	20.4		
Bacharelato	2	87.5	17.7		
Licenciatura	92	81.3	18.0		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	81.9	15.9		
Licenciatura com Mestrado	12	82.6	14.8		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	78.2	16.4	1.624	0.107
Masculino	93	83.2	17.4		
Idade					
≤ 35 anos	56	78.9	17.8	1.205	0.303
] 35, 45] anos	42	84.3	16.2		
> 45 anos	38	81.1	17.4		
Situação familiar					
Solteiro	28	81.6	17.0	0.431	0.731
Casado	77	82.5	16.7		
União de facto	20	77.9	18.2		
Divorciado	12	79.2	20.9		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

Todas as diferenças nos scores médios de satisfação com o “Vencimento” (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente

⁵⁹ Categoria não considerada para inferência (n=8).

⁶⁰ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores (todos os p_value 's excedem 0.050).

Tabela 25 - Local de Trabalho e Equipamento (Variáveis profissionais).

Faceta: Local de Trabalho e Equipamento	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	51.2	20.9	-2.755	0.007
Por turnos	71	60.3	18.4		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ⁶¹	4	68.8	23.4	-	
Quadro permanente	138	55.4	20.0		
Responsabilidade perante outros					
Sim	75	53.8	19.5	-1.273	0.205
Não	66	58.1	20.9		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	52.0	18.5	-1.585	0.115
Não	95	57.7	20.7		
Especialidade⁶²					
Enfermagem comunitária	5	46.3	24.4	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	48.4	28.9		
Enfermagem de reabilitação	1	56.3	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	52.1	36.6		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	18.8	-		
Nenhuma	124	57.0	18.9		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	63.8	21.5	1.856	0.106
] 5, 10] anos	47	55.2	18.6		
] 10, 15] anos	15	61.7	18.4		
] 15, 20] anos	20	49.1	18.3		
] 20, 25] anos	19	51.0	21.6		
> 25 anos	15	51.7	22.1		
Categoria profissional⁶³					
Oficial	10	55.0	20.6	-	
Sargento	130	55.9	20.3		

⁶¹ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁶² Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁶³ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 26 - Local de Trabalho e Equipamento (Variáveis pessoais).

Faceta: Local de Trabalho e Equipamento	n	Média	dp	ET	p_value
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	57.3	22.2	0.470	0.704
Setúbal	36	54.2	21.3		
Porto	15	52.1	15.8		
Braga ⁶⁴	8	55.5	12.7		
Outros	17	50.8	16.2		
Habilitações académicas⁶⁵					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	60.9	16.4		
Bacharelato	2	46.9	4.4		
Licenciatura	92	55.3	21.5		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	56.9	16.5		
Licenciatura com Mestrado	12	59.9	20.6		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	55.9	22.6	-0.013	0.989
Masculino	93	55.8	19.1		
Idade					
≤ 35 anos	56	62.2	19.2	5.681	0.004
] 35, 45] anos	42	52.9	18.2		
> 45 anos	38	49.2	21.1		
Situação familiar					
Solteiro	28	56.5	19.9	0.934	0.426
Casado	77	55.1	19.7		
União de facto	20	61.3	23.6		
Divorciado	12	49.5	16.1		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

Em relação à faceta “Local de Trabalho e Equipamento”, e no que diz respeito a conclusões com relevância estatística, podemos dizer os maiores níveis de satisfação (médios) ocorrem nos enfermeiros com horário fixo (51.2 < 60.3; *p_value* = 0.007) e que a faixa etária condiciona o nível de satisfação em

⁶⁴ Categoria não considerada para inferência (n=8).

⁶⁵ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

causa ($p_value < 0.001$) sendo que as diferenças estatisticamente significativas na satisfação média ocorrem entre os enfermeiros das faixas etárias “ ≤ 35 anos” e “ > 45 anos” ($62.2 > 49.2$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.008$), isto é, são os enfermeiros mais jovens (média de 62.2) os mais insatisfeitos com o local de trabalho e equipamento.

Todas as restantes diferenças não mencionadas (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores.



Tabela 27 - Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos cuidados (Variáveis profissionais).

Escala: Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos cuidados	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	45.8	19.1	-3.692	< 0.001
Por turnos	69	57.7	19.1		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ⁶⁶	4	67.8	18.4	-	
Quadro permanente	136	51.2	19.8		
Responsabilidade perante outros					
Sim	75	49.6	18.6	-1.408	0.161
Não	64	54.3	21.3		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	45.0	18.6	-2.892	0.004
Não	93	55.0	19.8		
Especialidade⁶⁷					
Enfermagem comunitária	5	48.1	12.7	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	47.3	24.7		
Enfermagem de reabilitação	1	57.1	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	44.1	16.9		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	25.0	-		
Nenhuma	122	52.5	20.0		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	58.4	16.4	1.132	0.347
] 5, 10] anos	47	53.0	17.3		
] 10, 15] anos	15	50.1	19.1		
] 15, 20] anos	20	47.8	27.2		
] 20, 25] anos	19	47.5	21.2		
> 25 anos	15	46.4	20.1		
Categoria profissional⁶⁸					
Oficial	10	43.9	23.1	-	
Sargento	128	52.5	19.7		

⁶⁶ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁶⁷ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁶⁸ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 28 - Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos cuidados (Variáveis pessoais).

Escala: Satisfação com a qualidade da Unidade de Saúde na prestação dos cuidados	n	Média	dp	ET	p_value
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	58.8	18.9	7.699	< 0.001
Setúbal	36	47.6	18.2		
Porto	15	36.8	21.0		
Braga ⁶⁹	8	45.1	12.8		
Outros	17	42.6	12.3		
Habilitações académicas⁷⁰					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	60.9	18.2		
Bacharelato	2	23.2	7.6		
Licenciatura	92	51.8	19.0		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	50.6	21.7		
Licenciatura com Mestrado	12	56.6	22.2		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	51.1	19.2	0.223	0.824
Masculino	93	51.9	20.4		
Idade					
≤ 35 anos	56	56.4	17.4	3.914	0.022
] 35, 45] anos	42	50.2	20.4		
> 45 anos	38	45.1	21.1		
Situação familiar					
Solteiro	28	53.6	19.6	1.539	0.207
Casado	77	50.7	20.3		
União de facto	20	56.6	16.2		
Divorciado	12	42.0	20.6		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

Em relação à escala “Satisfação com a qualidade da unidade de saúde na prestação dos cuidados”, e no que diz respeito a conclusões com relevância

⁶⁹ Categoria não considerada para inferência (n=8).

⁷⁰ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

estatística, podemos dizer enfermeiros com horário fixo ($45.8 < 57.7$; $p_value < 0.001$), com funções de gestão de serviços na unidade ($45.0 < 55.0$; $p_value = 0.004$) apresentam em média maiores níveis de satisfação.

No que diz respeito às características pessoais também ocorreram diferenças estatisticamente significantes nos níveis médios de satisfação devido ao local (distrito) de residência ($p_value < 0.001$) e à faixa etária ($p_value = 0.022$).

As diferenças estatisticamente significativas na satisfação média ocorrem entre:

- os enfermeiros do Porto e de Lisboa ($36.8 < 58.8$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.001$) e entre estes últimos e os do Setúbal ($58.8 > 47.6$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.041$) tornando a ser os enfermeiros do distrito de Lisboa aqueles com menor nível médio de satisfação;
- os enfermeiros das faixas etárias “ ≤ 35 anos” e “ > 45 anos” ($56.4 > 45.1$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.025$), isto é, são os enfermeiros mais jovens (média de 56.4) os mais insatisfeitos com o local de trabalho e equipamento.

Todas as restantes diferenças não mencionadas (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores.

Tabela 29 - Melhoria contínua da qualidade (Variáveis profissionais).

Escala: Melhoria contínua da qualidade	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	44.9	21.6	-3.071	0.003
Por turnos	69	56.2	21.9		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ⁷¹	4	56.3	28.6	-	
Quadro permanente	136	50.3	22.3		
Responsabilidade perante outros					
Sim	75	46.4	19.7	-2.329	0.021
Não	64	55.1	24.6		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	43.2	19.2	-2.802	0.006
Não	93	54.1	23.1		
Especialidade⁷²					
Enfermagem comunitária	5	48.6	17.6	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	49.6	28.2		
Enfermagem de reabilitação	1	64.3	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	50.0	18.6		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	28.6	-		
Nenhuma	122	50.7	22.5		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	58.2	22.1	0.937	0.459
] 5, 10] anos	47	48.1	19.4		
] 10, 15] anos	15	47.9	19.1		
] 15, 20] anos	20	52.7	32.1		
] 20, 25] anos	19	46.1	19.7		
> 25 anos	15	47.6	22.5		
Categoria profissional⁷³					
Oficial	10	49.6	21.2	-	
Sargento	128	50.6	22.7		

⁷¹ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁷² Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁷³ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 30 - Melhoria contínua da qualidade (Variáveis pessoais).

Escala: Melhoria Contínua da Qualidade	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	57.4	24.2	5.362	0.002
Setúbal	36	43.7	18.4		
Porto	15	36.9	19.9		
Braga ⁷⁴	8	38.4	9.1		
Outros	17	50.9	17.5		
Habilitações académicas⁷⁵					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	53.4	20.2		
Bacharelato	2	44.6	27.8		
Licenciatura	92	47.9	21.5		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	54.8	23.5		
Licenciatura com Mestrado	12	60.7	25.8		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	48.7	21.9	0.649	0.518
Masculino	93	51.3	22.7		
Idade					
≤ 35 anos	56	54.7	20.8	2.107	0.126
] 35, 45] anos	42	48.1	25.6		
> 45 anos	38	45.7	20.2		
Situação familiar					
Solteiro	28	52.3	22.3	1.882	0.136
Casado	77	49.9	22.1		
União de facto	20	56.1	22.6		
Divorciado	12	37.5	21.3		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

Em relação à escala “Melhoria Contínua da Qualidade”, e no que diz respeito a conclusões com relevância estatística, podemos dizer que enfermeiros com responsabilidade de supervisão perante outros (46.4 <55.1

⁷⁴ Categoria não considerada para inferência (n=8).

⁷⁵ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

; $p_value = 0.011$), com funções de gestão de serviços na unidade ($43.2 < 54.1$; $p_value = 0.006$) apresentam em média maiores níveis de satisfação.

No que diz respeito às características pessoais também ocorreram diferenças estatisticamente significantes nos níveis médios de satisfação em relação à melhoria contínua da qualidade devido ao local (distrito) de residência ($p_value = 0.002$): os enfermeiros do Porto e os de Lisboa ($36.9 < 57.4$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.016$) e entre estes últimos e os de Setúbal ($57.4 > 43.7$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.029$) tornando a ser os enfermeiros do distrito de Lisboa aqueles com menor nível médio de satisfação.

Todas as restantes diferenças não mencionadas (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores.

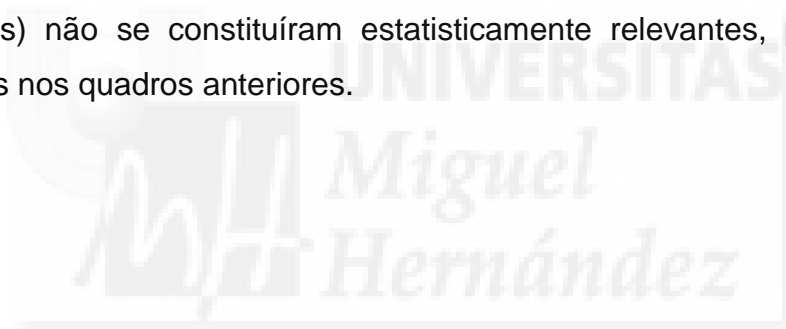


Tabela 31 - Satisfação global (Variáveis profissionais).

Escala: Satisfação Global	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Tipo de horário					
Fixo	71	73.3	21.3	3.428	0.001
Por turnos	69	59.7	25.4		
Tipo de vínculo					
Regime de contrato ⁷⁶	4	59.5	27.8	-	
Quadro permanente	136	66.8	24.3		
Responsabilidade perante outros					
Sim	75	74.1	20.4	4.270	< 0.001
Não	64	57.5	25.7		
Gestão de serviço na unidade					
Sim	47	73.7	21.0	2.507	0.013
Não	93	63.0	25.2		
Especialidade⁷⁷					
Enfermagem comunitária	5	76.7	17.3	-	
Enfermagem médico-cirúrgica	8	71.2	23.2		
Enfermagem de reabilitação	1	62.5	-		
Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	-	-	-		
Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	67.9	7.5		
Enfermagem de saúde mental e psiquiatria	1	100.0	-		
Nenhuma	122	65.6	24.9		
Tempo de serviço					
≤ 5 anos	25	56.2	21.2	1.182	0.321
] 5, 10] anos	47	67.0	25.0		
] 10, 15] anos	15	69.2	17.0		
] 15, 20] anos	20	71.4	27.7		
] 20, 25] anos	19	70.4	24.8		
> 25 anos	15	68.3	27.8		
Categoria profissional⁷⁸					
Oficial	10	69.4	22.8	-	
Sargento	128	66.1	24.5		

⁷⁶ Categoria com frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁷⁷ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

⁷⁸ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

Tabela 32 - Satisfação global (Variáveis pessoais).

Escala: Satisfação Global	<i>n</i>	Média	dp	ET	<i>p_value</i>
Local de residência (Distrito)					
Lisboa	67	60.5	27.0	3.869	0.011
Setúbal	36	70.6	22.0		
Porto	15	82.4	15.2		
Braga ⁷⁹	8	74.5	14.8		
Outros	17	65.0	20.8		
Habilitações académicas⁸⁰					
Curso de auxiliares de enfermagem	-	-	-	-	-
Curso de enfermagem geral	4	45.3	23.5		
Bacharelato	2	67.5	31.8		
Licenciatura	92	67.7	22.7		
Licenciatura com Pós-Graduação	29	65.9	27.7		
Licenciatura com Mestrado	12	65.6	29.1		
Licenciatura com Doutoramento	-	-	-		
Género					
Feminino	47	67.2	22.5	-0.227	0.820
Masculino	93	66.3	25.3		
Idade					
≤ 35 anos	56	61.4	24.4	2.166	0.119
] 35, 45] anos	42	69.9	23.2		
> 45 anos	38	70.6	25.7		
Situação familiar					
Solteiro	28	66.7	22.6	1.315	0.272
Casado	77	66.9	23.8		
União de facto	20	58.8	25.4		
Divorciado	12	76.4	30.8		
Separado	-	-	-	-	
Viúvo	-	-	-		

Em relação à escala “Satisfação Global”, e no que diz respeito a conclusões com relevância estatística, podemos dizer enfermeiros com horário fixo ($73.3 > 59.7$; $p_value = 0.001$) e com responsabilidade perante outros ($74.1 > 57.5$; $p_value = 0.013$) apresentam em média maiores níveis de satisfação.

⁷⁹ Categoria não considerada para inferência ($n=8$).

⁸⁰ Variável cujas categorias apresentam frequência absoluta não admissível para inferência estatística.

No que diz respeito às características pessoais também ocorreram diferenças estatisticamente significantes nos níveis médios de satisfação global devido ao local (distrito) de residência ($p_value = 0.011$): os enfermeiros do Porto estão, em média, mais satisfeitos que os de Lisboa ($82.4 > 60.5$; *post-hoc* de Scheffe; $p_value = 0.022$).

Todas as restantes diferenças não mencionadas (resultantes da comparação de enfermeiros de diferentes categorias pessoais e/ou profissionais) não se constituíram estatisticamente relevantes, podendo ser consultadas nos quadros anteriores.



Significância estatística das dimensões da satisfação com preditores da Satisfação Global

Para aferir a significância estatística das várias dimensões (as cinco facetas da Satisfação com a qualidade da unidade de saúde como local de trabalho juntamente com a satisfação com a qualidade da unidade de saúde na prestação dos cuidados e Melhoria contínua da qualidade) como variáveis preditivas da satisfação global dos enfermeiros foi ajustado um modelo de regressão linear com algoritmo de selecção do tipo *stepwise* que depois de validado no que diz respeito aos pressupostos de legitimidade (resíduos independentes com média nula e variância constante; inexistência de auto-correlação serial, ausência de multicolinearidade perfeita e observações influentes) foi analisado no que diz respeito aos seus coeficientes, organizados na tabela seguinte:

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,688 ^a	,473	,469	17,842	
2	,722 ^b	,521	,514	17,072	
3	,748 ^c	,559	,549	16,442	1,544

a. Predictors: (Constant), Melhoria contínua da qualidade (score médio)

b. Predictors: (Constant), Melhoria contínua da qualidade (score médio), Satisfação com a qualidade da sua unidade de saúde como local de trabalho (Faceta Superior Hierárquico, score médio)

c. Predictors: (Constant), Melhoria contínua da qualidade (score médio), Satisfação com a qualidade da sua unidade de saúde como local de trabalho (Faceta Superior Hierárquico, score médio), Satisfação com a qualidade da sua unidade de saúde na prestação de cuidados (score médio)

d. Dependent Variable: Satisfação Global (score médio)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	104,191	3,813		27,328	,000		
	Melhoria contínua da qualidade (score médio)	-,754	,069	-,688	-10,919	,000	1,000	1,000
2	(Constant)	108,568	3,841		28,268	,000		
	Melhoria contínua da qualidade (score médio)	-,627	,075	-,572	-8,399	,000	,783	1,277
	Satisfação com a qualidade da sua unidade de saúde como local de trabalho (Faceta Superior Hierárquico, score médio)	-,245	,067	-,248	-3,644	,000	,783	1,277
3	(Constant)	114,992	4,163		27,620	,000		
	Melhoria contínua da qualidade (score médio)	-,341	,111	-,311	-3,059	,003	,326	3,068
	Satisfação com a qualidade da sua unidade de saúde como local de trabalho (Faceta Superior Hierárquico, score médio)	-,255	,065	-,259	-3,941	,000	,781	1,280
	Satisfação com a qualidade da sua unidade de saúde na prestação de cuidados (score médio)	-,396	,118	-,322	-3,362	,001	,367	2,725

a. Dependent Variable: Satisfação Global (score médio)



Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Studentized Deleted Residual	,051	135	,200*	,990	135	,427

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

De acordo com os resultados obtidos pelo algoritmo de selecção *stepwise*⁸¹, as variáveis com poder preditivo sobre o score médio de satisfação global são: Melhoria contínua da qualidade ($p_value = 0.003$), a faceta “Superior Hierárquico” ($p_value < 0.001$) e satisfação com a qualidade da

⁸¹ Onde as variáveis escolhidas são estatisticamente significantes na previsão da variável dependente.

unidade de saúde na prestação de cuidados ($p_value = 0.001$) sendo que a faceta é que tem menor papel preditivo (apresenta menor valor absoluto do coeficiente estandardizado de entre as três variáveis preditivas: 0.259).

A variação conjunta destas dimensões/variáveis é responsável por cerca de 55,9% da variação do score médio de Satisfação Global ($R^2 \approx 0.559$), isto é, pouco mais de metade da variação da satisfação global é atribuível à variação conjunta das três variáveis referidas.

O modelo é globalmente e individualmente significativo ($F=55.340$; $p_value < 0.001$), sem presença de auto-correlação ($d_w = 1.544 \approx 2.000 \pm 0.450$) e assimetria nos resíduos estudentizados ($KS=0.051$; $p_value < 0.200$).



Discussão e conclusões

Para que conseguíssemos conhecer e identificar as variáveis sociodemográficas, laborais e organizacionais que interferem na satisfação dos enfermeiros dos hospitais militares nacionais elaborámos um conjunto de hipóteses que iremos confrontar com os resultados conseguidos.

Relativamente, à caracterização sócio-demográfica do nosso estudo chegamos à seguinte conclusão: a amostra é predominantemente masculina, casados e residentes no sul do país.

A média de idade é de 40 anos, sendo uma população bastante jovem, o nível de escolaridade mais representativo é a licenciatura e muito poucos são especialistas em alguma área.

A esmagadora maioria tem vínculo efectivo com o Hospital, pouco mais de metade dos enfermeiros trabalha por turnos, sendo que a maioria referiram desempenhar um cargo com funções de responsabilidade de supervisão, ao contrário das funções de gestão ou chefia.

A maior parte dos inquiridos tem pouco tempo de serviço, entre 5 e 10 anos, podemos afirmar que estamos perante uma amostra de enfermeiros “princiantes”. A categoria profissional representada é manifestamente representada por sargentos.

O nosso estudo suporta que a satisfação dos enfermeiros em relação às diferentes dimensões da satisfação depende de características como: género; idade; habilitações literárias; situação familiar; local de residência; tipo de horário; tipo de vínculo; tipo de responsabilidade na unidade; tipo de cargo (com função de gestão ou não); vencimento, especialidade; tempo de serviço e; categoria profissional.

Quando analisamos os dados constatamos que a satisfação dos enfermeiros é influenciada por questões profissionais, nomeadamente: tipo de horário, funções de gestão de serviços na unidade e funções de responsabilidade de supervisão perante outros. Estes resultados corroboram, a maior parte da literatura que relaciona a satisfação no trabalho a um número de

variáveis ambientais (Ferreira, & Antunes 2009; Ferreira, 2011; Spector, 2010), mas são divergentes relativamente às características pessoais, ou seja, na maioria dos estudos (Cavanagh, 1992; Spector, 2010), as variáveis sociodemográficas, como a situação familiar, habilitações e género, apresentaram diferenças estatisticamente significativas, no nosso caso apenas a idade e o local de residência tiveram significado estatístico.

Já a satisfação global depende apenas do local de residência, mas sobretudo de factores ligados à profissão, ou seja, o tipo de horário, responsabilidade perante outros e funções de gestão de serviços na unidade.

Num estudo de Ferreira e Sousa (2006), com 303 enfermeiros, os autores constataram que a relação entre a satisfação global e a observância de comportamentos estratégicos é moderada pelo bem-estar afectivo, nomeadamente a ansiedade, motivação e o conforto que influenciam a relação entre a satisfação e a vontade de abandonar o hospital.

Num outro estudo, Delgado, Pereira, Morais, Delgado & Castro (2009), verificaram uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação profissional e o tipo de instituição, a relação com a chefia, a relação com os colegas e a equipa multidisciplinar; sendo que a satisfação global dos enfermeiros é significativamente diferente e inferior no hospital em relação ao centro de saúde. A nível do relacionamento os enfermeiros que têm pior relacionamento com a chefia, com os colegas e com a equipa multidisciplinar, têm menor satisfação global.

Yaktin (2003) avaliou a relação entre a insatisfação dos enfermeiros no Líbano e as características pessoais. O autor concluiu que as características pessoais têm efeito significativo na forma como os enfermeiros percebem o trabalho.

Enfermeiros com o grau académico mais elevado, solteiros mostram-se mais insatisfeitos com a qualidade e com a forma de tratamento por parte dos superiores hierárquicos. Estes dados são análogos aos de resultados de Cavanagh (1992), Blegan (1993) e Yaktin et al. (2003).

Verificamos ainda que os resultados mostram que, os enfermeiros mais novos sentem-se, igualmente mais insatisfeitos com as oportunidades para o seu desenvolvimento profissional (Cavanagh 1992; Blegan 1993; Yaktin et al. 2003; Fontes 2009). Também os homens revelam maior grau de satisfação profissional do que as mulheres, corroborando os estudos de outros autores, nomeadamente Matos (2009) e Gonçalves (1998), no entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas.

Do mesmo modo, a variável tempo de serviço não teve correlação positiva, ao contrário de outros estudos Fontes (2009), no seu estudo refere que são os enfermeiros com menor tempo de serviço, que apresentam menor nível de satisfação. Já Seixas (2009) num estudo realizado com uma amostra de 42 enfermeiros conclui que o tempo de serviço se correlaciona positivamente com a satisfação profissional.

Também um estudo realizado com 209 enfermeiros, em seis hospitais da zona norte, evidenciou que os enfermeiros de maior idade e de categoria profissional mais elevada apresentavam maior grau de satisfação, ao invés, o grupo de profissionais com menor grau apresentou maior grau de satisfação (Andrade, 2001).

Para Lino (2004, p. 11) a satisfação profissional dos profissionais de saúde é volátil, pois muito depende “da idade, do tempo de experiência profissional, da situação conjugal, do nível de formação educacional, da distância entre o local de trabalho e a residência, das necessidades familiares, aos planos pessoais, dos traços de personalidade, do comprometimento, de integração social, das expectativas quanto ao trabalho, do significado do trabalho, da responsabilidade pelos resultados do trabalho, dos conhecimentos dos resultados do trabalho”.

Segundo Menezes (2010, p. 45) “o recurso humano mais importante de uma organização de saúde e que mais benefícios lhes dará são provavelmente os enfermeiros (...). Têm motivações próprias, mas também são influenciados pelo contexto organizacional, indutor de diferentes níveis de satisfação profissional”.

Glina e Rocha (2000) e Steffen (2008) acrescentam que a qualidade de vida e a satisfação do profissional da saúde estão correlacionados com factores como *status* profissional, interacção e remuneração. Também um estudo realizado no Hospital Pediátrico de Coimbra, que tinha como objectivo aferir o grau de satisfação e insatisfação com dos enfermeiros concluiu que para o grau de satisfação contribui a excelente relação com outros profissionais do hospital, assim como a dos utentes, já para a insatisfação contribuem factores como a remuneração, condições estruturais, incentivos e perspectivas de progressão na carreira (Ferreira 1996).

Da mesma opinião é Christophoro e Waidman (2002), ao referir que o salário é o principal factor de desmotivação dos profissionais de enfermagem. Seixas (2009) acrescenta que a categoria profissional tem influência na satisfação profissional.

Por sua vez, um estudo desenvolvido por Fonseca (1999) com o intuito de aferir o grau de satisfação profissional dos enfermeiros gestores dos hospitais centrais da zona Norte de Portugal concluiu que a remuneração e estima foram as condições que menos influenciavam a satisfação dos participantes.

Estes dados estão em consonância com os nossos resultados já que a categoria profissional e o vencimento não tem um efeito positivo em nenhuma das dimensões da satisfação dos inquiridos.

Quanto ao tipo de vínculo os nossos resultados não tiveram valores significativos, estes dados estão não são congruentes com a maioria dos dados obtidos por outros autores, nomeadamente, Castro et al. (2011) que referem são os enfermeiros com Contrato a Termo Certo (CTC) que atribuem maior importância à dimensão da segurança no emprego e apresentam um *score* desta dimensão mais baixo em relação aos enfermeiros do quadro, ou seja, para além da importância que os contratados atribuem à estabilidade no emprego, a precariedade da sua situação laboral transforma-se num importante factor de insatisfação profissional.

Ainda na opinião dos autores supracitados (2011, p. 12) “os factores que influenciam negativamente os índices de satisfação profissional dizem respeito à actual política laboral que, face à actual conjuntura económica nacional, tem restringido o acesso dos enfermeiros a vínculos de longo prazo e reduzidos aumentos salariais”.

Já Ferreira (2011) que concluiu que esta variável apenas estava correlacionada à satisfação em enfermeiros que trabalham nas Unidades de Saúde Familiar.

Garcia Saez e Llor, (2000) acrescentam que são os trabalhadores com um vínculo mais longo que possuem mais baixos níveis de satisfação profissional, o que alguns autores chamam de burnout ou "tensão psicológica para o trabalho " (idem), ou burnout no trabalho " (López, 1996), ou síndrome de exaustão emocional " (Garcia, Sobrido, Garcia, Ranã & Saleta, 1999), ou ainda "stress laboral assistencial" (Manzano, 2001).

Na opinião de Staufenbiel, Kroll e König (2006) esta insegurança parece ser um factor motivador para um maior desempenho, já que os enfermeiros com contrato de trabalho mais vulnerável são os que se encontram mais motivados e satisfeitos.

Os resultados da nossa análise confirmam que existe uma correlação positiva entre a satisfação profissional dos inquiridos o tipo de horário e o grau de satisfação, ou seja, aparece como um determinante significativo da satisfação dos enfermeiros em contexto profissional.

Estes resultados vão de encontro à investigação de Santos et al. (2007) que enfatiza o tipo de horário e vínculo. Andrade (2001) foca-se no horário de trabalho, Artiaga (1997) descreve que as eventuais alterações psicológicas, podem desencadear problemas familiares, Notaro et al. (2009) e Scorsin et al. (2008) referem que o tipo de horário interfere na vida dos profissionais e das famílias, aumentando assim, os conflitos familiares e, simultaneamente, aumentam a insegurança no local de trabalho. Amaro (2006), num estudo que realizou com enfermeiros que desempenham a sua actividade profissional por turnos, revelou que apresentam níveis de despersonalização mais elevados.

Contrariamente, Butler e Parsons (1989) e Ferreira (2011), verificaram no seu estudo que um horário de trabalho flexível é promotor de satisfação profissional.

No nosso estudo as variáveis responsabilidade perante outros e funções de gestão de serviços na unidade revelaram-se significativas.

A corroborar esta ideia, temos a teoria de Herzberg (1959) que se baseia em factores intrínsecos, relacionados com o conteúdo do cargo, sentimentos da pessoa face ao mesmo, realização pessoal, reconhecimento pelo desempenho e responsabilidades associadas ao cargo que gratificam por si mesmo.

Também um estudo de Alves (2009) concluiu que os factores motivacionais que mais influenciam o trabalho são o estímulo e desafio profissional, a realização profissional e a exigência de responsabilidade no trabalho.

Outros estudos argumentam que o tipo de trabalho realizado, a carga horária e responsabilidade assumida são factores de insatisfação (Batista, Vieira, Cardoso & Carvalho, 2005). Hendersen e Tulloch (2008) acrescentam que a supervisão e gestão, educação e oportunidades de formação são fundamentais na área da saúde, podendo estas condições ser mais importantes do que os incentivos não financeiros.

Del Cura et al., (1999) evidenciaram, igualmente, a importância das tarefas assumidas, ou seja, o desempenho de tarefas enriquecedoras levam ao reconhecimento social e conseqüentemente contribuem para a satisfação profissional.

Neste sentido verificou-se que são os enfermeiros que desempenharem funções de responsabilidade de supervisão perante outros e gestão ou de chefia no seu local de trabalho mostraram-se mais satisfeitos no local de trabalho (Tavares, 2008; MacRobert et al., 1993).

Segundo Merllié e Paoli (2001) o excesso de trabalho, ausência de definição de funções, a falta de reconhecimento profissional, recursos

escassos, ausência de responsabilidade ou responsabilidade excessiva, paralisações e a não conciliação do trabalho com a vida privada levam a conflitos no trabalho, podendo os trabalhadores vir a sofrer de *stress* e perda de saúde. Também Arriaga (2003) refere que as funções de gestão proporcionam qualidade de vida e bem-estar psicológico dependendo da forma como se desenvolvem (Turcotte, 1986).

Os resultados da nossa análise confirmam a investigação de Peiro, & Prieto, (2002) e Cumbey e Alexander (1998), que revelam que o aumento de responsabilidades está, normalmente, associado à satisfação perante a profissão.

Além destes estudos, outros realizados em território nacional, concluíram que responsabilidades de decisão levam a que o profissional tenha uma menor disposição para deixar o seu trabalho (Castro et al., (2011). Os autores verificam, igualmente que “ao tipo de funções exercidas, (...) os enfermeiros responsáveis pela direcção, chefia ou coordenação de unidades de saúde apresentam um índice de satisfação profissional mais elevado. Da mesma forma, aqueles elementos que integram as equipas de programas de saúde específicos apresentam menor tendência em querer afastar-se do seu posto de trabalho (Castro et al., 2011, p. 170).

Já Alves (2009) num estudo realizado com 15 enfermeiros concluiu que a satisfação profissional destes profissionais dependia sobretudo do estímulo e desafio profissional, da realização profissional e da exigência de responsabilidade no trabalho.

Loureiro et al. (2007) constatou que o mais importante não era a responsabilidade de supervisão perante outros e sim a autonomia. A este propósito Walter e Marriot (citado por Francês, 1984) refere que a autonomia, a possibilidade de tomada de decisão, o desafio profissional, a responsabilidade e o compromisso com a população são algumas das variáveis que mais satisfação dá aos enfermeiros.

Por fim, constatamos ainda que a satisfação com as chefias - faceta Superior Hierárquico e a satisfação com a qualidade da unidade de saúde na

prestação de cuidados e a melhoria contínua da qualidade pesam na satisfação global percebida pelo enfermeiro.

Estes resultados são análogos aos de outros estudos Wernimont (1966) e Whiting (1974). Perante a estes dados, os órgãos de direcção e supervisão de unidades ou de serviços de saúde e de gestão de recursos humanos deverão adoptar políticas e estratégias para assim contribuir para a diminuição insatisfação e o aumento da satisfação profissional de enfermagem.

A este propósito Menezes (2010) refere “O chefe ou superior hierárquico é um ponto de referência para os elementos do grupo que lidera. A qualidade dos cuidados de saúde encontra-se directamente relacionada e influenciada pela eficácia do enfermeiro chefe, enquanto gestor de primeira linha” (Moreira, citado por Santos et al. 2006). Quando as chefias incluem os seus elementos na solução de problemas, seguramente que eles sentir-se-ão envolvidos, reconhecidos e respeitados, logo é mais fácil lidar com a equipa e com problemas futuros.

Dias et al. (2005) referem que nas relações do trabalho, o superior hierárquico é um ponto de referência essencial, bem como as relações com o superior podem contribuir para a satisfação do trabalho e bem-estar psicológico ou ser uma fonte de tensão e ansiedade.

De acordo com Menezes (2010) quanto mais satisfeito o enfermeiro maior o seu comprometimento com a organização. Além disso, a satisfação no trabalho é um instrumento imprescindível na procura da qualidade e da produtividade, logo, torna-se um indicador da qualidade. Um dos grandes desafios é criar e manter um ambiente de trabalho positivo, isto é, que este seja fonte de motivação para os profissionais e que estes se sintam satisfeitos e motivados (idem).

Conclusão

De acordo com o exposto e de forma sucinta recordamos que as características pessoais e profissionais dos enfermeiros tornaram-se preponderantes em alguns dos resultados obtidos.

Verificamos que a satisfação profissional depende de:

- Local de trabalho;
- Idade;
- Horário de trabalho;
- Responsabilidade perante outros (responsabilidade de supervisão perante outros);
- Funções de gestão de serviços na unidade;

Os enfermeiros com horário fixo, com responsabilidade de supervisão perante outros e com funções de gestão na Unidade onde prestam serviço têm, em média, um maior nível de satisfação na maioria das onze escalas neste estudo consideradas.

Faixa etária e sobretudo o distrito de residência do enfermeiro são as características pessoais que mais condicionam o nível médio de satisfação.

Das características (pessoais ou profissionais) que permitiram um estudo inferencial destaca-se o género e o tempo de serviço por não se mostrarem (para o nível de significância estipulado) condicionadores do nível médio de satisfação nas onze escalas analisadas.

A satisfação com as chefias - faceta Superior Hierárquico e a satisfação com a qualidade da unidade de saúde na prestação de cuidados e a melhoria contínua da qualidade pesam na satisfação global percebida pelo enfermeiro.

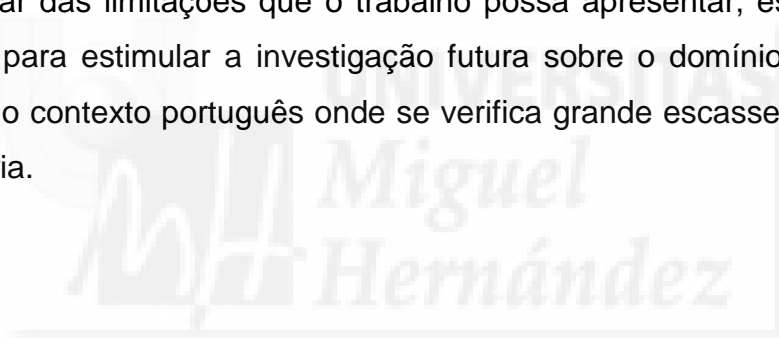
Limitações

Face ao exposto, consideramos que foi possível cumprir os objetivos a que nos propusemos, porém, reconhecemos a existência de certas limitações, nomeadamente, a dimensão da amostra, bem como a aplicação do questionário, pois a recolha de dados revelou-se bastante difícil.

Sugestões

Pesquisas futuras poderiam aprofundar algumas questões não estudadas no trabalho que aqui se dá conta. Por exemplo, efectuar estudos comparativos, entre a população civil e militar, podendo mesmo ser alargada a outros países da Europa.

Apesar das limitações que o trabalho possa apresentar, esperamos ter contribuído para estimular a investigação futura sobre o domínio em análise, sobretudo no contexto português onde se verifica grande escassez de estudos nesta matéria.



Referências bibliográficas:

- Acosta, R., Suarez, A. & Villamil, J. (1991). *Bases conceptuales y organización de la salud ocupacional en el ISS*. Bogotá: Ascofame.
- Adam, E. (1983). *Être infirmière*. Montréal: HRW.
- Adams, J. (1965). Inequity in social Exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 2, 267–299.
- Aiken, L. & Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49 (3), 146–153.
- Allen, N. & Meyer, J. (1990). The Measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1–18.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, R. – *Factores motivacionais que influenciam o desempenho do enfermeiro no pré-hospitalar*. Ponte de Lima: [s.n.], 2009. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde de Ponte de Lima. Dissertação de mestrado.
- Amaro, H. – *Assertividade e satisfação profissional nos enfermeiros*. Faro: [s.n.], 2006. Universidade do Algarve. Tese de mestrado.
- Andrade, L. – *A Satisfação Profissional nos Enfermeiros de Pediatria*. Porto: [s.n.], 2001. Universidade do Porto. Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina. Dissertação de mestrado.
- Ansart, P. (1999). *Hiérarchie, in dictionnaire de sociologie*. Paris: Le Robert Seuil.
- Anselmio, M., Angerami, E. & Gomez, E. (1997). Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. In *Revista Brasileira de Salud Ocupacional*, 23, 31–41.
- Armstrong, M. (1991). *Gerencia de recursos humanos*. Colombia: Fondo Editorial Legis.
- Arndt, C. & Huchabay, L. (1980). *La administración de enfermeira. Teoria para la práctica com un enfoque de sistemas*. Columbia: Mosby Company.

- Arroteia, J. (2008). *Educação e desenvolvimento: fundamentos e conceitos*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Artiaga Rúaiz, A. (1997). *La enfermera ante el síndrome de burnout: Estudio comparativo Atención Primaria-Atención Especializada*. Catálogo de tesinas de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- Auger, L. (1985). *Communication et épanouissement personnel: la relation d'aide*. Ottawa: Éditions de l'Homme.
- Ausubel, D., Novak, J. & Hanesian, H. (1980). *Psicologia educacional*. Rio de Janeiro: Editora Interamerica.
- Awases, M., Gbary, A., Nyoni, J.& Chatora, R. (2004). *Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report*. Brazzaville: World Health Organization WHO-AFRO DHS.
- Baechler, J. (1999). Hiérarchies sociales. Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui, M. & Lécuyer, B. (Eds.), *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Larousse-Bordas.
- Baptista, I. (2011). *Ética, deontologia e avaliação do desempenho docente*. Lisboa: Ministério da Educação. Disponível na Internet:<URL: http://www.ccap.min-edu.pt/docs/Caderno_CCAP_3-Etica.pdf. [Consult. 29 MAR. 2015].
- Barbieri, M. 1997. Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Sinais vitais*, 10, 19–22.
- Barros, A., & Lehfeld, N. (1986). *Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Barros, H. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra, Livraria Almedina. Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Batista, A., Vieira, M., Cardoso, N. & Carvalho, G. (2005). Factores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 85–91 .
- Baumann, A., Blythe, J., Cleverley, K., Grinpsun, D. & Tompkins, A. (2006). *Health Human Resouce. Educated and Underemployed: The paradox for nursing graduands*. Ontário: Nursing Health Services Research Unit.

- Bell, J. (1997). Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais da educação. Lisboa: Ed. Gradiva.
- Bergamini, C. (2008). *Motivação nas organizações*. São Paulo: Atlas.
- Blegen, M. (1993). Nurse job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42 (1), 36–41.
- Blum, M. & Naylor, J. (1989). *Psicología industrial: sus fundamentos teóricos y sociales*. México: Editorial Trillas.
- Boittin, I., Lagoutte, M. & Lantz, M. (2002). Virginia Henderson: 1897 – 1996 biographie et analyse de son oeuvre. *Recherche en soins infirmiers*, 68, 5–17.
- Borba, D. (2011). Motivação no trabalho. In D. Gomes (coord), *Psicologia das organizações do trabalho e dos recursos humanos*, Cap V, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Bravo, R. (1967). *Doctrina social y económica de los Padres de la Iglesia*. Madrid: Compañía Bibliográfica Española.
- Bullock, R., Little, M., & Milham, S. (1992). The relationships between quantitative and qualitative approaches in social policy research. In J. Brannen (Eds.). *Mixing methods: Qualitative and quantitative research* (pp. 81-99), Aldershot: Avebury.
- Butler, J. & Parsons, R. (1989). Hospital perceptions of job satisfaction. *Nursing Management*, 20 (20), 45–48.
- Campos, C. (2010). *As Quatro ordens profissionais da saúde*. Disponível na Internet:<URL: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/diasaude+ordens.htm>. [Consult. 2 SET. 2015].
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). (2006). *Le travail en equipe dans les services de santé: Promouvoir un travail en equipe efficace dans les services de santé au Canada – Recommandations et synthèse pour politiques*. Ottawa, Ontário: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Carmo, Hermano & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Casas, J., Repullo, J., Lorenzo, S. & Cañas, J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral em profesionales sanitários. *Revista de administración sanitária*, 6 (23), 143–160.
- Castro J., Lago H., Fornelos, M., Novo, P., Saleiro, M., & Alves O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 157–172. Disponível na Internet:<URL:http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000200009&lng=pt&tlng=pt. [Consult. 21 SET. 2015].
- Cavanagh, S. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (6), 704–711.
- Chamboredon, P. (2010). *Un siècle d'évolution des métiers à l'hôpital évolution sociologique du personnel soignant du servant au conseil de l'ordre infirmier*. Conseil inter regional Provence Alpes Côte D'Azur et Corse. Disponível na Internet:<URL: http://www.croi-paca-corse.fr/assets/files/R21/actualites/SFHH_DISCOURS_Patrick_CHAMBOREDON.pdf. [Consult. 11 de MAR. 2015].
- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos novos tempos*. São Paulo: Makron Books.
- Chiavenato, I. (2002). *Recursos humanos*. São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (2003). *Administração de recursos humanos*, 5.^a Edição. São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2008). *Administração de recursos humanos: fundamentos básicos*. São Paulo: Editora Manole.
- Chiavenato, I. (2008). *Recursos humanos: o capital humano das organizações*. São Paulo: Atlas.
- Christophoro R, Waidman, M. (2002). Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem da UEM, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum*, 24 (3): 757–63.
- Cofer, C. & Appley, M. (1990). *Psicologia de la Motivación: teoría y investigación*. México: Trillas.

- Cohen, S. & Bailey, D. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23 (4), 238–290.
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho de Enfermagem. (2011). *Quais são as terapias que podem ser contempladas na prática da Enfermagem baseadas na CIPE?. Parecer n.º 18/2011*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, J. (2013). Contributo histórico do Hospital da Marinha para a saúde naval e hospitalar. *Revista da Armada*, 447, 26–28.
- Correa, A., Palacio, M. & Serna, L. (2001). Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud, municipio de Medellín, 1999. *Investigación y Educación en Enfermería*, XIX(2).
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work. Office for Official Publications of the European Communities.
- Cumbey, D. & Alexander J. (1998). The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing. *Journal of Nursing Administration*, 28 (5), 39–46.
- Davis, K. & Newstrom, J. (2003). *Comportamiento humano en el trabajo*. México: McGraw-Hill.
- Davis, L. (1966). The design of Jobs. *Industrial relations: A Journal of economy and society*, 6 (1), 21–45.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Delgado, A., Pereira, A., Morais, C., Delgado, C., & Castro, J.. Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia. In IV ENCONTRO DE INVESTIGAÇÃO E IIª JORNADAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL, VILA REAL, 2009. Investigação em Saúde: Contributos. Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, 2009. 178–191.
- Delgado, J. & Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

- Dessler, G. (1993). *Organización y administración: enfoque situacional*. México: Prentice Hall.
- Dias, C. – *A liderança em enfermagem. Estudo do líder, do liderado e da motivação*. Porto: [s.n.]2001. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691–729.
- Donahue, M. (2011). *Nursing: the finest art: an illustrated history*. St. Louis: Mosby.
- Duarte, R. (2002). *Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo*. Caderno de Pesquisa, 115, 139-154. Disponível na Internet:<URL:<http://www.efdeportes.com/efd172/instrumentos-de-pesquisa-cientifica-qualitativa.htm>. [Consult. 3 AGO. 2015].
- Dumont, L. (1979). *Homo hierarchicus. Le système des castes et ses implications*. Paris: Gallimard.
- Dunant, H. (2011). *Un souvenir de Solférino*. Genève: Comité International de la Croix-Rouge.
- Eakin, P. (1992). *Touching the world*. Madrid: Megazul-Endymion.
- Espírito Santo, G. (2006). Editorial: O que fundamenta um Serviço de Saúde Militar. *Revista Militar*, 2455/2456, 2.
- Etizone, A. (1961). *A comparative analysis of complex organizations*. Nova Iorque: Free Press.
- Ewen, R. (1964). Some determinants of job satisfaction: a study of the generality of Herzberg's theory. *Journal of Applied Psychology*, XLVIII, 161–163.
- Fayol, H. (1990). *Administração industrial e geral*. São Paulo: Atlas.
- Fernandes, A. (1992). *A centralização burocrática do ensino secundário: evolução do sistema educativo português durante os períodos liberal e republicano (1836 – 1926)*. Braga: Universidade do Minho.
- Fernandes, D. (2001). Notas sobre os paradigmas de investigação em Educação. Disponível na Internet:<URL: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi2/Fernandes.pdf>. [Consult. 3 AGO. 2015].

- Fernandes, E. (2001). *Novo estado sócio-industrial, impactos no século XXI*. Santa Maria da Feira: Edipanta.
- Fernández, P., & Díaz, P. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Disponível na Internet:<URL: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp. [Consult. 4 AGO. 2015].
- Ferreira, A. – *A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga*. Porto: [s.n.], 2011. Universidade do Porto. Faculdade de Economia. Tese de mestrado.
- Ferreira, J., Neves, J., Abreu, P. & Caetano, A. (1996). *Psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Ferreira, M. & Sousa, L. (2006). Satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6, 37–46.
- Ferreira, P. & Antunes, P. (2009). *Monitorização da satisfação dos profissionais das USF, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra*. Disponível na Internet:<URL:http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF_Util/USF_Rel_Util. [Consult. 20 SET. 2015].
- Fonseca, C. & Neto, F. (2006). Atitudes dos reclusos ciganos e não ciganos face ao ensino recorrente. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2, 329-352.
- Fonseca, J. – *Satisfação Profissional dos Enfermeiros Gestores*. Coimbra: [s.n.], 1999. Universidade de Coimbra. Dissertação de mestrado.
- Fontes, A. – *Satisfação profissional dos enfermeiros...que realidade? Serviço de cuidados intensivos versus serviço de medicina*. Porto: [s.n.] 2009. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de mestrado.
- Foucault, M. (1978). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. In *Educación Médica y Salud*, Vol 12, 1, 20–35.
- Francês, R. (1984). *Satisfação no Trabalho e no Emprego*. Porto: Rés-Editora.
- Friedlander, F. (1966). Motivation to work and organizational performance. *Journal of Applied Psychology*, 50(2), 143–152.
- García, M.; Sáez, C. & Llor, B. (2000). Burnout satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 215–228.

- García, M.; Sobrido, N.; García, M, Raña, C. & Saleta, L. (1999). El síndrome de burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 202–2 03, 61–67.
- Giddens, A. (2000). Las organizaciones modernas. *Sociología*. España: Alianza Editorial.
- Gil, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo. Editora Atlas S.A.
- Ginzberg, E., Patray, J., Ostow, M. & Brann, E. (1982). Nurse discontent: the search for realistic solutions. *Journal of Nursing Administration*, 12 (11), 7–11.
- Glass, D., Mcnight, J. & Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 61, 147–155.
- Glina, D. & Rocha, L. (2000). *Saúde Mental no Trabalho: Desafios e Soluções*. São Paulo: Editora V. K.
- Goffman, E. (2003). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectivas S.A.
- Gomes, A. (2006). O apoio sanitário no Teatro de Operações: evolução do conceito à luz dos cenários. *Revista militar*, 8/9, 937–950.
- Gomes, D. & Borba, D. (2011). Motivação no trabalho. In D. Gomes (Coord.), *Psicologia das Organizações, do Trabalho e dos Recursos Humanos*, 241–319.
- Gonçalves, Á. (1998). Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas. *Revista Referência*, Coimbra, 1, p. 41–48.
- Gonçalves, R. (2006). Resenha histórica: o serviço de saúde da Força Aérea. *Revista Militar*, 2455/2456, 835–854.
- Gordon, V. (1973). *La evolución social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Graça, L. (2011). Os 50 anos da guerra colonial, a lusofonia, a cooperação e a saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1), 1–2.
- Griffith, J. (2006). A Compositional Analysis of the Organizational Climate-Performance Relation: Public Schools as Organizations. *Journal of Applied Social Psychology*, 36 (8), 1848–1880.
- Guillén, N. (2006). *La satisfacción laboral. Relación com el comportamiento organizacional*. Lima: Editorial San Marcos.

- Hackett, R., Bycio, P., & Hausdorf, P. (1994). Further assessment of Meyer and Allen's (1991) three component model of organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, 79, 15–23.
- Harber, P. (1988). Nurses Beliefs about causes of occupational back pain. *Journal of occupational Medicine*, XXX (10), 797–800.
- Henderson, V. (1969). The nature of Nursing. Traduction française “*La nature des soins infirmiers*”. Paris: InterEditions.
- Herzberg, F., Maunser, B. & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work.*, New York, NY: John Wiley and Sons Inc.
- House, R. & Wigdor, L. (1967). Herzberg's dual-factor theory of job satisfaction and motivation: a review of the evidence and a criticism. *Personnel Psychology*, 20(4), 369–389.
- Ichheiser, G. (1949). Misunderstandings in human relations. A study in false social perception. *American Journal of Sociology*, Vol. 55, Part. 2, VIII, 70.
- Íñiguez, L. (2008). *El debate sobre metodología cualitativa versus cuantitativa*. Disponível na Internet:<URL: http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/ic_METODOLOGIA_CUALITATIVA.pdf. [Consult. 20 JUL. 2015].
- International Council of Nurses. (2005). *Regulation Terminology*. Disponível na Internet:<URL: http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/regulation/Regulation_Terminology.pdf. [Consult. 31 MAR. 2015].
- Jansen, P., Kerkstra, A., Abu-Saad, H. & van der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community. *International Journal of Nursing Studies*, 33 (4), 407–421.
- Kanfer, A., Schlosser, A. & Shavitt, S. (1999). Internet Users Attitudes toward Internet Advertising. *Journal of Interactive Marketing*, 13 (3), 34–54.
- Keith, D. (1979). *Comportamento humano do trabalho: Relações humanas e comportamento organizacional*. São Paulo: Mc Graw-Hill.
- Knibiehler, Y., Leroux-Hugon, V., Dupont-Hess, O. & Tastayre, Y. (1984). *Cornettes et blouses Blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*. Paris: Hachette.

- Kopelman, R., Brief, A. & Guzzo, A. (1990). The role of climate and culture in productivity. En B. Schneider (Ed.), *Organizational Climate and Culture*, 282–318. San Francisco: Josef-Bass.
- Lakatos, E., & Marconi, M. (2001). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Ed. Atlas.
- Latham, G. (2009). Motivate employee performance through goal setting. In Edwin Locke. *The Blackwell Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable Knowledge for Evidence-Based Management*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. Columbus, OH: McGraw-Hill College Custom Series.
- Lévy-Leboyer, C. (1980). Satisfacion et motivation: théories de recherche. *Bulletin de Psychologie*, 33, 409–412.
- Lima, M. (2000). *O Inquérito Sociológico*. 5ª ed., Lisboa: Ed. Presença.
- Lima, M., Monteiro, M & Vala, J. (1995). A satisfação organizacional: confronto de modelos. In Jorge Vala, Maria Benedita Monteiro, Maria Luísa Lima & A. Caetano (Orgs.), *Psicologia social das organizações: estudos em empresas portuguesas*, 101–122. Oeiras: Celta Editora.
- Lino, M. (2004). *Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva*. Tese de doutoramento não - publicada, Escola de enfermagem/USP, São Paulo, Brasil.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. Dunnette (edt.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, 1297–1349.
- Lopes, M. (2009). A investigação em Enfermagem no contexto das ciências da saúde: Perspectivas de desenvolvimento. Grupo ICE – Investigação Científica em Enfermagem (Eds.), *Enfermagem e úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências dos cuidados*, 1, 41–57.
- López, J. (1996). El desgaste ocupacional en el personal sanitario que trabaja con enfermos afectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. *Folia Neuropsiquiátrica*, 31, 39–55.

- Loriol, M. (2000). *Le temps de la fatigue. La gestion du mal-être au travail*. Paris: Anthropos.
- Loureiro, R., Ferreira, M. & Duarte, J. Liderança em enfermagem e satisfação profissional nos novos modelos de gestão hospitalar. In III ENCONTRO DE INVESTIGAÇÃO E Iª JORNADAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL. VILA REAL, 2007. Livro de Actas 87–93.
- Machado, M. (2007). Crónicas Militares Nacionais. *Revista Militar*, 2461/2462. Disponível na Internet: <URL: http://www.revista militar.pt/artigo.php?art_id=189. [Consult. 7 JUL. 2015].
- MacRobert , M., Schmele J. & Henson R. (1993). An analysis of job morale factors of community health nurses who report a low turnover rate . The research. *Journal of Nursing Administration* , 23 (6), 22–28.
- Malik, A. (1998). *Gestão de Recursos Humanos.*, São Paulo: Editora Fundação Peirópolis Ltda.
- Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección, Organización y Administración de Empresa*, 25, 148–159.
- Marques -Teixeira, J. (2002). Burnout ou o síndrome de exaustão. *Saúde mental*. IV (2), 8-19.
- Martel, J. & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measurement instrument. *Social Indicators Research*, 77, 333–368.
- Martínes, M. (2001). *Directorio de Enfermeros y Artífice de Obras de Caridad para Curar las Enfermedades del Cuerpo*. Madrid: Consejo General de Enfermería de Madrid.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50 (4), 370–396.
- Maslow, A. (2000). *Maslow no Gerenciamento*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Matos, V. & Oliveira, A. *Satisfação dos Enfermeiros no Trabalho*. Lisboa: [s.n.], 2009. Universidade Fernando Pessoa. Disponível na Internet:<URL: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1620>. [Consult. 21 SET. 2015].
- McDaniel, C. & Gates, R. (2003). *Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Thomson.

- McGee, G. & Ford, R. (1987). Two (or more) dimensions of organizational commitment: reexamination of the affective and continuance commitment scales. *Journal of Applied Psychology*, 72, 638–642.
- McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity, and organizational commitment: the result of leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25 (9), 17–26.
- Medeiros, C. & Coelho, M. (1991). Do desvio à instituição total: sub-cultura-estigma-trajectos. *Cadernos do CEJ*, 2, 15–37.
- Medina Moya, J. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermeira*. Barcelona: Publicacions i Edicions, Universitat de Barcelona.
- Mendes, J. (1997). As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. *Revista Servir*, Vol. 45, 1, 6–15.
- Menezes, M. (2010). *Novos modelos de gestão hospitalar: Liderança e satisfação profissional em enfermagem*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Merllié, D. & Paoli, P. (2001). *Diez años de condiciones de trabajo en la Unión Europea. Publicaciones de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo*. Disponível na Internet:<URL: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF00128.htm>. [Consult. 25 SET 2015].
- Meyer, J., Allen, N. & Gellaly, I. (1990). Affective and continuance commitment to the organization: evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations. *Journal of Applied Psychology*, 75, 710–720.
- Meyer, J., Allen, N. & Smith C. (1993). Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 538–551.
- Miner, J. (2005). *Organizational behavior 1: Essential theories of motivation and leadership*. New York: M. E. Sharpe, Inc.
- Monteiro, J. (2014). Hospital das Forças Armadas (uma capacidade ameaçada). *Revista Militar*, 2547, 243–248.
- Moreira, J. (2006). Investigação quantitativa: Fundamentos e Práticas. In J. A. Lima e J. A. Pacheco (Org.), *Fazer Investigação. Contributos para a elaboração de dissertações e teses*, 41–84. Porto: Porto Editora.

- Morgeson, F. & Campion, M. (2003). Work Design. In W. Borman, D. Ilgen & R. Klimoski (Eds). *Handbook of Psychology: Industrial and Organizational Psychology*, 12, 423–452.
- Muchinsky, P. (1994). *Psicología aplicada al trabajo: una introducción a la psicología industrial y organizacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nádia Seixas – *Satisfação Profissional do Enfermeiro do Serviço de Urgência*. Porto: [15517] 2009. Universidade Fernando Pessoa. Monografia de licenciatura.
- 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.
- Neto, D. (2000). Liderança transformacional: a arte de administrar com inteligência emocional. *Nursing*, 21, 16–18.
- Neto, F. (1986). *A migração portuguesa vivida e representada – Contribuição para o estudo dos projectos migratórios*. Porto: Secretaria de Estado das Comunidades Portuguesas – Centro de estudos.
- Neves, M. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 6 (2), 25–34.
- Nightingale, F. (1980). *Notes on Nursing: What i tis, and what i tis not*. London: Churchill Livingstone.
- Nightingale, F. (2001). An Introduction To Her Life and Family. Lynn Mc Donald (edit.), *Collected Works of Florence Nightingale*. Canada: Wilfrid Laurier University Press.
- Nishio, E. & Franco, M. (2011). *Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltd.
- Notaro, K., Figueiredo, L., Santos, M., & Velloso, I. (2009). *Factores que influenciam nas condições de trabalho em enfermagem e suas repercussões para o trabalhador*. Disponível na Internet:<URL:200.169.226.83:82/.../arquivos. [Consult. 20 SET. 2015].
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro – Enfermagem em Portugal (1881 – 1998)*. Loures: Lusociência.

- Nunes, L. Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In II CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, LISBOA, 2006. Disponível na Internet:<URL:http://http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II Cong_ComLN.pdf. [Consult. 25 de MAI. 2015].
- Nuttin, J. (1980). *Théorie de la motivation humaine: du besoin au projet d'action*. Paris: PUF.
- OMS. (2007). *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*. 27ª Conferencia sanitaria Panamericana. CSP27/16. EUA: Washington, D.C.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem portuguesa implicações na adequação ao processo de Bolonha no actual quadro regulamentar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Enfermagem em Portugal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paixão, W. (1979). *História da enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livrarias.
- Parker, C., Baltes, B., Young, S., Huff, J., Altmann, R., Lacost, H., & Roberts, J. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 389–416.
- Patterson, M., Warr, P. & West, M. (2004). Organizational climate and company productivity: the role of employee affect and employee level. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 193–216.
- Paugam, S. (2000). *Le salarié de la précarité*. Paris: PUF.
- Peiró, J. & Prieto, F. (2002). El trabajo como fenómeno psicossocial. In J. M. Peiró & F. Prieto (eds.), *Tratado de psicología del trabajo, Vol. II: Aspectos psicosociales del trabajo*. 393 – 6, 374–394. Madrid: Editorial Síntesis.
- Penley, L. & Gould, S. (1988). Etzioni's model of organizational involvement: a perspective for understanding commitment to organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 43–59.

- Pereira, A., Barros, C., Moreira, J. & Silva, M. – *A insegurança como factor motivador. Gestão de Recursos Humanos II*. Porto: [s.n.], 2012. Universidade do Porto. Faculdade de Economia. Tese de mestrado.
- Peres, A. & Ciampone, M. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (3), 492–499.
- Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weave, M. & Williams, O. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4–12.
- Peter, M. (1994). Making the hidden obvious: management education through survey feedback. *Journal of Nursing Administration*, 24 (6), 13–19.
- Phegan, B. (1998). *Desarrollo de la cultura de su empresa*. México: Panorama Editorial.
- Pinder, C. (1998). *Work motivation in organizational behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Piolli, E. (2010/2011). Sofrimento e reconhecimento: o papel do trabalho na constituição da identidade. *Revista USP*, São Paulo, 88, 176.
- Pogranjivá, A., Mariblanca, M., Torresano, B. & Moreno, M. (2005). Florence Nightingale y el contexto histórico-sociocultural de su época. *Cultura de los cuidados*, 18, 24–33.
- Polit, F. & Hungler, P. (1995). *Fundamentos de pesquisa*. 3ª ed..Porto Alegre: Artes Médicas.
- Porter, L., Steers, R., Mowday, R. & Boulian, P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59, 603–609.
- Porto, F., Neto, M., Veraldo, T., Aguiar, J., Miranda, D. & Marinho, J. (2013). Assinatura imagética das escolas de enfermagem brasileiras na imprensa ilustrada nacional (1890 – 1923). In *Investigação em Histórias de Enfermagem, I Simpósio Internacional de História de Enfermagem*, 17–24.
- Potter, P., Griffin, A., Stockert, P. & Hall, A. (2013). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier Editora Ltda.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramalho, J. (2013). Editorial. *Revista Militar*, 2541, 797–798.

- Reeve, J. (1996). *Motivating Others: nurturing inner motivational resources*. London: Allyn and Bacon.
- Renaud, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar enfermagem*, 14 (1), 2–8.
- Robbins, S. (2002). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Prentice Hall.
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento Organizacional*. México: Editorial Prentice Hall.
- Rodrigues, A., Assmar, E. & Jablonski, B. (2009). *Psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues, M. (1999). *Os engenheiros em Portugal – Profissionalização e protagonismo*. Oeiras: Celta Editora.
- Rodrigues, M. (2009). O caminho da enfermagem científica moderna. Grupo ICE – Investigação Científica em Enfermagem (Eds.), *Enfermagem e úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências dos cuidados*, 1, 21–40.
- Rodrigues, M. (2012). *O caminho da imagem científica moderna*. Disponível na Internet:<URL: <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/1.pdf>. [Consult. 15 de MAR. 2015]
- Royle, T. (2000). *Crimea. The great Crimean War 1854-1856*. New York: St. Martin's Press.
- Ruiz, M. & Valladolid, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermeira*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- S/N. (2013). Hospital da Marinha Memória. *Revista da Armada*, 447, 2.
- Saari, L. & Judge, T. (2004). Employee attitudes and job satisfaction. *Human Resource Management*, 43 (4), 395–407.
- Salinas, C., Laguna, J. & Mendoza, M. (1994). La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública*, 36 (1), 22–29.
- Santos, O., Biscaia, A. & Antunes, Craveiro, I, Júnior, A., Caldeira, R. & Charo ndière, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da Satisfação com o Funcionamento Actual & Prioridades de Reforma: uma abordagem qualitativa*. Unidade de sistemas de saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Disponível na

- Internet:<URL:[http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Centros_Saude_Estudo .pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Centros_Saude_Estudo.pdf). [Consult. 24 SET. 2015].
- Schneider, B. (1985). Organizational behavior. *Annual Review Psychology*, 36, 573–611.
- Schwabe, G., Trepezik, B., Suring, K., Brieske, N., Tucker, A. Sharpe, P., Minami, Y. & Mundlos, S. (2004). Ror2 knockout mouse as a model for the developmental pathology of autosomal recessive Robinow syndrome. *Developmental Dynamics*, 229, 400–410.
- Scorsin, L., Santos, M. & Nakamura, E. (2008). A qualidade de vida no trabalho da enfermagem e os seus reflexos na satisfação pessoal. Disponível na Internet:<URL:[http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/ artigo013.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo013.pdf). [Consult. 20 SET. 2015].
- Seashore, S., & Taber, T. (1975). Job satisfaction and their correlation. *American, Behavioral Scientist*, 18, 333–386.
- Serra, A. (1999). O que é o stress. In Adriano Vaz Serra (Ed.), *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 5–28.
- Silva, R., Beck, C., Guido, L., Lopes, L. & Santos, J. (2009). Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18 (2), 298–305.
- Spector, E. (2010). *Psicologia nas Organizações*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Staufenbiel, Kroll & König (2006). Could Job Insecurity (also) Be a Motivator, *Beyond the Horizon of Measurement*, 163–172.
- Steers, R. & Porter, I. (1991). *Motivation and work behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Steffen, A. (2008). *Factores de motivação no trabalho da equipe de enfermagem em um pronto atendimento do vale dos sinos*. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale.
- Stoner, J., & Freeman, E. (1995). *Administração*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil Ltd..
- Tavares, O. – *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*. Coimbra [s.n.], 2008. Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia. Tese de mestrado. Disponível na Internet:<URL:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/9700/1/Avaliação%20da%20Satisfação%20de%20Profissionais%20de%20Saúde.pdf>.

[Consult. 4 SET. 2015].

- Tomey, Ann. (2004). Virgínia Henderson: Definição de Enfermagem. A. M. Tomey & M. R. Alligoog (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Tovey, E. & Adams, A. (1999). The chsnging nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1), 150–158.
- Turcotte, P. (1986). *Calidad de vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad*. México: Trillas.
- Veiga, B., Henrique, E., Barata, F., Santos, F., Martins, M., Coelho, M. & Silva P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: ACSS, IP.
- Vroom, V. (1964). *Work and motivation*. New York: John Wiley and Sons.
- Vroom, V. (1967). Some observations regarding Herzberg's two-factor theory. *American Psychological Association Convention (paper delivered at APA)*, New York.
- Wagner, J. & Hollenbeck, J. (1998). *Management of organizacional behavior: securing competitive advantage*. New Jersey: Prentice Hall.
- Walter, B. (1988). *Le «savoir-infirmier», construction: évolution, révolution de la pensée infirmière*. Paris: Lamarre.
- Weiniert, A. (1985). *Manual de Psicología de la Organización. La conducta humana en las organizaciones*. Barcelona: Editorial Herder.
- Weisman, C. & Nathanson, C. (1985). Professional satisfaction and cliente outcomes: a comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23(10), 1179–1192.
- Wernimont, P. (1966). Intrinsic and extrinsic factors in job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 50 (1), 41–50.
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations; a normative view. *Academy of Management Review*, 7, 418–428.
- Wilkin, D., L. Hallam & Doggett, M. (1992). *Measures of need and outcomes for primary health care*. Oxford: Oxford University Press.

- Yaktin, U., Azoury, N. & Doumit, M. (2003). Personal Characteristics and Job Satisfaction Among Nurses in Lebanon. *Journal of Nursing Administration*, 33 (7/8), 384–390.
- Yamashati, M. (1995). Job satisfaction in Japanese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (1), 158–164.
- Zurn, P., Dolea, C. & Stilwell, B. (2005). *Nurse Retention and Recruitment: Developing a Motivated Workforce*. Document n.º 4. Genève: Conseil international des infirmiers.

Legislação

- Decreto-Lei nº 161/96 D.R. 1.ª Série A. 205, (96-09-04), 2959–2962.
- Decreto-Lei nº 104/98 D.R. 1.ª Série. 93, (98-04-21), 1739–1757.
- Decreto-Lei nº 248/2009 D. R. 1.ª Série. 184, (09-09-22), 6761–6765.
- Decreto-Lei nº 84/2014 D.R. 1.ª Série. 101, (14-05-27), 2960–2963.
- Decreto-Lei n.º 234/2009 D.R. 1.ª Série. 179, (09-09-15), 6444–6455.
- Decreto-Lei n.º 187/2012 D.R. 1.ª Série. 158, (12-08-16), 4490–4492.
- Decreto-Regulamentar n.º 27/94 1.ª Série – B. 202, (94-09-01), 5131–5134.
- Lei Orgânica nº 1-A/2009 D.R. 1.ª Série. 129, (09-07-07), 4344(2)–4344(9).
- Lei nº 111/2009 D.R. 1.ª Série. 180, (09-9-16), 6528–6550.
- Lei nº 8/2014 D.R. 1.ª Série. 36, (14-02-20), 1511.
- Decreto-Lei nº90/2015 D.R. 1ª Série. 104, (3198-3202).
- Decreto-Lei nº241/2015 D.R. 1ª Série. 202, (8978-8981).
- Portaria nº379/2015 D.R. 1ª Série. 207, (9183-9185).
- Despacho nº12480/2015 D.R. 2ª Série. 127, (32027)



Anexos

Anexo1 – Autorização Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas

PC GABCEMGFA		
Reg. Entrada/Saída		
Data: 21/1/15		
Nº: 835/15		
Pº 7.8.0 150300		
	A	C
EMC		
GOC		
CISMIL		
IESM		
HFAR	X	
COA		
COM		
Enviado ao:		
GABCEMA		
GABCEME		
GABCEMFA		
O Chefe do Gabinete		
/ /		

Ex.mo Sr. General Artur Neves Pina Monteiro

Digníssimo Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas

Autorizo a solicitação nas seguintes condições:
 - repõe de voluntariado para os seguintes.
 - na abordagem de reformas classificadas
 - o seguinte e nos resultados
10 Poderá ser eliminado após assinatura do C. Director do HFAR.

Excelência.

Sou Carlos Manuel Vaz Folgado, natural de Rosmaninhal, concelho de Idanha-a-Nova, distrito de Castelo Branco, 1º Sarg. HE na situação de Reforma da Marinha de Guerra Portuguesa com o NIB 702482, e venho desta forma solicitar a V.Exa o seguinte:

Sou Doutorando em Psicologia da Saúde no ISCE (Instituto Superior de Ciências Educativas) em parceria com a Universidade Miguel Hernandez em Alicante, Espanha desde 2007. Após o 1º ano curricular do referido Doutoramento decidi fazer o estudo da *In(Satisfação) dos Enfermeiros em contexto militar.* *29.01.*

Por razões familiares, principalmente pelo falecimento de meu Pai, membro da GNR, e pelas mais variadas vicissitudes da vida, fui obrigado a atenuar a prossecução da Tese, que agora decidi dar continuidade, pois a Universidade colocou-me um prazo, ou seja 2015, para terminar a minha Tese e assim poder dissertar durante o corrente ano.

Depois de ter o inquérito aprovado pelo meu tutor, Vice-Reitor da Universidade Miguel Hernández, Prof. Doutor Jesus Rodríguez-Márin, enviei o mesmo para o Ex.mo Director Almirante do HFAR, Dr. Albuquerque e Sousa para me autorizar a distribuição do mesmo a enfermeiros militares (Sargentos e Oficiais).

Soube de algumas reticências da parte do Ex.mo Almirante Director do HFAR assim como do Ex.mo Major Valentim, Coordenador da enfermagem no HFAR.

Como vivo com a família na cidade de Castelo Branco, desloquei-me na passada segunda-feira ou seja dia 19 do corrente mês, ao HFAR para pessoalmente falar com Sua Exa o Director do mesmo, Dr. Albuquerque e Sousa, com quem trabalhei muitos anos no Hospital de Marinha. No seguimento da conversa o Sr. Almirante referiu-me que iria enviar a minha solicitação, após dar um parecer positivo para V.Exa Sr. General CEMGFA decidir, uma vez que no momento a revisão do EMFAR é uma realidade para com a classe de Enfermeiros e como militar que é, vai dar a decisão ao seu superior hierárquico.

Aconselhando-me a solicitar o pedido directamente a V.Exa, mas como militar no Activo que fui não quis de forma alguma "ultrapassar" ninguém, e assim ambos decidimos que eu iria simplesmente pedir apoio e compreensão a V.Exa do documento que irá chegar vindo do HFAR já com os pareceres do Sr. Major Valentim assim como do Sr. Almirante-director do HFAR.

Sou Professor Auxiliar e convidado do ensino superior, só passarei a Professor Associado com o grau de Doutor. É só e unicamente o meu objectivo.

Castelo Branco, 21 de Janeiro de 2015

Não é minha pretensão divulgar, para ninguém, o resultado do estudo, a não ser que V.Exa me permita dar-lhe uma cópia do mesmo para ser conhecedor do resultado, ou até mesmo uma cópia integral da Tese.


Desta forma rogo a V.Exa que me ajude em conformidade com a minha solicitação.

Pois, já gastei cerca de 14.000€ em todo este trabalho, já solicitei a hipótese de poder alterar o tema da Tese, o que me foi referido pelo Tutor que teria de começar do zero incluindo a matrícula de novo e o ano curricular ficaria sem efeito, pois já se tinham passado vários anos e não se pode alterar o tema depois de aprovado.

Em anexo a esta minha missiva coloco uma cópia do referido Inquérito.

Com os melhores cumprimentos;

Carlos



Carlos Manuel Vaz Folgado

Anexo 2 – Questionário

INQUÉRITO ANÓNIMO

Não deverá escrever o seu nome em qualquer parte deste questionário.
Este questionário é para aferir a satisfação no trabalho dos enfermeiros em contexto militar.
Bem-haja pela sinceridade e colaboração.

DADOS SOBRE AS SUAS FUNÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE

1. Tipo de horário

- Fixo Por turnos

2. Tipo de vínculo

- Regime de contrato
 Quadro permanente

3. Responsabilidade: tem responsabilidade de supervisão perante outros?

- Sim Não

4. Gestão de serviço: tem função de gestão ou chefia na Unidade?

- Sim Não

5. Especialidade

- Enfermagem comunitária
 Enfermagem médico-cirúrgica
 Enfermagem de reabilitação
 Enfermagem de saúde infantil e pediátrica
 Enfermagem de saúde materna e obstetrícia
 Enfermagem de saúde mental e psiquiatria
 Nenhuma

6. Tempo de serviço: há quanto tempo é enfermeiro em contexto militar.

___ Anos ___ Meses

7. Qual a sua categoria profissional?

Oficial

Sargento

SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DA SUA UNIDADE DE SAÚDE COMO LOCAL DE TRABALHO

Coloque, por favor, um "X" no quadro que melhor exprime a sua opinião.

Pense no seu superior hierárquico, a pessoa que diretamente lhe distribui tarefas, avalia o seu desempenho, ou a quem deve apresentar os seus problemas. Como é que classificaria essa pessoa nos seguintes itens?

8. O seu superior hierárquico

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. Abertura: abertura e disponibilidade revelada para consigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Razoabilidade: justo e razoável para si e para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Atitude positiva: diz quando algo é bem feito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Atitude construtiva: diz quando e como o seu trabalho pode ser melhorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Investimento na qualidade: esforço despendido pelo seu superior hierárquico para melhorar a qualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Apoio: forma como o seu superior o/a apoia perante os outros quando necessita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Expetativas: informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Conhecimentos: a experiência e conhecimentos do seu superior sobre o seu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Circulação da informação: informação adequada e a tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. A sua Unidade de saúde e o equipamento

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. Limpeza: nível de limpeza das salas de consulta e de tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Segurança: nível de segurança das salas e equipamentos (roubo, segurança física)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Organização do espaço: forma como a Unidade de Saúde se encontra organizada para que consiga trabalhar de forma adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Equipamento: disponibilidade de bom equipamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Recursos humanos

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. Continuidade do pessoal: estabilidade da equipa da sua Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Proporção hierárquica: relação entre o número de pessoas com funções de supervisão e com funções de execução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Número de profissionais: adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Relacionamento entre equipas de profissionais

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. Trabalho de equipa: forma como as várias equipas colaboram com a sua equipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Comunicação: forma como é feita a comunicação entre profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Como caracteriza o seu vencimento em relação...

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. À sua responsabilidade na Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. À sua experiência como profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ao seu desempenho na Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Características do seu trabalho

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. Estado de espírito: gosto pelo trabalho na Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Inovação: permite-lhe experimentar novas formas de executar o seu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Liberdade: liberdade e responsabilidade que possui para tomar decisões quando necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Flexibilidade: proporciona-lhe oportunidades para demonstrar as suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Reconhecimento: permite-lhe desenvolver os seus conhecimentos técnico-profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Orgulho da profissão: orgulho que sente no desempenho de funções da sua profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| g. Abertura: disponibilidade que o serviço lhe proporciona para ouvir os problemas dos utentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Apoio aos utentes: esforço que desenvolve no sentido de ajudar os utentes e em compreender os seus próprios problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Aconselhamento dos utentes: procura que os utentes tomem as medidas corretas em relação à sua própria saúde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS

14. Como classifica a qualidade dos cuidados que esta Unidade de Saúde 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Capacidade dos profissionais de saúde: forma como os profissionais de saúde desempenham as suas funções | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sensibilidade: sensibilidade dos profissionais em relação a problemas e preocupações dos utentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Condições das instalações: limpeza, conforto, iluminação e temperatura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Informações: forma como os utentes são informados acerca da sua doença, do tratamento e do que fazer após a alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Custo dos cuidados: Capacidade da Unidade de Saúde em ter informação e em controlar os custos com os cuidados prestados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

15. O próximo grupos de perguntas servirá para avaliar a forma como a sua Unidade de Saúde está a caminhar na melhoria da qualidade. Por favor responda, tendo em atenção a sua Unidade de Saúde

- | | Excelente | Muito Bom | Bom | Regular | Mau | Não se aplica |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Melhoria da qualidade: esforço da sua Unidade de Saúde na melhoria contínua, na relação com os doentes e profissionais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Bem à primeira vista: forma como a sua Unidade de Saúde tenta fazer bem à primeira, em vez de corrigir os erros depois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. Conhecimentos sobre qualidade: forma como foi preparado para melhorar a qualidade no serviço | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ambiente de trabalho: confiança e afeto que os profissionais da sua Unidade têm uns pelos outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Diminuir o desperdício: esforço desenvolvido no sentido de evitar desperdícios e repetição de tarefas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Partilha de ideias: encorajamento e partilha de ideias que permitam melhorar o serviço | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Expetativas na qualidade: compreensão da missão e dos objetivos da sua Unidade e assuas expetativas de qualidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SATISFAÇÃO GLOBAL

Coloque por favor um "X" no quadro que melhor exprime a sua opinião

- | | Claro que não | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Claro que sim |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| 16. Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Recomendaria os serviços desta Unidade de Saúde ou a amigos, caso necessitassem de cuidados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Utilizaria os serviços desta Unidade de Saúde caso necessitasse de cuidados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta Unidade de Saúde para trabalhar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. Assim que possível, pensa abandonar o trabalho nesta Unidade de Saúde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

21. Como melhoraria a qualidade dos cuidados prestados por esta Unidade de Saúde e a sua qualidade como local de trabalho?

22. Que ações de gestão levadas a cabo pela sua Unidade de Saúde o/a surpreenderam mais no último ano?

The logo of Universitas Miguel Hernández is displayed in a light gray watermark. It features a stylized 'U' and 'M' on the left, and the text 'UNIVERSITAS Miguel Hernández' on the right.

POR FIM AGRADEÇO QUE ME FORNEÇA ALGUNS DADOS A SEU RESPEITO, APENAS PARA FINS ESTATÍSTICOS

23. Qual o seu local de residência?

Concelho _____

Distrito _____

24. Quais as suas habilitações?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Curso de auxiliares de enfermagem | <input type="checkbox"/> Licenciatura com Pós-Graduação |
| <input type="checkbox"/> Curso de enfermagem geral | <input type="checkbox"/> Licenciatura com Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Bacharelato | <input type="checkbox"/> Licenciatura com Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | |

25. Qual o seu sexo?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Masculino |
|-----------------------------------|------------------------------------|

26. Qual a sua idade?

_____ Anos

27. Qual a sua situação familiar?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Separado |
| <input type="checkbox"/> União de facto | <input type="checkbox"/> Viúvo |

28. Há mais algum comentário que queira acrescentar?