

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO



**NA GESTÃO EM SAÚDE: A PERSPECTIVA DA SATISFAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade
de Trás-os-Montes e Alto Douro, para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Sandra Isabel Gomes Salvado dos Santos Meireles

Orientadora:

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Vila Real, 2010

“Valeu a Pena?

Tudo vale a pena se a alma não é pequena”.

Fernando Pessoa, in Mensagem

AGRADECIMENTOS

Uma obra nunca é o resultado de um homem só. De facto, seria um caminho longo e solitário, se não se pudesse contar com o apoio e ajuda de quem nos deu força para poder percorrer este caminho e connosco se alegrou com o resultado final.

Por tudo isto, não podemos deixar de agradecer a todos que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este projecto chegasse ao fim.

O nosso reconhecimento à Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro, que não só se disponibilizou na orientação desta tese, como ao longo de todo o trabalho nos incentivou com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e calor humano. A ela devemos muito do que aqui temos e para ela o nosso bem-haja.

A todos os profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar da ARS Norte, IP, o nosso agradecimento pela colaboração que tivemos aquando da recolha de dados, e sem os quais o nosso trabalho não se podia concretizar.

À D. Teresa, por toda a disponibilidade demonstrada.

Por fim, mas naturalmente não por último, a minha gratidão à minha família. São eles o pilar de sustentação.

Ao Luís, por existir e por me apoiar nos momentos mais difíceis.

Aos meus filhos, pelas horas roubadas e pelas lágrimas escondidas no cantinho do olho.

A todos aqueles, não citados, que contribuíram directa ou indirectamente para que este trabalho se tornasse uma realidade.

RESUMO

À medida que as nações procuram reforçar os Sistemas de Saúde, são frequentemente confrontadas com a natureza multifactorial dos problemas de saúde, com a crescente urbanização e globalização, com o recrudescimento das doenças infecciosas, criando deste modo, novos desafios para os Sistemas de Saúde. É neste contexto que faz cada vez mais sentido considerar os Cuidados de Saúde Primários, como o pilar de sustentação do Serviço Nacional de Saúde. A reforma em curso nos Cuidados de Saúde Primários, com a implementação das Unidades de Saúde Familiar pretende constituir a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo, com o objectivo de melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e obter ganhos em saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Conscientes de que a mudança organizacional pode gerar níveis de satisfação, estabelecemos como principais objectivos do estudo: caracterizar os profissionais das Unidades de Saúde Familiar da Administração Regional de Saúde Norte, IP, quanto a variáveis socioprofissionais e identificar de que modo a reconfiguração e a autonomia dos centros de saúde, no que respeita à implementação das Unidades de Saúde Familiar, contribui para a satisfação dos profissionais de saúde.

O presente estudo é de carácter exploratório, descritivo e transversal, inscrito num paradigma quantitativo, desenvolve-se numa amostra não intencional e aleatória de 207 profissionais que integravam as Unidades de Saúde Familiar da Administração Regional de Saúde Norte, IP, e cuja recolha de dados foi obtida por um questionário que integrava variáveis socioprofissionais e uma escala de avaliação da Satisfação com a Prática Profissional composta por seis dimensões: Segurança com o Futuro da Profissão; Apoio da Hierarquia; Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado; Condições Físicas de Trabalho; Relação com Colegas; e Satisfação Profissional.

Dos 207 participantes, predomina o sexo feminino em todos os grupos profissionais, com os enfermeiros em maior número de elementos (50,7%). A média de idades é mais elevada no sexo masculino (43,18 anos) e no grupo profissional dos médicos (49,49 anos), sendo que a maioria dos inquiridos detém um exercício profissional em cuidados de saúde primários, superior a 12 anos, com maior expressão nos médicos (24,44 anos). Em relação ao tipo de vínculo, predomina o trabalhador do quadro, e do total de participantes, 75% integraram as Unidades de Saúde Familiar por convite e 86% não receberam qualquer tipo de incentivos.

Quanto aos resultados mais significativos, podemos salientar que: o sexo masculino apresenta valores médios mais elevados em todas as dimensões que compõem a escala de avaliação da

satisfação com a prática profissional, com excepção para a segurança com o futuro da profissão e satisfação profissional. O grupo profissional que congrega um maior número de dimensões em que a satisfação com a prática profissional é superior, é o dos médicos, com excepção para as dimensões, apoio da hierarquia e relação com os colegas, que é superior entre os secretários clínicos. Os enfermeiros constituem o grupo profissional que não obtém nenhum valor médio superior em cada uma das dimensões da escala em relação aos restantes grupos profissionais.

Da avaliação global da satisfação com a prática profissional, com base nas seis dimensões que integram a escala, não ocorre diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, grupo profissional, tempo de exercício profissional, idade e tipo de vínculo, sendo que os valores médios são superiores nos elementos do sexo feminino, nos médicos, nos profissionais com menor tempo de experiência profissional, nos mais jovens e nos que detêm um vínculo profissional mais seguro.

Os participantes no estudo sublinham como oportunidades com a implementação das Unidades de Saúde Familiar a mudança organizacional, na medida em que promove o trabalho por objectivos com reflexos no aumento da produtividade e na excelência profissional, o desenvolvimento profissional, com todos os intervenientes a terem um papel activo, e a prestação de cuidados ao garantir uma resposta de proximidade face às necessidades em saúde. Como sugestões que potencializem a vitalidade da reforma, os participantes enumeram a necessidade de um maior nivelamento de incentivos entre os diferentes grupos profissionais e a optimização dos sistemas de informação.

ABSTRACT

When the nations try to strengthen their Health Systems, they have often to face several factors on the basis of the health problems, such as the increasing globalization and urbanization and the reappearance of infectious diseases as well, thus creating new challenges for the Health Systems. Bearing this in mind, it makes more sense to consider the Primary Health Care as the basis of the National Health Care System. The reforms the Primary Health Care are undergoing, with the implementation of the Family Health Units, aim to create the first accessible, efficient and equitable system, with the purpose of improving accessibility to health care and health gains concerning individuals, families and communities.

As we are aware that organizational changes can generate levels of satisfaction, we decided to establish the main objectives of the study, as it follows: to characterize the professionals of the Family Health Units of the Northern Health Regional Administration, Public Institute, concerning social-professional variables and identifying how the reconfiguration and autonomy of the Health Centers, concerning the implementation of the Family Health Units, contributes to the satisfaction of health professionals.

This study characterizes itself by being, descriptive and transverse, in a quantitative paradigm and develops itself in a random and unintentional sample formed by 207 professionals working in the Family Health Units of the Northern Health Regional Administration, Public Institute. Data was obtained through a questionnaire which included social-professional variables and a scale of evaluation measuring the level of satisfaction in the Professional Practice, consisting of six dimensions: Security with the Future of the Profession, Support of the Hierarchy; Recognition by the Others due to Work Done; Physical Conditions of Work; Relationship with Colleagues, and Work Satisfaction.

The great majority of the 207 participants was female in all occupational groups, being the nurses at the top (50,7%). The average age is higher among men (43,18 years old) and doctors (49,49 years old) ; the majority of the inquirers have a professional practice in primary health care of more than 12 years, and this is can be seen mainly among doctors (24,44 years). As far as the type of bond there is between the place of work and the worker is concerned, the most common one is the worker who makes part of the boards of the place they work in 75% out of the total participants have been included in the Family Health Units by invitation and 86% did not receive any kind of incentives at all.

As for the most significant results, one can highlight the following: men show higher average values in all dimensions that make part of the scale of evaluation that measures satisfaction with

the practice, except in what concerns security with the future of the profession and professional satisfaction. The professional group which embraces a larger number of dimensions in which satisfaction with the professional practice is superior is that of the doctors, except in dimensions related with the support of the hierarchy and the relationship with colleagues; these two fields have higher values among doctors assistants. Nurses are the professional group that does not get any higher average value in any of the dimensions of the scale compared to the other professional groups.

The overall assessment of satisfaction with professional practice, based on the six dimensions that make up the scale, shows that there is no statistically significant differences regarding gender, professional group, the amount of time already spent in the job, age and type of bond with the employer; the average values are higher among women, doctors, workers with less time in the job, younger and those who have a more secure professional relationship.

The participants of this study emphasize the implementation of the Family Health Units as an opportunity to an organizational change, since it promotes the work per objectives, thus, increasing productivity and professional merit, professional development, with everybody having an active role, and caring as it gives an answer of proximity to the needs in health. As suggestions that enhance the vitality of retirement, the participants listed the need for a greater level of incentives among different professional groups and the optimization of information systems.

ÍNDICE

PENSAMENTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT	vi
LISTA DE QUADROS FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
INTRODUÇÃO	1

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	4
1.1. O conceito de Cuidados de Saúde Primários	5
1.2. Sinopse dos Cuidados de Saúde Primários	11
1.3. Unidades de Saúde Familiar	23
2. A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....	28
2.1. O conceito de satisfação profissional.....	29
2.2. Factores intervenientes na satisfação profissional	38
3. AS ORGANIZAÇÕES E A MUDANÇA ORGANIZACIONAL	48
3.1. A Gestão dos Cuidados de Saúde Primários: o caso particular das USFs	54

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO	58
1.1. Justificação do estudo	59
1.2. Tipo de estudo.....	60
1.3. Objectivos do estudo.....	61
1.4. População.....	61
1.5. Variáveis do estudo e operacionalização	63
1.6. Instrumento de recolha de dados	64
1.7. Procedimentos na recolha de dados	67
1.8. Tratamentos dos dados.....	68

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	69
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89

PARTE IV – CONCLUSÕES/SUGESTÕES

1. CONCLUSÕES	97
2. SUGESTÕES	101
BIBLIOGRAFIA	103
APÊNDICES	116

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1. Elementos básicos da “Declaração de Alma-Ata”	7
Quadro 2. Elementos de caracterização das USFs (Julho de 2010)	27
Quadro 3. Explicitação da situação das USFs	27
Quadro 4. Fases da mudança organizacional	50
Quadro 5. Dimensões, indicadores e afirmações da Escala de Satisfação com a Prática Profissional	66
Quadro 6. Oportunidades e ameaças identificadas pelos profissionais das USFs	76
Quadro 7. Valor médio da satisfação em cada uma das dimensões da escala em função do sexo e grupo profissional	88
Figura 1. Estrutura orgânica dos ACES	21
Figura 2. Tipos de mudança organizacional	51
Tabela 1. Distribuição da população e da amostra por USF	62
Tabela 2. Tempo de exercício profissional nas USFs	63
Tabela 3. Distribuição dos grupos profissionais por sexo	69
Tabela 4. Distribuição dos grupos profissionais por grupo etário	70
Tabela 5. Média de idades por sexo e grupo profissional	70
Tabela 6. Estado civil por grupo profissional	71
Tabela 7. Distribuição dos grupos profissionais por tempo médio de exercício profissional e tempo médio de exercício profissional em CSP e CSD	71
Tabela 8. Tipo de vínculo por grupo profissional	72
Tabela 9. Processo de iniciação à USF por grupo profissional	73
Tabela 10. Presença de incentivos por grupo profissional	73
Tabela 11. Comparação da opinião em relação ao coordenador da equipa, colegas de profissão, membros da equipa e utentes, por grupo profissional	76
Tabela 12. Distribuição das respostas pela dimensão “Segurança com o futuro da profissão”	80
Tabela 13. Comparação da dimensão “Segurança com o futuro da profissão” em relação ao sexo	80
Tabela 14. Comparação da dimensão “Segurança com o futuro da profissão” em relação ao grupo profissional	81

Tabela 15. Distribuição das respostas pela dimensão “Apoio da hierarquia”	81
Tabela 16. Comparação da dimensão “Apoio da hierarquia” em relação ao sexo	82
Tabela 17. Comparação da dimensão “Apoio da hierarquia” em relação ao grupo profissional	82
Tabela 18. Distribuição das respostas pela dimensão “Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado”	82
Tabela 19. Comparação da dimensão ”Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado” em relação ao sexo	83
Tabela 20. Comparação da dimensão ”Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado” em relação ao grupo profissional.....	83
Tabela 21. Distribuição das respostas pela dimensão “Condições físicas de trabalho”	83
Tabela 22. Comparação da dimensão “Condições físicas de trabalho” em relação ao sexo ...	84
Tabela 23. Comparação da dimensão “Condições físicas de trabalho” em relação ao grupo profissional	84
Tabela 24. Distribuição das respostas pela dimensão “Relação com os colegas”	85
Tabela 25. Comparação da dimensão “Relação com os colegas” em relação ao sexo	85
Tabela 26. Comparação da dimensão “Relação com os colegas” em relação ao grupo profissional	85
Tabela 27. Distribuição das respostas pela dimensão “Satisfação Profissional”	86
Tabela 28. Comparação da dimensão “Satisfação Profissional” em relação ao sexo.....	86
Tabela 29. Comparação da dimensão “Satisfação Profissional” em relação ao grupo profissional	87
Tabela 30. Comparação da dimensão “Satisfação com a Prática profissional” em relação ao sexo	87
Tabela 31. Comparação da dimensão “Satisfação com a Prática profissional” em relação ao grupo profissional	87
Tabela 32. Correlação entre a Satisfação com a Prática Profissional e tempo médio exercício profissional, idade e tipo de vínculo.....	88
Gráfico 1. Tempo médio de exercício profissional em CSP e CSD por grupo profissional ...	72
Gráfico 2. Opinião sobre a relação com o coordenador da equipa por grupo profissional	74
Gráfico 3. Opinião sobre a relação com colegas de profissão por grupo profissional	74
Gráfico 4. Opinião sobre a relação com membros da equipa por grupo profissional.....	75
Gráfico 5. Opinião sobre a relação com os utentes por grupo profissional.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Agência de Contratualização

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

Adapt. - Adaptado

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado

ARS, IP - Administração Regional de Saúde do Norte, Instituto Público

cols. - colaboradores

CS - Centro de Saúde

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL - Decreto-Lei

ETO - Equipas Técnicas Operacionais

EUA - Estados Unidos da América

LVCR - Lei de Vínculos, Carreira e Remuneração

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS - Ministério da Saúde

nº - número

OMS - Organização Mundial de Saúde

OOECSP - Observatório da Ordem dos Enfermeiros para os Cuidados de Saúde Primários

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

p. - página

RCTPF - Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas

RRE - Regime Remuneratório Experimental

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USFs - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Todos temos consciência que vivemos numa nova era, e a mudança é notável ao nível da informação, conhecimento e globalização. O movimento de mudança chegou aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), considerados o pilar de sustentação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). As Unidades de Saúde Familiar (USFs), enquadradas num contexto mais vasto que é o centro de saúde (CS), constituem a primeira linha da recentragem do sistema de saúde português nos CSP.

A experiência portuguesa dos últimos 30 anos conduziu à conceptualização das USFs que, enquanto modelo organizativo de trabalho em equipa no âmbito da saúde pessoal e familiar, se baseiam na medicina geral e familiar e na enfermagem de família. Consideradas como unidades elementares da vertente de prestação de cuidados individuais e familiares, as USFs impõem uma revolução na organização dos CSP, na medida em que assumem como vectores estruturantes a liderança de profissionais comprometidos com objectivos de melhor acesso e qualidade aos cuidados de saúde.

Actualmente, as organizações reconhecem como condição essencial para o seu funcionamento efectivo a vontade dos colaboradores para se empenharem para além do que lhes é formalmente requerido, que se assume nas palavras de Organ (1988) como o constructo de comportamentos de cidadania organizacional (*organizational citizenship behavior*) para exprimir as contribuições voluntárias dos indivíduos que não são formalmente explicitadas nos seus papéis formais, nem recompensadas, mas que contribuem de modo significativo para a eficácia e eficiência organizacional. Nesta linha de pensamento, o desempenho eficaz do indivíduo no contexto organizacional depende, em grande parte, dos processos de aquisição e elaboração de papéis organizacionais (Katz & Kahn, 1978).

O processo evolutivo do sistema de saúde resulta de um aperfeiçoamento constante, influenciado por vários determinantes que não dependem apenas das decisões governamentais, mas também da participação e adesão das “forças envolvidas”, de entre as quais se destacam os profissionais de saúde, e em especial os cidadãos. Desde que a organização taylorista do trabalho foi posta em causa e se passou a valorizar o factor humano, a satisfação no trabalho começa a ser objecto de estudo por parte dos investigadores e, progressivamente, é-lhe atribuída mais importância uma vez que directa ou indirectamente está associada à produtividade da empresa e à realização pessoal dos seus trabalhadores.

Dado que a satisfação profissional, enquanto conceito multidimensional alicerçado na relação entre experiências e expectativas, é um elemento determinante para a qualidade e satisfação dos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos, foi nosso propósito contribuir para compreensão desta temática no novo modelo organizacional subjacente aos CSP, no qual estão inseridas as USFs, e que introduziu profundas mudanças conceptuais e organizacionais, assente na adopção de modelos mais empresariais de gestão e no desenvolvimento de uma “Cultura” de rigor e avaliação dos serviços prestados. Já em 2004, o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) salientava um conjunto de evidências como a insuficiente oferta de cuidados elementares e primários à população, défices na organização dos CS, na participação dos utentes na vida dos CS e no recurso aos sistemas de informação para a tomada de decisão, colocando como orientação estratégica a reestruturação dos CS através da criação de pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, designadas por USFs (Ministério da Saúde, 2004). É neste enquadramento que emerge a temática do estudo, *“Na gestão em saúde: a perspectiva da satisfação dos profissionais de saúde das USFs da Administração Regional de Saúde do Norte, IP”*, norteada pelos seguintes objectivos:

- Caracterizar os profissionais das USFs da Administração Regional de Saúde do Norte, Instituto Público, (ARS Norte, IP), quanto a variáveis socioprofissionais;
- Determinar o nível de satisfação com a prática profissional dos elementos que integram as USFs da ARS Norte, IP;
- Avaliar o nível de satisfação com a prática profissional face a: segurança com o futuro da profissão; apoio da hierarquia; reconhecimento pelos outros do trabalho

realizado; condições físicas de trabalho; relação com colegas; e satisfação profissional;

- Diferenciar o nível de satisfação com a prática profissional por sexo, idade, profissão, tipo de vínculo, e tempo médio de exercício profissional;
- Identificar de que modo a reconfiguração e a autonomia dos CS, no que respeita à implementação das USFs, contribui para a satisfação dos profissionais de saúde;
- Facultar os resultados da investigação às USFs que se disponibilizaram para colaborar no estudo, contribuindo desta forma para a identificação de áreas ou situações que, pela avaliação da satisfação dos profissionais, careçam de intervenção para melhorar a sua eficiência e assegurar a qualidade de cuidados que prestam aos indivíduos e famílias.

Do ponto de vista estrutural, o trabalho divide-se em quatro partes. Na primeira, apresentamos as contribuições teóricas mais relevantes e pertinentes para a compreensão da temática em estudo e dos conceitos com ela relacionados, nomeadamente quanto à evolução dos CSP, focalizando-se nas USFs, satisfação profissional com enfoque nos factores intervenientes e, por último, a abordagem à mudança organizacional mais confinada ao caso particular das USFs.

Na segunda parte do trabalho, procedemos à conceptualização do estudo empírico, com referência à metodologia adoptada, no que concerne à justificação e objectivos, desenho do estudo, população/amostra, variáveis e sua operacionalização, instrumento de recolha de dados e respectivos procedimentos, tratamento e análise de dados.

A terceira parte compreende a apresentação e discussão dos resultados obtidos nesta investigação, comparando-os com estudos em domínios semelhantes, tendo em vista a convergência ou divergência com os mesmos e o suporte da formulação das principais conclusões do estudo. Por último, na quarta parte, destacam-se os aspectos emergentes deste estudo quanto à satisfação com a prática profissional dos diferentes elementos que integram as USF's, desenhando-se algumas propostas que possam vir a contribuir para uma maior satisfação profissional e sugerindo algumas linhas orientadoras a desenvolver em investigações futuras.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP constituem o primeiro nível de contacto com o SNS para os indivíduos, famílias e comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem concentrado os seus esforços nos CSP para atingir os objectivos da estratégia de 1977, que visava “Saúde para todos no ano 2000”¹, para dar resposta à crescente necessidade de uma nova concepção de Saúde Pública no mundo. Em 2008, a OMS comemorou 60 anos ao serviço da humanidade, assinalando os 30 anos do acesso universal aos cuidados de saúde com a criação dos CSP.

Ainda que nas últimas décadas tenha havido um progresso na saúde global, os ganhos em saúde não beneficiaram todas as pessoas, persistindo algumas desigualdades crescentes no impacto da doença sobre as pessoas e no acesso aos cuidados de saúde. Contudo, ocorreram melhorias significativas, das quais se salientam a erradicação de algumas doenças (varíola), o substancial aumento das taxas de imunização, o declínio significativo na mortalidade neonatal e infantil, bem como o aumento da esperança de vida, com os CSP a terem um papel preponderante, assim como os avanços económicos e tecnológicos para a melhoria dos cuidados de saúde.

¹ Carta de Ottawa, 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada a 21 de Novembro de 1986, emite a presente carta a execução do objectivo “Saúde para todos no ano 2000”.

De acordo com Pisco (2006), “os governos procuram cada vez mais organizar os sistemas de saúde de maneira a melhorar a equidade, a eficiência, a efectividade e a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos” (p. 6). Neste sentido, os CSP têm um papel decisivo na consecução destes objectivos que, segundo o Internacional Council of Nurses (2009), devem orientar-se segundo quatro princípios fundamentais:

Equitativos e universalmente acessíveis, para que todos os cidadãos tenham um acesso razoável aos serviços essenciais de saúde, sem barreiras financeiras nem geográficas;

Participação da comunidade, na definição e implementação das agendas de saúde, encorajando o seu envolvimento e promovendo a sua participação no planeamento e tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, pelo que deve ser-lhe dada a capacitação necessária para o fazer;

Abordagens intersectoriais à saúde, garantindo que os profissionais de vários sectores, incluindo o sector público, trabalhem de forma independente com os membros da comunidade para promover a sua saúde;

Tecnologia apropriada e formas de cuidado que devem basear-se nas necessidades em saúde e ser adoptadas de forma adequada ao desenvolvimento social, económico e cultural da comunidade.

Já no relatório de Janeiro de 2004, a OMS concluiu que a evidência disponível confirma que os sistemas de saúde fortemente orientados para os CSP obtêm melhores resultados para a saúde da população, maior equidade, utilização mais adequada dos serviços e maior satisfação dos utilizadores a um mais baixo custo (Pisco, 2006).

1.1. O conceito de Cuidados de Saúde Primários

Desde há três décadas que os CSP são considerados como factor fundamental para o adequado desenvolvimento de uma política de saúde centrada nos cidadãos e nas suas elementares necessidades nesta área, e evoluíram ao longo dos tempos, na sua definição,

âmbito e tipo de profissionais de saúde, variando de acordo com os diferentes países e autores.

É hoje universalmente aceite que o estado de saúde de uma pessoa ou comunidade pode ser influenciado por um conjunto demasiado abrangente de factores, desde os genéticos, biológicos, comportamentais, ambientais, sociais e económicos, até aos próprios serviços de saúde, porém, esta relação interactiva entre factores tem muitas vezes dificultado a avaliação do estado de saúde das populações, ou até a sua promoção, uma vez que podem, em última instância, ser influenciados pela acção do próprio indivíduo ou pela sociedade como um todo.

Em 1974, Marc Lalonde elaborou um documento intitulado "A new perspective on the health of Canadians"², onde propôs uma concepção global de saúde, identificando quatro factores susceptíveis de influenciar a saúde e a mortalidade dos indivíduos: *i) a biologia humana*, que se referia a todos os aspectos da saúde física e mental com origem no interior do organismo e que dependiam da estrutura genética e biológica do ser humano; *ii) o meio ambiente*, que englobava o conjunto de factores externos ao indivíduo, mas com incidência sobre ele; *iii) o sistema de saúde*, que se referia à relação existente entre o nível de saúde de uma população e os recursos atribuídos aos cuidados de saúde; *iv) o estilo de vida*, no que concerne ao conjunto de decisões tomadas por cada indivíduo, com repercussões na sua saúde.

Desta concepção global de saúde emergiu uma perspectiva mais ampla face ao estado de saúde dos indivíduos, pelo que se pode afirmar que a saúde não depende unicamente dos componentes biológicos e genéticos do indivíduo, mas também de factores comportamentais, ambientais, sociais e culturais que o rodeiam, tornando o conceito de saúde multifactorial.

A partir deste documento, muitos outros foram sendo desenvolvidos, a fim de estudar ou confirmar a importância que os determinantes da saúde tinham na explicação e prevenção das doenças. Estudos de alguns autores (Dever, 1976; Richmond, 1979; Hettler, 1982), consideram os estilos de vida como principais responsáveis pela mortalidade das populações. Salleras Sanmartí (1985) refere que um estilo de vida

² Documento da autoria de Marc Lalonde, ex-ministro da saúde e do bem-estar do Canadá, foi considerado um livro branco da saúde, por incluir uma nova maneira de conceber a saúde e a doença e ainda por constituir o primeiro marco de intenção do estabelecimento de uma política nacional de saúde, baseada nos quatro pilares (biologia humana, meio ambiente, sistema de saúde e estilos de vida), que constituíam o campo da saúde.

saudável, além de prevenir mortes prematuras, contribui de forma importante para uma boa saúde e, por conseguinte, para uma boa qualidade de vida. Com base nestes resultados, surgiu uma nova corrente de pensamento que recomendava uma mudança de prioridades na saúde pública, preconizando o uso de estratégias de Educação para a Saúde como meio de alterar os estilos de vida das populações.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre os CSP, a OMS tornou público a Declaração de Alma-Ata (quadro 1), apontando para a necessidade de uma acção urgente da parte de todos os governos, de todo o pessoal do sector da saúde e desenvolvimento, assim como da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde da população do mundo, que deu origem ao importantíssimo documento “As Metas de Saúde para Todos” (OMS, 1978), com prioridade para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Quadro 1. Elementos básicos da “Declaração de Alma-Ata”

A saúde como direito fundamental e como importante objectivo social.
A equidade em saúde como elemento básico desta.
A estreita relação entre promoção da saúde e desenvolvimento económico e social
A abordagem comunitária dos problemas de saúde
O direito e o dever de participar de forma individual e colectiva na gestão de saúde
A obrigação dos governos de cuidar da saúde das suas populações.

Fonte: Adapt. OMS, 1978.

Nesse documento, ficaram conhecidas 38 metas que representavam um consenso sobre o que poderia e deveria ser a “Saúde para Todos no Ano 2000” (o indivíduo deveria alcançar um nível de saúde que lhes permitisse ter uma vida produtiva social e economicamente), e cujas sugestões evidenciavam algumas formas de reduzir a desigualdade perante a saúde, nomeadamente através do estabelecimento de uma prioridade mais centrada na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Nesta Conferência Internacional, os 134 países e os 67 organismos definiram, para todos os países participantes, entre os quais se encontrava Portugal, o conceito de CSP, que a seguir transcrevemos:

...cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e

famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que esteja ao alcance da comunidade e do país, para manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de auto confiança e de autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível dos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1983, p. 24).

Em Portugal não existe uma definição única e aceite por todos, mas partilha-se um mesmo conceito com base na Declaração de Alma-Ata. Assim, podemos dizer que os CSP são o primeiro contacto dos indivíduos com os serviços de saúde, asseguram os cuidados essenciais e o aconselhamento na resolução dos seus problemas, com disponibilidade e de forma personalizada, com intervenções a nível da prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, a educação para a saúde e a prevenção da doença, o diagnóstico, o tratamento e ainda a reabilitação. Da revisão bibliográfica mais recente, às “clássicas”, prevenção primária, secundária e terciária foi acrescentada a prevenção primordial, estreitamente associada às doenças crónico-degenerativas. Visa evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido de doença (Alwan, 1997). Deverá incluir políticas e programas de promoção de determinantes “positivos” de saúde, como a abstinência tabágica, a nutrição adequada e a prática regular do exercício físico (Alwan, 1997). Assim, os conceitos de prevenção primordial e de promoção da saúde confundem-se, sendo, no entanto complementares. Segundo Czeresnia (1999), enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença ou enfermidade específica, a promoção da saúde visa aumentar, através de esforços intersectoriais, a saúde e o bem-estar geral. O nível primordial de prevenção tem um impacto notável em saúde pública. A título de exemplo, no que diz respeito à prática regular do exercício físico, esta é, isoladamente, uma das actividades promotoras de saúde mais importantes (Barker, 1998), à semelhança da dieta, dois terços das mortes anuais nos EUA correspondem a doenças relacionadas com a alimentação (Nestle, 1998). A *prevenção primária* inclui o conjunto das actividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um factor de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico (Jamouille, 2000; Jamouille *et al.*, 2002). Inclui a imunização, que visa aumentar a resistência do hospedeiro a um determinado microrganismo. Desta forma, a finalidade deste nível de prevenção é reduzir a incidência da doença, através do

controlo dos factores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população (Alwan, 1997). A *prevenção secundária* tem como finalidade a detecção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, de forma a condicionar favoravelmente a sua evolução (Jamouille, 2000; Jamouille *et al.*, 2002). Pressupõe, entre outros, o conhecimento da história natural da doença e a existência de um período de detecção precoce (incluído no período pré-clínico) suficientemente longo. É neste nível de prevenção que se enquadram os rastreios e os estudos de caso (Fowler & Gray, 1983): ambos visam identificar indivíduos presumivelmente doentes mas assintomáticos relativamente à situação em estudo. A *prevenção terciária* tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos. Atendendo à associação entre incapacidade e doença crónica (Barker, 1998), a prevenção terciária implica o tratamento (e controlo) das doenças crónicas (Fowler & Gray, 1983; Alwan, 1997). O mais recente nível de prevenção em saúde é a prevenção quaternária que visa “evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico” associado a actos médicos desnecessários ou injustificados; por outro lado, pretende-se capacitar os utentes ao fornecer-lhes a informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos (Gérvás & Fernández, 2003). Este nível mais elevado de prevenção em saúde consiste na “detecção de indivíduos em risco de sobretratamento (*overmedicalisation*) para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (Jamouille, 2000). Isto implica não só a prescrição criteriosa e economicamente racional de métodos diagnósticos e terapêuticos pelos clínicos, mas também a capacitação dos utentes/consumidores de cuidados de saúde, visando a procura apropriada dos cuidados de saúde e o conhecimento das vantagens e inconvenientes dos métodos diagnósticos e terapêuticos. A análise das decisões clínicas, a epidemiologia clínica e a medicina baseada na prova (ou na “evidência”) são alguns dos instrumentos que poderão auxiliar os clínicos na tomada de decisões, quer em termos diagnósticos e terapêuticos, quer em termos de racionalidade económica. O nível quaternário de prevenção assenta em dois princípios fundamentais: o princípio da precaução e o princípio da proporcionalidade.

Através da aplicação destes princípios na prática clínica pretende-se curar sem causar dano, além da promoção de uma utilização mais criteriosa dos recursos em saúde. A prevenção quaternária implica o respeito pela autonomia do utente, o que pressupõe a possibilidade de este aceitar ou rejeitar opções terapêuticas ou preventivas, bem como o direito de não ser confrontado com “rastreios” oportunistas, não relacionados com o motivo que o levou a consultar o seu o seu clínico (Getz, Sigurdsson & Hetlevik, 2003).

De salientar que, muitas vezes, o excesso de “intervencionismo” médico resulta da pressão exercida pelos utentes sobre os clínicos e que se traduz na chamada “medicina defensiva”. Ao promover a capacitação dos consumidores de saúde, a prevenção quaternária “toca” a outra extremidade da prevenção em saúde, a prevenção primordial, parecendo, pois, encerrar o “ciclo” da prevenção.

O conceito actual de CSP prossegue este enquadramento, apontando-os:

...como cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade tendo por finalidade a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade e englobando acções de promoção da saúde, de prevenção de cuidados curativos, de reabilitação ou fim de vida. Exigem e fomentam a auto-responsabilização, a autonomia e a participação activa da comunidade e dos indivíduos no planeamento, organização, funcionamento e controle dos cuidados de Saúde, tirando o maior partido possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades (Biscaia *et al.*, 2008, p. 31).

Os CSP podem ser definidos como um conjunto de actividades, um nível de cuidados, uma filosofia e estratégia para organizar os cuidados de saúde (Vuori, 1986; Atun, 2004; Biscaia *et al.*, 2008):

Como *Conjunto de Actividades*, os CSP providenciam os cuidados essenciais que devem estar universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, num primeiro contacto com os serviços de saúde. São os cuidados que organizam e racionalizam, para cada indivíduo no seio dos seus grupos sociais de maior referência, a mobilização e a distribuição de recursos, especializados e outros, direccionados à promoção, manutenção e melhoria da saúde e bem-estar.

Como *Nível de Cuidados*, apresentam-se como os serviços que os cidadãos contactam primeiro na sua relação com o serviço de saúde, em que 90% dos seus problemas de saúde devem ser resolvidos (Atun, 2004; Biscaia *et al.*, 2008).

Como *Filosofia e Estratégia para organizar os Cuidados de Saúde*, os CSP evidenciam a necessidade de os cuidados serem acessíveis e relevantes para a população, baseando-se na participação da comunidade e na colaboração entre sectores da sociedade, visando a integração funcional dos cuidados e a melhor relação custo-efectividade (Atun, 2004).

Em relação ao conceito, este veicula, primeiro que tudo, uma mensagem filosófica que enfatiza a equidade e justiça em relação à saúde. Segundo, delinea uma estratégia que começa por um entendimento profundo dos problemas de saúde e tenta encontrar soluções que vão para além do tratamento tecnológico das doenças, até às suas causas fundamentais (Ferrinho, 1995).

Em Portugal, como em outras partes do mundo, os CSP estão indelévelmente associados aos CS. Biscaia e cols. (2008), parafraseando Ferrinho, referem que "o Centro de Saúde pode considerar-se o modelo da Unidade de Cuidados de Saúde Primários com a sua comprovada capacidade de providenciar cuidados globais de saúde (...) junto das comunidades servidas, num espírito de parceria com estas" (p. 32). Os CS facilitam e promovem o estabelecimento de sinergias, a conjugação de acções de promoção da saúde, prevenção e cuidados curativos dos vários grupos profissionais, assim como a coordenação e integração dos seus cuidados.

1.2. Sinopse dos Cuidados de Saúde Primários

O conhecimento da evolução do sistema de saúde português, num passado mais recente, permite compreender melhor os factores que influem sobre o seu desenvolvimento e configuração actual, como aliás salientam Carvalho, Lavouras e André (2004), ao referirem que não é possível contextualizar o futuro dos CS sem um olhar retrospectivo sobre o passado, na medida em que a realidade é mais poderosa que a ilusão legislativa.

Numa breve incursão temporal e histórica, foi com o crescimento económico dos anos 60 e a passagem de uma ditadura para uma época de maior abertura, Primavera Marcelista³, no ano de 1968/70, que permitiu a modernização da prestação cuidados de saúde com a extensão da Caixa de Previdência à população rural e a criação da

³ Designa o período inicial do governo de Marcelo Caetano, no qual ocorre certa modernização económica e social e uma ténue liberalização política, criando a esperança de uma verdadeira reforma do regime.

Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) para os funcionários públicos. Neste período, os serviços de saúde estavam dependentes de diferentes estruturas nacionais e ministérios dispersos e não articulados: programas verticais dos institutos, serviços médico-sociais das caixas de previdência, alguns grandes hospitais do estado, extensa rede de hospitais das misericórdias e consultórios privados.

Na década de 70, a reforma dos CS protagonizada por Baltazar Rebelo de Sousa, Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio⁴ foi um considerável sucesso, estabelecendo os fundamentos do SNS e a criação dos CS que vieram a constituir a infra-estrutura organizativa essencial dos CSP, associados à ideia de prevenção e acompanhamento de alguns grupos de risco, nomeadamente através da vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, actividades de autoridade sanitária, entre outras (Branco & Ramos, 2001). Apesar das enormes dificuldades subjacentes ao contexto social e cultural, é possível enumerar um importante número de factores favoráveis:

- O número excedente de médicos, como resultado da explosão estudantil dos anos 70 ocorrida pela necessidade de suprir a falta de médicos nos territórios das colónias e devido à guerra colonial. Face à súbita redução das necessidades, no início dos anos 80, mais de 8000 jovens médicos, após cumprirem o serviço médico à periferia, esperavam a integração numa carreira no novo SNS, sendo criada a carreira médica de clínica geral (Ramos, 2004).
- Em 1974, com a revolução de Abril, nasce um potencial de esperança e renovação que vem favorecer, em 1979, a implementação dos CS, conhecidos como de “1ª Geração” e a posterior criação de um SNS, universal, geral e gratuito. Apesar do enquadramento legislativo, na prática manteve-se a separação dos postos de saúde com actividades de saúde materno-infantil, vacinação, saneamento do ambiente e cuidados médicos de base e caixas de previdência (postos dos serviços médico-sociais).
- Um poderoso enquadramento conceptual associado à Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), e um importante dispositivo político e jurídico proporcionado pelo DL nº 56/79, de 15 de Setembro.

⁴ Arnaldo Sampaio ocupou a pasta de Director Geral da Saúde entre 1972/1978; Gonçalves Ferreira ocupou a pasta de Secretario de Estado da Saúde e da Assistência; Rebelo de Sousa, ocupou pastas ministeriais da Saúde entre 1970/1971.

No entanto, a reforma que subentendia a abordagem integradora aos problemas de saúde, não conseguiu realizar um dos objectivos mais estruturantes, a integração nos CS das actividades de medicina curativa realizada nos postos médico-sociais das caixas de previdência, que só veio a acontecer doze anos após a legislação de 1971 e cerca de 5 anos depois do novo enquadramento jurídico (SNS). A este respeito, Ramos (2004) justifica que as caixas de previdência passam a integrar a componente de saúde decorrente da percepção sobre os custos crescentes com os medicamentos e os meios complementares de diagnóstico e tratamento.

Com o Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril, são criados os CS de “2ª Geração”, que integram os CS de “1ª Geração”, postos de serviços médico-sociais e hospitais concelhios. Segundo Sakellarides (2001), “esta integração visava minimizar os aspectos negativos, nomeadamente a limitada cobertura populacional e maximizar os aspectos positivos, como o acesso aos cuidados médicos, e as acções de promoção e protecção da saúde, principalmente em relação às populações em maior risco...” (p. 105). Contudo, a implementação fortemente normativa, bem como a falta de formação e preparação dos profissionais de saúde para esta mudança, impediram uma efectiva integração e concretização do despacho normativo. Ramos (2004), descreve o contexto particular dos cuidados de saúde como um choque entre a “cultura de saúde pública” e a “cultura das caixas”, que de acordo com as práticas profissionais determinam o predomínio de uma ou de outra vertente.

Os CS de ‘2ª Geração’ eram entidades sem personalidade jurídica, nem autonomia administrativa e financeira. A sua estrutura organizativa é definida verticalmente por ‘linhas funcionais/grupos socioprofissionais’ e a Direcção é composta pela chefia das três linhas mais numerosas: médicos, enfermeiros e administrativos.

A este período de criação e expansão seguiu-se um período de sucessivas tentativas de qualificação do sistema de saúde, influenciadas pelo contexto Europeu, por um ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico e pelos diferentes ciclos políticos dos últimos 20 anos. Em síntese, a revisão da Constituição da República Portuguesa de 1989 torna a saúde “tendencialmente gratuita” e em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde, através da Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, com a saúde a ser da responsabilidade não só do Estado, mas também de cada indivíduo, assim como das iniciativas sociais e privadas. Com esta lei está consubstanciada a autonomia

administrativa e financeira dos CS, ao dotá-los de personalidade jurídica, criando grupos personalizados de CS, que tornariam desnecessárias as 18 administrações regionais de saúde. A gestão estratégica da saúde da população das regiões passa a ser assegurada pela criação de cinco ARS: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. A criação dos grupos personalizados não se concretizou, e as “18 ARS” acabaram por se manter com a designação de “Sub-Regiões de Saúde”, continuando a administrar directamente cerca de 360 CS existentes no território continental.

Em 1996, iniciaram-se experiências com novas formas de organizar a prestação de cuidados de saúde com base em médicos de medicina geral e familiar, de que é exemplo o Projecto Alfa na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Este visava estimular soluções organizativas a partir da iniciativa dos profissionais que aproveitassem melhor a capacidade e meios instalados nos CS do SNS, permitindo sustentar, a partir do Regime Remuneratório Experimental (RRE), a captação de mais recursos para o sistema de acordo com as necessidades existentes. Assentava em dois princípios, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, e pressupunha a constituição de uma equipa multiprofissional com um projecto de trabalho que incluía objectivos concretos, aceites livremente pela equipa e acordado com a administração. A avaliação deste projecto veio facilitar a aprovação do RRE dos médicos de clínica geral, que consagrava em diploma legal alterações na organização do trabalho semelhantes à do “Projecto Alfa”. Esta nova modalidade está associada à quantidade de trabalho e qualidade do desempenho profissional, rompendo assim com o modelo salarial vigente (DL n° 117/98, de 5 de Maio).

Com o DL n° 157/99, de 10 de Maio, também conhecido como o DL dos CS de “3ª Geração”, procurou cumprir-se a ideia de autonomia de gestão dos CS, introduzindo-se o conceito de organização interna descentralizada com base em equipas multiprofissionais e a criação de uma direcção clínica/técnica. Neste decreto pode ler-se:

Os centros de saúde criados pelo Decreto-Lei n° 413/71 (...) até à data, na dependência orgânica e funcional das administrações regionais de saúde. Ora, a evolução dos cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a actual exigência de instituições e serviços de saúde que, numa perspectiva multidisciplinar e de forma efectiva e eficiente, sejam centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde tornaram, entretanto, obsoleto o enquadramento normativo dos centros de saúde, designadamente, pela inexistência de autonomia e pelo não reconhecimento de uma hierarquia técnica (p. 2424-2425).

Apesar da participação significativa de profissionais de saúde na elaboração desta lei e das experiências piloto anteriormente realizadas, os CS de “3ª Geração” nunca chegaram a ser implementados e o seu fracasso ocorreu porque “exigiam uma mega-operação de transformação organizacional e desmontagem de medos, prevalecendo o *status quo*” (Ramos, 2002a), interrompido em finais de 1999. Ainda no decorrer deste ano, é criado o Instituto da Qualidade em Saúde com o objectivo de definir e desenvolver normas, estratégias e procedimentos que visam a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde. Com a interrupção do processo de implementação desta reforma, resulta um atraso de cerca de cinco anos, ficando as unidades que tinham adoptado o RRE desintegradas do seu contexto original.

Em 2003, a legislação dos CS de “3ª Geração” é revogada e substituída por uma outra, Rede de Cuidados de Saúde Primários (DL nº 60/2003, de 1 de Abril), que numa tentativa de modificação da excessiva centralização e burocratização, no seu preâmbulo, estabelece como objectivos a garantia da prestação de cuidados tendencialmente gratuitos, abrangentes e continuados aos cidadãos, em articulação com os cuidados de saúde hospitalares e continuados, um parceiro fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença.

Em 2005, a reforma dos CSP tem um novo impulso, dando origem a um considerável número de iniciativas que permitiram o arranque da reforma em curso:

A) O *Grupo Técnico* para a reforma dos CSP, sob a égide de Regina Sequeira Carlos, tinha como objectivo a elaboração de um relatório, no qual se destacam as dez medidas a adoptar pelo Executivo de José Sócrates até 31 de Dezembro de 2005, e que são:

- Criação da unidade Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP);
- Elaboração de um plano de vagas a cinco anos para os internatos de especialidade de Medicina Geral e Familiar e de Saúde Pública;
- Acções preparatórias, a nível local para a reconfiguração dos CS;
- Criação de diploma legal para as USFs, incluindo o sistema retributivo especial;
- Lei-quadro para os CS;
- Definição de uma arquitectura coerente para o subsistema de informação em CSP;

- Auditoria, balanço e rentabilização das vultuosas aquisições de equipamento informático para os CS, nos últimos anos;
- Instalação imediata de módulos clínicos em pelo menos 20% dos CS;
- Desburocratização de procedimentos;
- Levantamento imediato, a nível nacional das instalações em construção/conclusão para a instalação prioritária da USF.

B) A *MCSP*, criada pela Resolução nº 157/2005, de 12 de Outubro, com a incumbência de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USFs, tem como objectivos:

- Apoiar a reconfiguração dos CS em USFs, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USFs, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos CS;
- Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efectivo às candidaturas das USFs;
- Elaborar o regulamento interno tipo dos CS reconfigurados;
- Propor, em articulação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas USFs;
- Elaborar os termos de referência da contratualização das ARS e com os CS e destes com as USFs;
- Elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as USFs em diferentes níveis de desenvolvimento;
- Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados;

- Propor e apoiar oportunidades de prestação de serviços partilhados entre diferentes unidades, em estreita articulação com os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde;
- Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de CS e USFs.

C) Prioridade posta na Criação das USFs, pequenas unidades operativas dos CS com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços.

D) Acção fundamental das Equipas Regionais de Apoio, que actuando a nível regional em estreita articulação e colaboração com os presidentes das ARS, têm como acção fundamental proporcionar apoio às candidaturas promovendo e estimulando a criação de novas USFs, monitorizando e acompanhando os projectos já instituídos.

E) Reinício e aperfeiçoamento da contratualização, constituem um dos factores mais determinantes para o sucesso da reforma, sendo da responsabilidade das Agências de Contratualização (AC) das respectivas ARS, implicam um processo de natureza avaliativa. É assumido um compromisso entre duas partes, o contrato firmado será monitorizado com base em indicadores de desempenho, o que reforça de forma clara a necessidade de que os indicadores apresentados sejam válidos, claros e proporcionem ganhos de qualidade. A Norma IX do Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro, apresenta indicadores sobre sete áreas: Disponibilidade; Acessibilidade; Produtividade; Qualidade técnica científica; Efectividade; Eficiência; Satisfação, sobre as quais assenta a monitorização das actividades das USFs.

F) Criações de dispositivos legais no âmbito das USFs, que se apresentam de forma resumida, regulamentando a sua implementação:

a) Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro

Regulamento que estabelece os termos, as condições e os procedimentos necessários para as candidaturas às USFs, assentes em equipas multiprofissionais, constituídas por especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros, secretários clínicos e outros profissionais de saúde, com vista à prestação de cuidados de saúde mais próximos dos

cidadãos e à reconfiguração dos novos CS. A adesão ao modelo das USFs por parte da equipa multiprofissional inicia-se com a apresentação voluntária de uma candidatura em formulário próprio, por via electrónica, através da página da MCSP, onde se indicam, nomeadamente: *i)* A constituição da equipa; *ii)* O coordenador da equipa e endereço electrónico; *iii)* A área geográfica de actuação; *iv)* O número de utentes inscritos, ou a inscrever, distribuído por idade ou género; *v)* Os compromissos relativos à prestação de cuidados; *vi)* O plano de acção e outros elementos que a equipa entenda úteis para a avaliação do projecto.

b) Decreto-Lei n° 298/2007, de 22 Agosto

Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USFs e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram USFs modelo B. Este modelo, semelhante ao implementado pelo DL n° 117/98, de 5 de Maio, aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas características, com a contratualização anual de actividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco, quando necessário, com o alargamento do período de cobertura assistencial e com a carteira adicional de serviços. Este modelo obriga ao acompanhamento e controlo de procedimentos e avaliação de resultados.

c) Portaria n° 1368/2007, de 18 de Outubro

Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USFs. Em todos os modelos de USFs existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspectos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira adicional de serviços, contratualizados com os departamentos de contratualização, em sede de candidatura ou nas épocas para tal definidas e revistos anualmente. A carteira básica de serviços, enquanto compromisso assistencial nuclear, é aplicável a todas as USFs, independentemente de estarem constituídas sob o modelo organizacional A, B ou C.

d) Despacho n.º 24101/2007, de 22 de Outubro

Definição dos modelos de organização das USFs: A, B, C, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização. Por factores conjunturais ou por opção, nem todas as USFs se posicionam no mesmo modelo organizacional. Umas tenderão a estabilizar-se num nível menos complexo de contratualização, outras procurarão um modelo que privilegie maior autonomia.

e) Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril

Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros aos profissionais das USFs. A contratualização de metas de desempenho com as USFs deve conduzir, por si só, a esforços tangíveis na melhoria dos níveis de acessibilidade, dos desempenhos assistencial e económico e da satisfação dos utentes, bem como distinguir as USFs que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas pelos ganhos de eficiência previamente incorporadas no Sistema de Saúde.

Para o efeito, o processo de contratualização deve pautar-se por níveis adequados de exigência e responsabilização dos prestadores e, simultaneamente, favorecer a criação de ambientes de trabalho motivadores. A gestão por objectivos decorrente do processo de contratualização, para ser efectiva, implica que aos mecanismos de avaliação sejam associados incentivos, quer para as equipas de saúde, quer para os profissionais que as integram.

G) Regime Remuneratório Experimental/Incentivos Institucionais, com o modelo B adoptado nas USFs a constituir uma inovação na administração pública. De uma contratualização com base no horário de trabalho dos profissionais (35 ou 42 horas), passa a ser contratualizada uma carteira de serviços ou resultados de determinada actividade ou programa de saúde. Comporta duas vertentes: *i)* suplementos associados à quantidade de trabalho previsto (lista de utentes inscritos); *ii)* e suplementos associados ao cumprimento de determinadas metas pré-definidas. Às USFs com modelo A, são atribuídos incentivos institucionais ou não financeiros, representando uma garantia de que as mais valias são incorporadas nas USFs que as geraram, decidindo sobre o modo de aplicar o incentivo, numa das seguintes áreas: formação contínua, documentação,

reabilitação das infra-estruturas, equipamento, humanização da USFs ou programa de melhoria contínua da qualidade.

H) Progressão nos Sistemas de Informação de Saúde, ficando estabelecido como requisito à constituição de uma USF, a escolha de um sistema de informação clínica que possibilite o cálculo de indicadores de execução básicos. De acordo com Sakellarides, Gonçalves, Cunha, Bisciais e Santa (2009):

...em duas das cinco Administrações Regionais de Saúde deu-se a possibilidade de opção à equipe candidata de escolher os aplicativos disponíveis e certificados. Apesar de essa opção ter recaído em cerca de 90% do total na aplicação de Serviço de Apoio ao Médico e os restantes 10% nas duas aplicações privadas certificadas, foram suficientes para estimular uma modernização e actualização daquele aplicativo público que, em apenas dois anos e meio passou da versão 0 à versão 9 (p. 24).

I) Medidas Promoção de Acções de Formação, dirigidas aos profissionais de saúde deve ser encarada como um investimento indispensável para que a reforma dos CSP tenha sucesso. A necessidade de formação para a “gestão da mudança” foi extensível a todos os profissionais dos CS e restantes dirigentes intermédios e foram implementados planos de formação de acordo com as necessidades e objectivos da reforma.

Todas estas iniciativas possibilitaram a formação das USFs, que constituem a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo, estabelecendo-se que até ao final do ano de 2008 deveriam estar criadas cerca de 146 USFs. Em 2008, continua a expansão das USFs, ao mesmo tempo que se entra numa nova fase da reforma, a implementação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), regulamentado pelo DL n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, que são serviços que integram um ou mais CS com autonomia administrativa e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica, constituídos por várias unidades funcionais, a saber: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), cuja estrutura orgânica se pode constatar na figura 1.

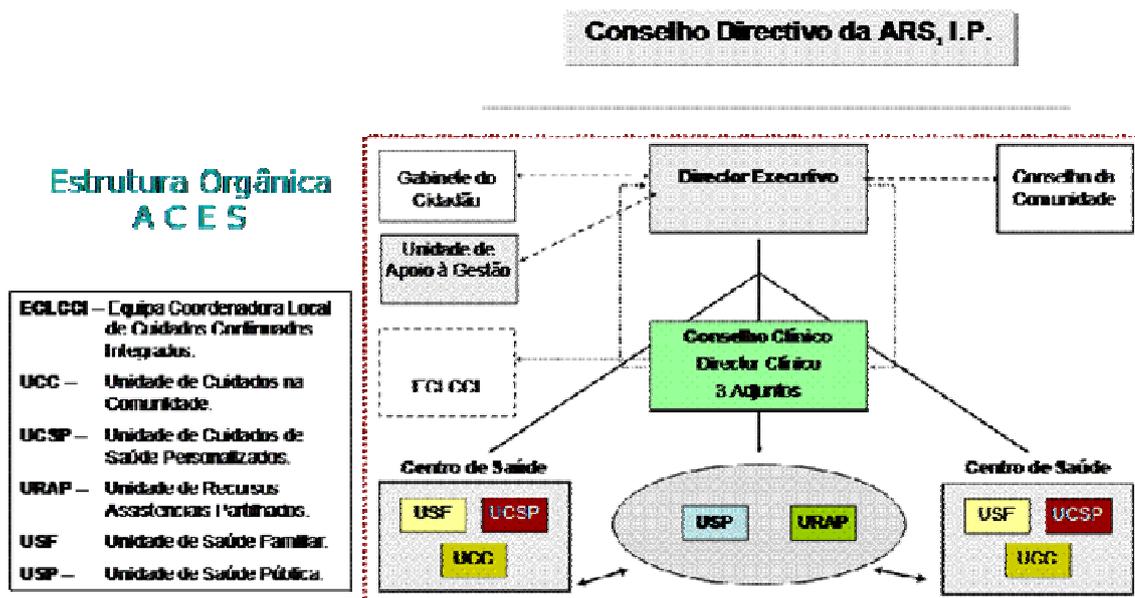


Figura 1. Estrutura orgânica dos ACES

(Adapt. de MCSP, 2008)

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa e possuem um Director Executivo, um Conselho Clínico (constituído por um director clínico e três adjuntos), um Conselho de Comunidade e um Gabinete do Cidadão (figura 1). Para efeitos de gestão, salientamos a existência de contratos-programa, enquanto acordos celebrados entre o director executivo do ACES e o conselho directivo da ARS, pelo que se estabelecem, qualitativamente e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

De acordo com o DL n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, referente às unidades funcionais do ACES, pretendemos de forma breve caracterizar o seu âmbito de intervenção.

A USF é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros, e secretários clínicos, e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B, C. O coordenador desta unidade é designado de entre os médicos especialistas de medicina familiar habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efectiva na especialidade.

A UCSP, tem uma estrutura idêntica à prevista para a USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em

USF. O coordenador desta unidade é designado de entre os médicos especialistas de medicina familiar habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efectiva na especialidade.

A UCC tem por missão a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e, ainda, a educação para a saúde. Participa, ainda, em projectos de intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade (Programa de Intervenção Precoce em Crianças, Programa Nacional de Apoio ao Idoso ...) e com a rede social no âmbito da intervenção a pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade ou sujeitos a factores de exclusão social, económica, cultural, violência, negligência. A UCC é constituída por equipas multidisciplinares, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos, e coordenada por um enfermeiro com pelo menos a categoria profissional de enfermeiro especialista e com experiência efectiva na respectiva área profissional.

A URAP, presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas anteriormente e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. A equipa é composta por médicos de várias especialidades, com excepção da medicina geral e familiar e da saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais. O coordenador desta unidade é designado de entre os profissionais de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na respectiva área profissional.

A USP funciona como observatório da saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos. A equipa é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais necessários na área de saúde pública. O coordenador desta unidade é designado de entre os médicos de saúde

pública habilitados com o grau de consultor e com experiência efectiva na especialidade.

Em jeito de síntese, salientamos que o Programa do VII Governo Constitucional reconheceu os CSP como o pilar de sustentação de todo o sistema de saúde e que os CS devem constituir o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

1.3. Unidades de Saúde Familiar

A Reforma dos CSP está a ser olhada pelos cidadãos como uma melhoria no acesso em tempo útil aos cuidados de saúde em função das necessidades, e pelos profissionais de saúde como uma enorme oportunidade de melhoria organizacional e profissional. A Resolução nº 157/2005, de 12 de Outubro, criou a MCSP, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USFs.

Com as USFs, enquadradas num contexto conceptualmente mais vasto que o CS, pretende-se constituir a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo. A USF está inserida no CS como uma unidade com autonomia técnica e funcional, sem personalidade jurídica, mas com um novo modelo organizacional, considerado como um modelo leve e flexível, para uma prestação de cuidados de saúde aos indivíduos (mínimo de 4000 e máximo de 18.000) e às famílias de maior proximidade e de elevado nível de qualidade.

Inseridas no CS, as USFs desenvolvem a sua actividade em articulação muito estreita entre si e com as outras unidades funcionais, nomeadamente a UCC e a USP.

Os profissionais que as integram fazem-no de forma voluntária, não celebram novos contratos de trabalho, não são integrados em novos quadros de pessoal, não requerem licença sem vencimento, nem alteram o seu vínculo laboral anterior, mantendo a sua dependência hierárquica decorrente das carreiras de origem e o mesmo regime laboral.

Mantêm os regimes de trabalho e os vencimentos que detêm à data da constituição da equipa, tanto em trabalho normal como em trabalho extraordinário.

O coordenador da USF, indicado pela equipa, é um médico especialista em Medicina Geral e Familiar com mais de cinco anos de exercício na categoria de assistente e com vínculo laboral à Administração Pública. Representa a equipa perante o director do CS, coordenador da Sub-Região de Saúde, a AC e/ou Conselho de Administração da ARS e tem a delegação de competências que lhe permita assumir as responsabilidades relativas a comissões gratuitas de serviço e controlo de assiduidade.

As USFs funcionam com equipas pluridisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais (artigo 12º do DL nº 157/99, de 10 de Maio). Não podem existir USFs com um ou dois grupos profissionais, nem com uma relação intergrupala inferior a três médicos, três enfermeiros e dois administrativos. Os médicos têm como requisito serem especialistas em Medicina Geral e Familiar (grau de especialista/assistente), cujo vínculo laboral ofereça estabilidade à equipa onde pretendem ser integrados. Embora sem a obrigatoriedade de uma especialidade, aos enfermeiros é também exigido uma relação contratual que ofereça estabilidade à equipa.

A equipa que constitui a USF pode ser alterada, com aumento ou redução dos elementos que a compõem, tendo sempre em consideração a população servida. A permanência nas USFs é da vontade dos profissionais e da própria equipa, no entanto, o tempo para as alterações deverá coincidir, com o fim do prazo de execução do plano de acção, ou seja, um ano. Aos profissionais que aderiram às USFs está garantido o direito de retomarem o estatuto que possuíam antes da adesão, impondo-se um aviso prévio com a antecedência mínima de três meses. Os profissionais que não aderem às USFs manter-se-ão nos seus lugares desenvolvendo a sua actividade. Todavia, por razões de gestão de recursos, podem ser deslocados para outros serviços ou locais dentro do mesmo CS, nos termos da lei que rege a mobilidade (DL nº 427/89, de 7 Dezembro). A remuneração dos profissionais está associada à dimensão e características da lista de utentes e independente do regime e horário de trabalho, dando mais autonomia e flexibilidade a todos os profissionais integrados em USFs.

A contratação é decidida e celebrada pela ARS competente. Não há celebração de contratos directamente pelas USFs. Nos projectos de candidatura destas, podem ser

feitas propostas de contratação mas a sua concretização depende de acto autorizador da ARS. Deve também ser possível atribuir um incentivo mesmo que as metas orçamentais não sejam cumpridas. O valor do incentivo a distribuir é dependente da dimensão da USF e do não cumprimento das metas deve resultar um relatório justificativo e um plano de correcção, ou mesmo, propostas de alteração dos valores a contratualizar no futuro com base em especificidades locais. Caso as justificações sejam aceites para determinados indicadores, estes podem ser excluídos do processo de avaliação do contratualizado. A MCSP está a elaborar um projecto de diploma com o propósito de atribuir incentivos financeiros a todos os grupos profissionais da equipa nuclear.

Os profissionais são avaliados pelos seus pares. Neste contexto, por exemplo, o enfermeiro chefe do CS continua a ser o responsável pelo processo de Avaliação do Desempenho dos enfermeiros, através da auto-avaliação e da avaliação inter-pares (avaliação interna), e posteriormente através de auditoria externa poderá existir uma avaliação da USF (da equipa), face às metas e objectivos contratualizados no início da actividade, e em presença dos indicadores negociados. Por outro lado, o coordenador da USF avalia os contributos de cada profissional, bem como assiste a equipa na sua autoavaliação, no sentido de serem corrigidos os desvios em relação ao plano traçado e contratualizado.

A candidatura à constituição de USF é um projecto multiprofissional e, como tal, as equipas devem apresentar propostas que podem ser, ou não, aprovadas. De facto, no capítulo das instalações, as previsíveis indisponibilidades financeiras das ARS devem conduzir as equipas a apresentar propostas alternativas, priorizadas, com o objectivo de não inviabilizar a constituição da USF. As primeiras USFs foram as unidades de Rio Tinto, Valongo, São João do Sobrado e Condeixa, que entraram em funcionamento em Setembro de 2006.

Segundo um estudo efectuado em Maio de 2007 pelo Observatório da Ordem dos Enfermeiros para os Cuidados de Saúde Primários (OOECSP), na sequência de 17 visitas a USFs, estas agradavam aos enfermeiros e estabeleciam um perfil socioprofissional com a maioria (86%) a exercer nos CS, com um tempo médio de experiência profissional superior a 10 anos e a média de idade a situar-se nos 34 anos. O modelo organizativo que subjaz aos cuidados de enfermagem tem sido, em 74,5% dos casos analisados, o do “enfermeiro de família” e as excepções justificam-se pela

existência de “enfermeiros especialistas numa área específica e horário rotativo”. A coordenação da equipa de enfermagem por um enfermeiro aconteceu em 80,9% dos casos, registando-se apenas um caso em que o cargo era desempenhado por um médico. No capítulo salarial, registaram-se fortes expectativas remuneratórias. Sobre os motivos de integração nas USFs, 84% dos enfermeiros apontaram a realização profissional, seguindo-se as condições de trabalho (60%), a estabilidade laboral (29%) e a mobilidade e razões financeiras (13%). Quanto à satisfação por integrar uma USF, 98,9% dos enfermeiros respondeu favoravelmente.

Segundo Manuel Oliveira, coordenador nacional do OOECSP, dados provisórios indicam ganhos nas USFs, ao nível dos sistemas de informação, estruturas físicas e satisfação dos profissionais graças à contratação colectiva e à sua autonomia funcional, organizativa e técnica. Há uma forte coesão nestas equipas e os elementos sentem que todos estão envolvidos no mesmo projecto. Pela primeira vez, nas USFs, assiste-se a uma tendência positiva para o ajustamento dos recursos humanos de enfermagem às necessidades em cuidados da população abrangida. Apesar de ainda estar aquém do rácio defendido pela Ordem dos Enfermeiros, cerca de 1.200 utentes por enfermeiro, o Observatório contabilizou um rácio de 1.661 utentes nas USFs, em oposição às outras unidades cujo valor ascende a 2.047 utentes por enfermeiro (OOECSP, 2007).

Também a MCSP (2008) realizou um estudo qualitativo com utilização da técnica de grupos nominais nos vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, secretários clínicos), num total de 210 participantes de 73 USFs das cinco ARS, concluindo que, ao longo do país, havia consistência nas respostas, tanto nos problemas como nos sucessos, o que poderia demonstrar uma coerência do processo organizacional desencadeado pela criação das USFs. Os problemas relatados dizem respeito aos recursos humanos, formação (necessidades formativas não satisfeitas), sistemas de informação, comunicação intersectorial (entre as USFs e as estruturas intermédias de gestão), incentivos, equipamentos e instalações. Como sucessos foram assinalados o aumento da acessibilidade dos cidadãos aos serviços, a autonomia acrescida, o trabalho em equipa mais efectivo, o aumento da satisfação e motivações profissionais, e as vantagens dos novos sistemas de informação.

No contexto actual, como refere Sakellarides e cols. (2009), “estas unidades constituem a pedra basilar em que assenta o actual processo de reforma. Reconhecendo o facto de já

ocuparem 20% do espaço de prestação de cuidados personalizados, é fundamental que constituam um pólo de atracção para os profissionais ainda não aderentes e, sobretudo, para os jovens médicos, enfermeiros e secretários clínicos” (p. 36). De acordo com a MCSP, até ao dia 12 de Julho de 2010 entraram 433 candidaturas através do seu site, sendo aceites 325 e encontrando-se em funcionamento 248 USFs (quadro 2) (www.mcsp.min-saude.pt).

Quadro 2. Elementos de caracterização das USFs (Julho de 2010)

	USF	Utentes Potenciais	Ganho de cobertura	Médicos	Enfermeiros	Secretários Clínicos
Candidaturas aceites	325	3.957.387	545.595	2.228	2.261	1.796
USF em actividade	248	3.115.170	381.530	1.761	1.782	1.408

De acordo com a metodologia de avaliação definida pela MCSP, para avaliação pelas Equipas Técnicas Operacionais (ETO) foram aceites 325 candidaturas e emitidos 276 pareceres técnicos. Destes, estão confirmados positivamente pelos conselhos directivos das ARS, IP 257 equipas, sendo que as restantes desistiram ou foram excluídas por não cumprirem os requisitos definidos no DL n° 298/2007, de 22 de Agosto, e no Despacho Normativo n° 9/2006, de 16 de Fevereiro. No quadro 3 pretendemos apresentar as diferentes situações em que se encontram as USFs, no total de 433 candidaturas apresentadas (www.mcsp.min-saude.pt):

Quadro 3. Explicitação da situação das USFs

Número de candidaturas entradas	433
Candidaturas excluídas ou desistentes	58
USF em avaliação preliminar	40
Aceites para avaliação	325
Aguarda-se documentos	18
Em avaliação pelas Equipas Técnicas Operacionais	31
Aguardam aprovação pelas ARS	19
Aprovadas pela ARS e a aguardar abertura	9
Em actividade	248

Em jeito de síntese, podemos dizer que a reforma dos CSP está a caminhar com o caminho que vai traçando, subscrivendo as palavras de Sakellarides e cols. (2009):

...este é necessariamente um processo longo. Há ainda muito a fazer, para a reforma dos cuidados de saúde primários: estimular a expansão das Unidades de Saúde Familiar; implementar e desenvolver progressivamente os Agrupamentos de Centro de Saúde, promovendo a sua autonomia de gestão; continuar a investir nos sistemas de informação; reduzir as desigualdades de acesso num período de tempo razoável; rever a articulação com os hospitais; ajustar, eventualmente, o modelo da reforma para as áreas do interior, com população e recursos da saúde mais dispersos e adoptar políticas de recursos humanos compatíveis com a reforma (p. 4).

2. A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Os problemas que se relacionam com a profissão, e de modo particular com a satisfação profissional, encontram-se permanentemente na ordem do dia, traduzindo-se em preocupações pelo fenómeno em si, nas suas características, variantes, evolução, perspectivas na sua relação com o homem e com a sociedade, e na situação específica do homem enquanto sujeito e objecto de trabalho. Enquanto profissional e no decorrer do seu desempenho, encontra-se envolvido por múltiplas preocupações, que geralmente se relacionam com o local de trabalho, tais como, funções, responsabilidade, riscos, conflitos e condições de trabalho.

Segundo Lima, Vala e Monteiro (1994), a satisfação profissional é “...um constructo que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho” (p. 104) e, por isso, está longe de constituir uma preocupação acessória ou mesmo passageira das organizações. Os assuntos em torno da temática sobre a satisfação no trabalho passou a reunir o interesse dos técnicos, investigadores e gestores a partir do momento em que se começou a valorizar a dimensão humana na gestão das organizações, com a crise do Taylorismo. Para estes autores, “a partir de então esta variável tem sido considerada muito importante porque, explícita e implicitamente, é associada simultaneamente à produtividade da empresa e à realização pessoal dos empregados” (p. 102).

2.1. O conceito de satisfação profissional

É consensual que o conceito de satisfação é de difícil operacionalização pela sua natureza multidimensional, surgindo como uma atitude do sujeito face a um objecto. O sentido de satisfação é dado pelo próprio sujeito em função da realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos. Na medida em que é determinada e avaliada por cada indivíduo, pressupõe elementos afectivos, cognitivos e individuais (Paúl, Martin & Roseira, 1999).

A principal dificuldade subjacente à temática em análise advém da falta de consenso entre os investigadores sobre o significado de satisfação no trabalho e caracterização dos factores que a determinam. Todavia, a satisfação no trabalho aparece como o problema mais estudado na literatura organizacional, com posições teóricas muito diversas em relação à natureza dos seus determinantes.

Reis (1989), cit. por Gonçalves (1995), refere que na etimologia latina *tripalium* (trabalho) é um termo que evoca justamente o incómodo e a tortura; e *tripiliare* (trabalhar), termo que designa um instrumento de tortura composto por três pés onde se amarram os condenados. Francès (1984) refere também que a Bíblia apresenta o trabalho como condenação divina dada ao homem, como punição do seu pecado original, e o trabalho era justificado como uma necessidade imperiosa, ou então, como motivo de orgulho do qual o indivíduo obtém uma espécie de satisfação quando a sua religião o consagra como um bem que se conquista na terra. O autor sublinha que em alguns casos o trabalho é considerado como uma característica negativa, não sendo possível afectar-lhe qualquer possibilidade de satisfação.

Numa perspectiva histórica, desde a idade média, e em parte até aos tempos modernos, consideram-se todas as actividades agrupadas sob o nome de trabalho, como indignas dos homens “bem nascidos”. Numa incursão sobre a evolução do conceito de satisfação profissional, Vitelis, em 1953, como refere Francès (1984), empregava a palavra “moral” dizendo ser “a atitude de satisfação do emprego com o desejo de o possuir, a vontade de lutar pelos fins de um grupo, de uma organização” (p. 29). Continuando na clarificação do conceito, Vroom (1964) encara a satisfação laborar como “o conjunto de orientações afectivas do sujeito em relação aos papéis profissionais que desempenha, no momento; atitudes positivas são conceptualmente equivalentes à satisfação profissional;

atitudes negativas em relação à sua vida profissional são conceptualmente equivalentes à insatisfação profissional” (p. 99). Posteriormente, em 1976, Locke definiu-a como “um estado afectivo positivo resultante da apreciação do emprego ou das experiências ligadas ao emprego” (Francès, 1984, p. 29). A existência de uma grande variação do objecto de análise de uma investigação para outra, quanto às diversas definições e medidas de avaliação da satisfação no trabalho, levou o autor a considerar que a satisfação no trabalho “é aquilo que a minha medida (arbitrária) escolhida mede” (p. 30).

Para Fraser (1983), a satisfação profissional é um fenómeno complexo e de difícil definição na medida em que representa um estado subjectivo em relação a uma situação ou evento que varia de pessoa para pessoa, ao longo do tempo em função do contexto e da influência de forças internas e externas ao ambiente de trabalho.

Numa outra vertente, Miguez (1987) refere que, em 1975, Lawler explicita que o carácter não necessariamente negativo da insatisfação, pelo contrário, pode dar origem a determinados comportamentos criativos, gerando, assim, mudanças construtivas no seio das organizações. Santos (2001) define a satisfação como “um estado de boa disposição manifestado por se sentir bem com o que faz e sentir-se reconhecido pelo seu trabalho, traduzindo uma elevação moral após uma necessidade satisfeita” (p. 86), concluindo que o indivíduo se sente satisfeito quando realiza com sucesso os seus objectivos, aumentando a sua expectativa em relação a metas futuras. Por isso, é necessário descobrir as motivações dos indivíduos para compreendermos as atitudes e os comportamentos, o que se torna, frequentemente, numa tarefa bastante difícil.

Para Tamayo (2004), o trabalho humano, observado sob o prisma histórico, revela a sua transformação num meio civilizado e de cultura, marcando os mais remotos lugares com o sinal do homem. O trabalho representa um dos aspectos mais relevantes da vida e é inseparável da sua existência, não se circunscrevendo só à produção de bens e riquezas, mas também à maneira como se faz a realização pessoal. A relação entre trabalho e bem-estar do trabalhador requer, por parte das organizações, a implementação de políticas que promovam uma cultura organizacional, propícia à realização da missão e objectivos da organização com a garantia da qualidade de vida e da realização das pessoas.

O estudo sobre a satisfação no trabalho coincide com o início da Escola de Relações Humanas. Porém, já em 1912, Taylor tinha referido que a satisfação dos trabalhadores dependia da quantidade de dinheiro, preconizando a divisão dos lucros entre patrões e trabalhadores com o objectivo de aumentar, de forma generalizada e automática, a satisfação no trabalho. Esta abordagem unidimensional teve alguns opositores, nomeadamente Hoppock, em 1935, que defendia uma perspectiva multidimensional, referindo que “a satisfação do trabalhador seria parte da satisfação geral com a vida e estaria relacionada com as habilidades de adaptação às situações, com a capacidade de se relacionar com os outros, com o estatuto relativo ao grupo socioeconómico com o qual se identifica, com a natureza do trabalho e a sua relação com as habilidades, interesses e preparação para o trabalho” (Lucas, 1984). Na tentativa de explicar o conceito, Locke (1976) distingue três etapas fundamentais no conceito de satisfação profissional inerente a várias escolas.

A *Escola Psico-económica*, caracterizada pela corrente de pensamento de Taylor que, através dos conhecimentos científicos adquiridos como operário e engenheiro, apercebeu-se de um conjunto de contradições e de efeitos negativos no funcionamento interno das organizações. As empresas em que trabalhou e que teve oportunidade de estudar, primavam por uma grande crise na organização e métodos relacionados com o factor de produção “trabalho”. Por isso, foram aplicados métodos científicos e racionais em relação à organização do trabalho, de tal modo que, a partir de então, o funcionamento interno das empresas evoluísse no sentido da harmonia, cooperação, desenvolvimento e da eficiência máxima.

Para Ferreira, Neves, Abreu e Caetano (1996), existem quatro princípios que constituem a base analítica da organização científica do trabalho, segundo Taylor. Em primeiro lugar, ao circunscrever a análise de todo o processo de trabalho aos métodos científicos e racionais da gestão do planeamento, Taylor pretende eliminar todas as práticas humanas desviantes e transgressoras do factor trabalho, determinadas pelo empirismo, indolência e o arbítrio, no sentido de se aumentarem os índices de produtividade e as margens de rendibilidade das empresas. Com a obtenção do aumento da produtividade, torna-se contraproducente os operários entrarem num processo de conflito com os patrões. Aumentada a produtividade, os operários passavam a auferir um sistema de recompensas correspondente, pelo que era irrelevante fazer greve ou enveredar pela preguiça sistemática e discutir a lógica da origem da criação e repartição dos excedentes

da empresa (patrões, gestores supervisores e operários estariam em situação de igualdade de interesses). Em segundo lugar, a preparação sistemática dos processos de gestão articulados com a selecção científica do trabalho para executar as tarefas, pretende viabilizar, na prática, o princípio de “o homem certo no lugar certo”, conduzindo, então, à necessária identificação das aptidões específicas de cada operário para executar cada tarefa. Em terceiro lugar, o princípio do controlo Taylorista teve por objectivo eliminar todos os desvios comportamentais e situações disfuncionais resultantes do não cumprimento das regras, regulamentos e operações associadas à execução de tarefas. Finalmente, o princípio de execução explicita a disciplina na divisão do trabalho das empresas numa perspectiva estandardizada e especializada.

Com os trabalhos de Elton Mayo em Hawthorne no ano de 1933, emerge a *Escola Psicossociológica*. A racionalidade organizacional do tipo Taylorista, ao circunscrever o comportamento dos operários a uma função mecanicista na execução das tarefas e ao delimitar a existência de recompensas aos restritos limites do *homo economicus* amputou e destruiu as suas virtualidades psicológicas, sociais e políticas, dando origem ao desenvolvimento da conflitualidade no seio das organizações.

Perante o quadro crítico que afecta o fenómeno organizacional da civilização industrial, verifica-se que as abordagens clássicas das organizações não eram totalmente válidas e, em alguns aspectos, revelaram-se incongruentes em termos empíricos e científicos. Os problemas sociais, humanos e políticos, decorrentes da civilização industrial, foram os temas centrais da obra de Elton Mayo, dando origem à *Escola de Relações Humanas*. O factor humano foi objecto de uma função crucial na experiência de Hawthorne⁵. Contrariamente aos pressupostos das abordagens clássicas, com forte enfoque nos aspectos racionais de natureza económica e técnica, esta experiência incidu sobre a observação, experimentação e a análise do factor humano. O método de observação utilizado nesta experiência demonstrou a relevância do factor humano nas organizações, sublinhando que os membros das organizações são mais eficientes e têm mais satisfação no trabalho desde que tenham reconhecimento e importância, isto é, desde que possam participar, decidir e escolher as modalidades de inovação e mudança da organização do trabalho. Para a Escola de Relações Humanas, os membros das organizações são motivados essencialmente por um conjunto de necessidades de natureza social e

⁵ Estudos na área da Psicologia Industrial que foram realizados numa fábrica da Western Electric Company que se destacava pela sua preocupação com a satisfação dos seus empregados e condições laborais.

psicológica, que não pode ser confinado ao *homo economicus* de Taylor, que circunscrevia as suas necessidades vitais ao sistema de recompensas salariais da empresa. Nas organizações, o ser humano é, acima de tudo, um *homo sociologicus* e um *homo psicologicus*, o que quer dizer que aspira ser reconhecido socialmente, interagir harmoniosamente com os seus colegas de grupo, participar e decidir sobre os aspectos relacionados com a execução das tarefas e sentir satisfação no local de trabalho. Em jeito de síntese, entre 1955 e 1960, a satisfação profissional era atribuída às relações humanas, aos aspectos individuais e sociais do trabalho decorrentes dos estudos e experiências efectuadas em Hawthorne, destacando-se a necessidade de valorizar o grupo nas suas relações informais, a motivação alicerçada em recompensas sociais, ao invés de monetárias, e propondo-se a análise das organizações como sistemas sociais.

Em 1959, nasce a *Escola de Desenvolvimento*, com o estudo de Herzberg, Mausner e Snyderman. Os autores defendem que a satisfação dos trabalhadores não se subordina apenas a variáveis-estímulo de ordem diversa, e que se podem manipular, mas da sua personalidade, mais precisamente, das representações que tem das suas relações com o seu papel no trabalho e das possibilidades de desenvolvimento que este papel pode trazer. Segundo Herzberg (1959), a satisfação no trabalho não depende de factores extrínsecos (salário, relações com o superior, colegas, ou com a organização), mas de factores intrínsecos, ligados à natureza das tarefas e às possibilidades que oferecem para a concretização de capacidades de toda a ordem, aceitando o sentido da responsabilidade.

No aprofundamento da sua reflexão, o autor considera que as necessidades extrínsecas não produzem satisfação, apenas ajudam a evitar o descontentamento, já as necessidades intrínsecas do trabalho conduzem ao aumento da satisfação. Assim, diferentes factores podem provocar ou coartar a satisfação, pelo que o oposto da satisfação profissional não é a insatisfação profissional, mas a ausência de satisfação profissional. Nesta lógica de pensamento, Vala, Bastos e Catarro (1983) consideram que os factores extrínsecos se encontram associados à decisão de permanecer na empresa e os intrínsecos à decisão de produzir. Assim, Herzberg na sua *Teoria da Higiene-motivação* (1959), sistematizou os tipos de factores de trabalho, em: intrínsecos, factores de motivação que promovem a satisfação profissional, relacionados com a realização de tarefas, o reconhecimento por essa realização, a natureza do próprio trabalho, a responsabilidade envolvida e o crescimento ou o avanço proporcionados;

e extrínsecos, factores higiénicos que impedem a satisfação profissional, como a política e a administração da empresa, a supervisão, as relações inter-pessoais com o supervisor, colegas e subordinados, as condições de trabalho, o salário, o estatuto e a segurança. No entanto, os factores higiénicos, quando satisfeitos, tendem a eliminar a insatisfação, mas pouco motivam o indivíduo para melhorar o desempenho e aumentar a capacidade no trabalho. Contudo, o enfoque nos factores de motivação permite ao indivíduo crescer e desenvolver-se e muitas vezes aumentar as suas próprias capacidades. Assim, os factores higiénicos afectam a boa vontade do indivíduo enquanto que os motivadores afectam a sua capacidade.

No âmbito da Psicologia Social das Organizações, são conhecidas várias teorias que propõem hipóteses explicativas para a satisfação e rendibilidade dos trabalhadores, das quais as mais conhecidas são, sem dúvida, a Teoria de Maslow (1954) e a de Herzberg (1959) sobre a motivação no trabalho. Em 1982, Gorton adopta uma posição eclética, propondo a aglutinação de diferentes elementos das três teorias (Maslow, Herzberg e Misker), fundamentais da satisfação (Alves, 1991). A *Teoria de Maslow*, considera que a satisfação é determinada pela realização de cinco níveis de necessidades, a saber: necessidades fisiológicas (ar, comida, repouso, abrigo, fome, sede, sexo), necessidades de segurança (protecção contra o perigo ou privação), necessidades sociais (amizade, inclusão em grupos) necessidades de estima (reputação, reconhecimento, auto-respeito, amor) e necessidades de auto-realização (realização do potencial, utilização plena dos talentos individuais e actualização pessoal). O autor baseou o conceito de hierarquia das necessidades humanas em dois princípios: as necessidades humanas podem ser dispostas numa hierarquia de importância, progredindo de uma ordem mais baixa, para uma mais alta das necessidades. Com efeito, as necessidades vão-se manifestando por ordem crescente, progredindo das necessidades fisiológicas até às necessidades de auto realização. Portanto, uma necessidade satisfeita não é factor motivacional.

Num contributo de clarificação e aplicabilidade da Teoria de Maslow, Hampton (1983) considera que o seu interesse para a administração das organizações não foi simplesmente a lista específica de necessidades humanas, mas o que é verdadeiramente importante é o reconhecimento da inabilidade das necessidades já satisfeitas em motivar o comportamento. Assim, os administradores que pretendem motivar os funcionários para o seu esforço no cumprimento das tarefas organizacionais, devem possibilitar, através do trabalho, a satisfação das necessidades não realizadas. Também Megginson

(1986) expressa que esta teoria pode considerar-se como uma orientação geral para os administradores, pois trata-se de um conceito relativo e não de uma explicação absoluta do comportamento humano. O valor da Teoria de Maslow consiste em dar resposta geral aos factores que motivam as pessoas, às suas necessidades básicas e fazer uma ordenação dessas necessidades, representando uma importante contribuição para a actuação sobre o comportamento dos indivíduos e para aplicação de recursos humanos.

Na prossecução de Maslow, que fundamenta a teoria da motivação nas necessidades humanas, a *Teoria de Herzberg* retomou os trabalhos, e interessou-se pela motivação no trabalho e na empresa. O autor inscreve a motivação no ambiente externo e no trabalho do indivíduo, constituindo um contributo valioso na medida em que ajudou os administradores e os gestores a identificar as condições que têm maior probabilidade de fazer acontecer a motivação dos trabalhadores. Em resumo, com esta teoria fica também conhecida a importância da própria tarefa e do seu conteúdo como fonte de motivação, propondo igualmente o enriquecimento de tarefas, o incremento da responsabilidade e dos objectivos inerentes ao cargo, isto é, numa organização as pessoas motivadas agem de forma diferente daquelas que funcionam apenas em consequência de estímulos externos, porque o motivo, o foco de acção, está localizado dentro de cada indivíduo.

A *Teoria de Misker*, que na sua essência constitui uma reformulação da Teoria de Herzberg, sistematiza três tipos de factores na génese da satisfação profissional: factores motivadores (sensação de realização, aumento de responsabilidade e de reconhecimento) de carácter intrínseco, em total consonância com os factores internos de Herzberg; factores de higiene (programa político e administrativo, supervisão, condições de trabalho), e factores ambiente (salário, possibilidade de promoção, oportunidades de risco, relações com superiores e estatuto), estes últimos, de carácter extrínseco, que contribuem mais para a insatisfação do que para a satisfação profissional.

A *Teoria da Expectativa* defende que o processo de motivação deve ser explicado em função dos objectivos e das escolhas de cada indivíduo, devendo ter em consideração as expectativas colocadas com a consecução dos objectivos. Neves (2002), “põe em evidência que o comportamento resulta de escolhas conscientes entre alternativas e que estas (comportamentos selectivos) estão intimamente relacionadas com os processos psicológicos, nomeadamente com a percepção e a formação de atitudes” (p. 32).

O conceito de expectativa está ligado à motivação, dado que as pessoas estão motivadas para trabalhar se existir uma grande probabilidade dos seus esforços conduzirem a um alto desempenho e, por conseguinte, a consequências favoráveis que, por sua vez, serão positivas e atractivas.

O pressuposto desta teoria é que todo o comportamento é uma escolha que se constrói segundo certas probabilidades de expectativas com alto desempenho, levando a uma recompensa, sendo a motivação igual à valência⁶. Um resultado tem valência positiva se for preferido e valência negativa caso não seja preferido ou seja evitado. Um resultado tem valência zero se o indivíduo for indiferente em obtê-lo. O conceito de valência aplica-se aos resultados de primeiro ou segundo nível (Gibson, Ivancevich, Donnelly & Konopaske, 2006). Os resultados de primeiro nível produzidos pelo comportamento estão associados com a realização do trabalho em si (produtividade, absentismo, rotatividade e qualidade de produtividade), os de segundo nível são os eventos (recompensas ou punições) possivelmente produzidos pelos resultados de primeiro nível.

Gonçalves (1995), corrobora Vroom (1964), ao defender o modelo das expectativas em relação ao trabalho, em que a satisfação profissional resultaria do facto dessas expectativas serem satisfeitas. Assim, para um indivíduo estar motivado, ele precisa dar valor ao resultado e à recompensa, precisa acreditar que um esforço adicional conduzirá a um melhor desempenho e, conseqüentemente, resultará em recompensas ou resultados maiores.

A mais recente das abordagens à satisfação profissional encontra a sua compreensão na *Teoria do Stresse e da Exaustão (Burnout)*, formulada por Maslash e Jackson em 1982, caracterizada como um "síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas, levando a uma perda de motivação e eventualmente progride com sentimentos de inadequação e fracasso" (Queirós, 2005, p. 28). As investigações evidenciam múltiplas causas que intervêm neste síndrome, fenómeno potenciado por factores interpessoais, organizacionais e demográficos. É o resultado de um esforço determinante ao lidar com factores geradores de stresse, provocados por um ou mais agentes de "Mobbing" (Assédio Psicológico no Trabalho, um síndrome psicossocial multidimensional),

⁶ Grau de preferência de uma pessoa em relação a determinado resultado.

podendo provocar graves consequências para o indivíduo e para a organização do trabalho.

Na área da saúde, Moreno Jiménez, González Gutiérrez, Garrosa Hernández e Peñacoba Puente (2002), realizaram um estudo sobre desgaste profissional em hospitais, tendo observado que os profissionais com funções de supervisão, evidenciam um maior nível de sobrecarga de trabalho comparativamente com os que não têm essa responsabilidade. De acordo com os autores supracitados, quanto maior for a coesão entre os colegas, menor é a possibilidade dos profissionais sentirem a despersonalização. Segundo Queirós (2005), os profissionais que trabalham por turnos apresentam níveis médios mais elevados de exaustão emocional e física em relação aos que trabalham em regime normal, podendo estar relacionado com a dessincronização dos ritmos biológicos circadianos. Na sua investigação, 42% dos enfermeiros pretendiam mudar de serviço, 29% de instituição e 11% pretendiam mesmo mudar de profissão, decorrente de níveis elevados de exaustão.

Os profissionais de saúde integram um grupo em que a sua profissão tem um desgaste mais rápido, decorrente de um grande número de situações de stresse, de entre as quais, o confronto com o envelhecimento da população aliado a um aumento de processos crónicos, o aumento da exigência dos utentes a quem se prestam cuidados e as precárias condições de trabalho e emprego. Deste modo, depreende-se que novas e complexas exigências se colocam ao indivíduo no seu local de trabalho, não conseguindo este, por vezes, prosseguir com êxito os objectivos a que se propôs, de tal modo que a insatisfação laboral, os sentimentos de ansiedade e a depressão ou mesmo *burnout*, passam a ser uma constante do exercício profissional.

À medida que se avança no conceito de satisfação profissional, desde a adaptação às situações de trabalho até à existência de um estado emocional positivo, constata-se a sua amplitude e abrangência. Da revisão da literatura, de um modo geral a satisfação profissional é um conceito complexo que inscreve diferentes dimensões (pessoal, social, laboral), reflectindo um critério subjectivo, em que uma mesma situação pode causar conforto a um indivíduo e desconforto a outro. Segundo Graça (1999), embora existam algumas diferenças a nível de conteúdo, todas as definições de satisfação se apresentam, nas características essenciais, muito semelhantes. De acordo com o autor, a satisfação profissional pode ser influenciada por forças internas e externas ao ambiente laboral,

sofrer alterações com o decorrer do tempo, ou seja, não ser uma situação estática e um estado unitário, mas sim um conjunto de diferentes facetas, em que algumas provocam mais satisfação ou são mais aceitáveis do que outras. Por outras palavras, pode dizer-se que num determinado momento um indivíduo está mais satisfeito com aspectos particulares e específicos do seu trabalho e que existem diferenças entre indivíduos de uma mesma actividade laboral em relação à sua satisfação com determinados aspectos profissionais. Contudo, a investigação identifica certas áreas ou padrões comuns de satisfação para a maioria dos trabalhadores e assim consegue elaborar e interpretar o perfil de satisfação no trabalho em relação a uma determinada profissão.

2.2. Factores intervenientes na satisfação profissional

As teorias sobre a satisfação organizacional procuram estabelecer o seu enquadramento conceptual e dos factores que a condicionam, que podem ser resumidos, de acordo com Fachada (2000), a factores motivadores intrínsecos ao indivíduo, consequência do sujeito exercer actividades desafiadoras e estimulantes, e a factores extrínsecos dependentes do ambiente, da relação com os colegas e do contexto geral do local de trabalho.

As transformações tecnológicas, científicas e económicas, operadas nos últimos anos, têm provocado algumas mudanças nas estruturas sociais e culturais vigentes, assim como nas organizações e formas de trabalho, dependendo-se que maiores e diversificadas exigências são colocadas ao indivíduo no seu local de trabalho (Llopis i Aliaga *et al.*, 1993).

Na sociedade contemporânea, o trabalho ocorre em organizações, ou seja, num contexto pré-determinado com uma cultura fortemente orientada para a produtividade, e não é pouco frequente que a meta do lucro prevaleça em detrimento da realização e bem-estar dos trabalhadores. Deste modo, a cultura organizacional vigente favorece o processo de personalização ou despersonalização do indivíduo. Dentro de uma organização com valores e normas, a relação do homem com o trabalho deve ser mediada por estratégias, desde a gestão dos sistemas de trabalho e de recompensa até à relação com os colegas, superiores ou mesmo com a família, que visem a motivação e a satisfação no trabalho.

Na procura dos factores subjacentes à satisfação profissional, Gonçalves (1995), refere que a literatura traça um panorama bastante complexo, pelo que de seguida procedemos à sistematização dos principais factores, não obedecendo a uma sequência hierarquizada, uma vez que a maior ou menor intervenção destes factores advém não tanto da actuação isolada mas da interligação entre eles.

O absentismo apresenta-se como um fenómeno em crescimento, inscrito na agenda social e em todas as organizações do mundo. Sendo frequente a leitura de abuso ou fraude sobre a falta ao trabalho, os investigadores equacionam a sua interpretação à luz de condições promotoras que as próprias empresas criam. Como fenómeno de etiologia multifactorial, no caso do sector da saúde tem um impacto negativo na qualidade dos serviços prestados aos clientes/utentes, podendo afectar o nível de saúde das populações servidas pelas instituições deste sector. Na situação específica dos profissionais de enfermagem, acarreta um impacto acrescido não só na produtividade, mas também na desorganização dos serviços, gerando insatisfação e sobrecarga nos restantes colegas, diminuindo, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados (Silva & Marziale, 2000).

Definido como a ausência não prevista ao trabalho (Nascimento, 2003), o absentismo abrange diferentes situações como doença, acidentes, licença de maternidade, atenção a problemas familiares ou formalidades jurídicas, com excepção para a greve, cursos dentro da empresa, repouso semanal, férias e feriados (Bulhões, 1986, cit. por Ramos, 2002b).

Dada a sua natureza multifactorial, apresenta-se como um fenómeno em que não parece existir uma relação precisa de causa-efeito, mas sim um conjunto de variáveis que o podem potenciar. Neste sentido, é percebido como o reflexo do fracasso de socialização por parte dos trabalhadores enquanto membros da empresa (Nunes & Vala, 2002), ou como um mecanismo de defesa face às pressões exercidas (Benavides & Benach, 2001; Robbins, 2002).

De acordo com Watts-Davies (1993), os factores associados ao absentismo laboral podem ser agrupados em factores organizacionais e factores do ambiente de trabalho, e em factores individuais que embora menos estudados, não deixam de ser importantes, pois como refere Neves (2002), o elemento humano é o principal factor responsável

pela competitividade de uma organização. De entre os factores individuais, nomeiam-se os factores de mal-estar, que normalmente ocorrem quando os trabalhadores não utilizam de forma eficaz as estratégias de mediação individuais e colectivas capazes de fazer face às adversidades do contexto profissional (Jesus, 2001; Mendes, 2004; Siqueira & Padovam, 2004). De referir ainda que os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral são vários e podem ser agrupados em: factores relacionados com os serviços, a carreira e as funções desempenhadas; factores relacionados com os aspectos interrelacionais; factores relacionados com as condições de trabalho e a remuneração; factores relacionados com a gestão do tempo para actividades extra-laborais; e factores relacionados com os aspectos de saúde física ou psicoemocional.

Face à dimensão que este fenómeno tem vindo a adquirir, Graça (1999) explicita que o controlo e a redução do absentismo só serão eficazes se o enfoque das acções for, não apenas o indivíduo e o seu grupo, mas também o sistema técnico e organizacional do trabalho, ou seja, o ambiente físico e psicossocial que o rodeia, destacando que à Medicina do Trabalho que se pratica em Portugal tem faltado a abordagem sociotécnica e de baixo-para-cima (*bottom-up* versus *top-down*), ou seja, uma melhor clarificação, uma abordagem global, integrada e participativa.

Outro factor apontado como relevante diz respeito ao grau de importância atribuído à profissão. Francès (1984), de acordo com o *Job Descriptive Index*, verificou que aspectos do desempenho profissional (função no trabalho, superior hierárquico, colegas, salário e possibilidades de promoção), estavam mais presentes entre os indivíduos mais satisfeitos, ressalvando que quanto maior for a importância atribuída a esses factores, maior é a satisfação para com a profissão. O autor explicita ainda que “quando o emprego não é satisfatório, é-se tanto mais feliz quanto menos importância se lhe atribuir” (p. 39), mas a pouca importância atribuída pode levar a uma atitude de negação e a um mecanismo de defesa, de tal modo que “alguns indivíduos tendem a negar a importância do seu trabalho, porque (o trabalho) não proporciona aquilo que esperam dele” (Francès, 1984, p. 40).

Num estudo efectuado por Gonçalves (1998), com dois grupos de enfermeiros-especialistas e graduados, no que respeita ao grau de importância atribuída à satisfação profissional, constatou-se que os enfermeiros especialistas apresentavam maior satisfação profissional. Ainda neste domínio, Werther e Davis (1983) e Davis e

Newstrom (1992), referem que níveis ocupacionais mais elevados ou até especializados tendem a proporcionar níveis de maior satisfação profissional, normalmente também têm remunerações mais elevadas, gozam de melhores condições de trabalho e desenvolvem actividades que exigem uma actualização mais completa das suas habilidades e competências. A este propósito Klinefelter (1993), refere que os enfermeiros posicionados na hierarquia da organização em níveis elevados apresentam maior satisfação no trabalho do que os que se encontram em níveis mais baixos.

Vários estudos sobre a satisfação reforçam que no contexto de trabalho dos profissionais de saúde esta tendência também se verifica, na medida em que profissionais com uma área de especialização explícita têm algumas características que os diferencia dos trabalhadores sem especialização, nomeadamente o controlo sobre o ritmo de trabalho e a autonomia, a possibilidade de escolher ou improvisar, em sentido mais lato, os seus métodos de trabalho (Francès, 1984).

Sant'Anna, Moraes e Kikimnit (2005), num estudo sobre competências individuais, destacaram como factores de maior satisfação os que estão associados ao trabalho em si, nomeadamente a variedade de habilidades, o significado do trabalho e a qualidade do interrelacionamento. Em contrapartida, observa-se que certos factores organizacionais como a comunicação, o modo como a informação circula na organização, a forma como os esforços são valorizados pela organização, o modo como os conflitos são resolvidos e a maneira como as mudanças e a inovação são implementadas na organização, são geradores de insatisfação.

Martins, Robazi e Plath (2007), ao estudarem os factores que contribuíam para a satisfação dos profissionais de saúde num Hospital Escola, chegaram à conclusão que, relativamente ao significado do trabalho realizado, os profissionais estavam bastante satisfeitos com as actividades relacionadas com o próprio trabalho (46% bastante satisfeitos, 54% extremamente satisfeitos). O trabalho é muito importante, pois desponta como algo que complementa e dá sentido à vida, transcende o simples atendimento de necessidades, sejam estas de ordem social ou económica (Lunardi Filho, 1995). No entanto, se for desprovido de significado, sem suporte social, sem reconhecimento ou que constitua uma fonte de ameaça física/psíquica, pode desencadear insatisfação levando ao sofrimento psíquico (Dias, 2001)

Conclui-se, portanto, que o trabalho desafiante, entendido como a diversificação, autonomia e *opinião* de que se reveste o posto de trabalho para possibilitar ao trabalhador o uso pleno das suas capacidades físicas e mentais e a realização de um trabalho estimulante, condiciona a satisfação laboral. No caso específico das profissões de saúde, a satisfação no trabalho é, ainda, influenciada pela selecção do método de trabalho atribuído para os cuidados ao doente que geralmente depende da filosofia e das normas da instituição (Kron, 1984). As implicações da metodologia de trabalho adoptada podem repercutir-se quer na qualidade do desempenho profissional, quer nos cuidados prestados, e segundo Arndt e Huckabay (1983) e Iyer (1995), pode mesmo interferir na motivação e satisfação dos profissionais. Neste âmbito, por exemplo, o enfermeiro chefe pode ter um papel relevante, pois "... a qualidade dos cuidados de saúde, está directamente relacionada e é influenciada pela eficácia do enfermeiro chefe, enquanto gestor de primeira linha" (Moreira, 1996, p. 6).

A equidade na recompensa traduz a necessidade dos sistemas e políticas de promoção e remuneração reflectirem justiça, clareza e transparência e corresponderem às expectativas do trabalhador. O aspecto remuneratório do trabalho é uma das características que se diferencia de outras actividades, como o lazer ou actividades utilitárias não remuneradas. De facto, a remuneração é uma das finalidades do trabalho e a sua influência não é desprezível sobre o grau de satisfação profissional. Numa primeira análise, parece fácil estabelecer uma correlação positiva entre o salário e a satisfação no trabalho. Relembrando a teoria de Maslow, esta correlação positiva ocorreria nos trabalhadores que pertencem a estratos sociais baixos, onde as necessidades de primeiro e segundo nível, fisiológicas e de segurança, não estão suficientemente satisfeitas. O autor explica a satisfação no trabalho como resultado da adequação entre o estímulo e as respostas obtidas pelo trabalhador para a satisfação das suas necessidades.

A remuneração em dinheiro é um incentivo complicado, relacionado com todos os tipos de necessidades e cuja importância é difícil de indagar. Na nossa sociedade, a satisfação das necessidades fisiológicas está associada ao dinheiro, pois não é este em si, mas o que ele pode comprar, que leva à satisfação das necessidades do indivíduo. De acordo com Hespanhol (1996), a capacidade que determinada quantidade de dinheiro tem para satisfazer necessidades, diminui à medida que nos movemos das necessidades fisiológicas ou de segurança para outras de nível superior na hierarquia das

necessidades. Em muitos casos, o dinheiro pode permitir a satisfação das necessidades fisiológicas, de segurança ou até sociais, no entanto, quando a natureza das necessidades está mais relacionada com a auto-estima, reconhecimento ou eventualmente auto-actualização, o dinheiro deixa de ser o instrumento mais apropriado para a sua satisfação.

Os estudos de Rodrigues (2000) e Neves (2001) sobre a satisfação profissional dos enfermeiros na Sub-Região de Saúde de Viseu e num serviço de urgência, evidenciaram, entre outros resultados, insatisfação relativamente às questões salariais. Também Schmidt e Dantas (2006), ao avaliarem a qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, em quatro hospitais brasileiros, concluíram que a remuneração era o factor de menor satisfação, enquanto o estatuto profissional era considerado o factor de maior satisfação. Larraguibel e Paravic (2003), Avendano, Grau e Yus (1995), chegaram às mesmas conclusões em estudos efectuados com enfermeiras de hospitais públicos e privados, ao verificarem que o factor causador de maior insatisfação era a remuneração, em ambos os grupos de enfermeiras, no entanto, as que trabalhavam no sector público, estavam ainda mais insatisfeitas por considerarem a sua remuneração injusta e menor que a merecida. Em relação a esta problemática, Locke (1976) manifesta que o dinheiro é valorizado como um símbolo de realização, reconhecimento, *status*, e como forma de obter outros valores, como segurança e liberdade de acção.

As condições físicas e ambientais de trabalho não só dizem respeito a condições gerais de temperatura, luminosidade e higiene, como a condições mais específicas, de equipamentos e ferramentas de trabalho, condições de segurança, localização e inserção da organização no meio ambiente. Nos locais de trabalho podem existir riscos ambientais, como os agentes químicos, físicos e biológicos, que devido à sua natureza, concentração, intensidade, tempo de exposição e susceptibilidade do trabalhador, podem causar danos à saúde e à integridade física. No que diz respeito às condições físicas de trabalho, Larraguibel e Paravic (2003) concluíram que as enfermeiras dos hospitais privados estavam mais satisfeitas do que as que trabalhavam no hospital público, apresentando diferenças significativas na quase totalidade dos itens da sub-escala aplicada. Identificaram o seu local de trabalho como perigoso e inadequado, referindo que a administração do hospital não se preocupava com as condições em que realizavam as suas tarefas.

Num estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros no Serviço de Urgência e Serviço de Atendimento Permanente, André e Neves (2001) concluíram que em relação às condições físicas de trabalho, os enfermeiros especialistas revelaram mais sinais de insatisfação do que os enfermeiros graduados e chefes, o que poderá ser explicada pela obtenção da formação pós-básica, colocando níveis de exigência mais elevados relativamente à importância destes factores no decorrer do exercício profissional. Noutro estudo sobre a satisfação e motivação em contexto de CSP, a insatisfação dos enfermeiros estava mais ligada a factores exteriores ao trabalho, nomeadamente à segurança no que respeita às condições precárias (espaços físicos e instalações exíguas) em que realizavam o trabalho, às deslocações em viatura (aquando das visitas domiciliárias), e à remuneração (Mártires, 2007).

No que respeita ao relacionamento interpessoal, as relações formais e informais que acontecem entre colegas, superiores e subordinados, possibilitam a construção de uma auto-identidade de relações de cooperação e de ajuda. Segundo Maslow (Ferreira *et al.*, 1996), existem necessidades que, mediante a sua satisfação ou não, condicionam o comportamento humano, de entre as quais a estima e o reconhecimento, relacionadas com a maneira como o indivíduo se avalia através do reconhecimento e respeito dispensados pelos outros. Francès (1984), refere que a satisfação no trabalho está relacionada com as boas relações interpessoais no local de trabalho.

Para Mayo, nos anos trinta, os trabalhadores satisfeitos produziam mais porque a sua satisfação estava fundamentalmente dependente das boas relações entre os colegas de trabalho, da identificação com o grupo e da consonância entre os objectivos pessoais e os da organização (Ferreira, 1999). O ambiente de trabalho é de suma importância na vida das pessoas, sendo que a dinâmica do inter-relacionamento pessoal tem sido identificada como requisito fundamental para o trabalho proporcionar satisfação, bem-estar e saúde (Dias, 2001), e as relações interpessoais e grupais são habitualmente valorizadas de forma positiva. O estudo de Batista, Vieira, Cardoso e Carvalho (2005), revelou a importância das relações no seio da equipa multi-profissional no ambiente laboral, considerada como um elemento motivacional para o desenvolvimento das actividades dos membros da equipa. Estes autores estudaram os factores de motivação e insatisfação dos enfermeiros e concluíram como principais factores de motivação no trabalho: o gostar do que se faz, o bom relacionamento interpessoal, o crescimento

profissional, a relação e compromisso com a população, as condições de trabalho, a carga horária e o ambiente, e ainda o apoio do gestor e a remuneração.

As relações humanas constituem um dos alicerces do trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que não há possibilidade de dicotomizar as dimensões fisiológica e psicológica (Souza & Saleh, 2005). Assim, a harmonia e a estabilidade psicológica no local de trabalho podem ser afectadas pelo grau de satisfação e motivação, sendo necessário investigar e analisá-las constantemente, pois são componentes significativas numa organização (Antunes e Sant'Anna, 1996). A pesquisa de Larraguibel e Paravic (2003), sobre o nível de satisfação laboral dos enfermeiros, revelou também que a interacção com os seus colegas, os supervisores e as actividades que realizavam foram os factores que obtiveram maior grau de satisfação. O estudo de Santos, Bustorf, Ferreira e Bombassaro (2006), realizado em contexto hospitalar, revelou que os profissionais se encontravam satisfeitos em relação aos superiores hierárquicos. Este sentimento em relação ao líder é motivador de satisfação profissional, deve ser reconhecido pelos profissionais, mas isso só acontece se os mesmos se sentirem cuidados.

Num estudo sobre a função do líder em enfermagem, André (1998) concluiu que os enfermeiros chefes adoptavam comportamentos simultaneamente muito voltados para a tarefa e para as relações interpessoais. Duluc (2001), é de opinião de que o estilo do líder tem um impacto sobre o grupo que lidera, concebido como sistema relacional de interdependência. Por sua vez, Francès (1984), refere que a satisfação no trabalho está relacionada com as boas relações interpessoais no local de trabalho.

Ao estudar a problemática da chefia operacional num hospital dos Açores, Ferreira (2001) chegou à conclusão que, relativamente à percepção da predominância do estilo de liderança, os enfermeiros chefes privilegiavam a delegação e, em alternativa, o estilo orientador. Também, Pereira e Fávero (2001) ao estudarem a motivação no trabalho das equipas de enfermagem num hospital brasileiro, chegaram à conclusão que os enfermeiros se sentiam mais motivados para o trabalho quando os seus chefes possuíam traços de personalidade favorecedores de liderança da equipa, valorizavam as relações interpessoais, facultavam orientação e se preocupavam com o bem-estar dos seus colaboradores, ou seja, os factores relacionados com o próprio trabalho e o

relacionamento interpessoal eram os de maior motivação para os enfermeiros. Por seu turno, a organização do trabalho era o factor mais desmotivador.

Cura e Rodrigues (1999), estudaram a satisfação profissional dos enfermeiros e concluíram haver uma maior satisfação com os factores intrínsecos, nomeadamente reconhecimento, responsabilidade e autonomia, e menor satisfação com os factores extrínsecos como o salário, a qualidade da supervisão, o relacionamento com a equipa multiprofissional e as condições de trabalho. Por sua vez, Santos e cols. (2006), concluíram que os enfermeiros estavam desmotivados com os aspectos remuneratórios, as condições de trabalho e de exercício profissional, ao mesmo tempo em que demonstravam motivação nas dimensões, realização pessoal e profissional, relação com os superiores hierárquicos e relação interdisciplinar. É neste sentido que Llopis i Aliaga e cols. (1993), sublinham que a motivação dos profissionais de enfermagem é um elemento importante para a qualidade dos cuidados aos utentes e, por isso, deve conhecer-se todos os seus componentes para poder melhorá-la. Contrariando estes resultados, Dias (2001), no estudo sobre o líder, o liderado e a motivação, realizado em hospitais centrais, concluiu que a motivação no trabalho se centrava primordialmente nas necessidades fisiológicas (pagamentos, folgas, intervalos para refeições, entre outros) e nas necessidades de pertença (reconhecimento, elogios, prémios, promoções, entre outros). Concluiu ainda que o estilo de liderança dos enfermeiros chefes era orientado para a relação interpessoal e que a relação evidenciada entre o estilo de liderança e o controlo situacional implicava a não eficácia do desempenho do grupo de trabalho.

No estudo “A satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS”, Graça (2000) baseou-se no cálculo da discrepância entre expectativas (E) e resultados (R), usou um conjunto de 47 itens agrupados em oito dimensões, em que o resultado de cada item era obtido por E-R numa escala de 0 a 10. Os melhores *scores* foram: segurança no emprego, relação médico de família/utente, autonomia e poder, realização pessoal e profissional, desempenho organizacional, *status* e prestígio. Segurança no emprego, *status* e prestígio foram considerados, simultaneamente, os mais e os menos importantes; os piores referiam-se a: condições de trabalho e saúde, relações de trabalho e suporte social, remuneração. Os médicos em exclusividade estavam menos insatisfeitos; os resultados dos inquéritos sugeriam que a satisfação profissional dos médicos do SNS era independente da região (ou ARS). As mulheres estavam menos

insatisfeitas que os homens e a satisfação era maior naqueles que exerciam outro conteúdo funcional para além das funções de médico.

A investigação realizada no Centro de Saúde São João (Porto) avaliou a satisfação global e satisfação com os diferentes aspectos do exercício da profissão a nível de todos os profissionais. A maioria parece estar satisfeita com o trabalho na sua globalidade. As componentes da satisfação profissional em que os três estratos profissionais declararam maior satisfação dizem respeito aos factores intrínsecos e as componentes da satisfação profissional que declararam provocar mais insatisfação predominam os factores extrínsecos. As questões referidas como causadoras de maior insatisfação foram, nos médicos, a “possibilidade de usar técnicas evoluídas”; nos enfermeiros, “a possibilidade de se integrarem na comunidade”; e nos administrativos e auxiliares de apoio e vigilância, o “vencimento”, todos eles factores extrínsecos da satisfação profissional, com excepção nos enfermeiros, que é um factor intrínseco da satisfação profissional. Nos médicos e nos administrativos e auxiliares de apoio e vigilância, a percentagem de respondentes que declararam estar completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou satisfeitos com o trabalho na sua globalidade era de 100%, enquanto que nos enfermeiros era de 90%. Das componentes da satisfação profissional em que 100% de médicos de família declararam estar completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou satisfeitos e, portanto, provocando *mais satisfação profissional*, doze são factores intrínsecos e quatro são factores extrínsecos da satisfação profissional. Das componentes da satisfação profissional que obtiveram 100% de enfermeiros que declararam estar completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou satisfeitos e, portanto, provocando *mais satisfação profissional*, duas são factores intrínsecos e duas são factores extrínsecos da satisfação profissional. Das componentes da satisfação profissional que obtiveram 100% de administrativos e auxiliares de apoio e vigilância declarando estar completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou satisfeitos e, portanto, provocando *mais satisfação profissional*, oito são factores intrínsecos e quatro são factores extrínsecos da satisfação profissional (Hespanhol, 2008).

Do exposto, depreendemos que a satisfação profissional tem sido objecto de estudo para vários autores, mas da preocupação exposta na literatura, e decorrente da relevância social e da aplicação da investigação, começa a emergir a necessidade de definição de estratégias que, a nível individual e organizacional, possam prevenir ou minimizar o stresse, a exaustão e a insatisfação. Já em 1984, Lucas aponta que “os médicos desta

iniciativa prendem-se de perto com a necessidade de aumentar a produtividade, diminuir o absentismo, reforçar a moral e manter uma saudável força de trabalho” (p. 65). O presente, marcado pela produtividade, competitividade e excelência da qualidade dos produtos introduzidos numa economia de mercado, a que se interliga o conhecimento de que satisfação profissional está relacionada com os resultados do desempenho (Krumm, 2005), devemos tomar consciência da sua importância e não deixar passar a possibilidade de agir no sentido do compromisso com os objectivos e missão das organizações e com o desenvolvimento da profissão.

3. AS ORGANIZAÇÕES E A MUDANÇA ORGANIZACIONAL

No decorrer do último milénio, as mudanças no trabalho e na estrutura organizacional foram vertiginosas: passa-se de uma estrutura rígida e hierarquizada para um trabalho em equipa, os processos organizacionais tornam-se cada vez mais dependentes das novas tecnologias, e é neste enquadramento que ganha sentido a definição, ”conjunto de duas ou mais pessoas inseridas numa estrutura aberta ao meio externo, trabalhando em conjunto e de um modo coordenado para alcançar objectivos” (Ferreira *et al.*, 1996, p. 260).

Já desde Chester Barnard (1933/79) até ao presente que as teorias das organizações reconhecem como condição essencial para o funcionamento efectivo das organizações a vontade dos colaboradores irem para além do que lhes é formalmente requerido (Barnard *et al.*, 1994). Organ (1988) propõe o constructo de comportamentos de cidadania organizacional (*organizational citizenship behavior*) para exprimir as contribuições voluntárias dos indivíduos, relacionadas com a organização, que não são, nem requeridas explicitamente pelos seus papéis formais, nem formalmente recompensadas, mas que contribuem para a eficácia e eficiência organizacional. Nesta linha de pensamento, Katz e Kahn (1978) definem a organização como um sistema de papéis, em que a motivação para os cumprir constitui a base psicológica das funções organizacionais. O desempenho eficaz do indivíduo no contexto organizacional depende, em grande parte, dos processos de aquisição e elaboração de papéis organizacionais.

Os estudos mais recentes sobre papéis organizacionais evidenciam o interesse crescente pelos comportamentos que vão para além das especificações formais do posto de trabalho e dos requisitos da função. De uma forma geral, considera-se que estes comportamentos são necessários para a sobrevivência das empresas em ambientes dinâmicos e competitivos, como aqueles que se vivem nos nossos dias (Peiró & Prieto, 1996). Por conseguinte, “A mudança acompanha o ciclo de vida das organizações. (...) consoante as etapas de criação, crescimento e maturidade, assim se torna necessário implementar mudanças mais ou menos profundas ...” (Ferreira *et al.*, 1996, p. 323), pelo que as mudanças do ambiente externo exigem mais do que a capacidade contínua de resposta rápida e eficaz às rápidas transformações, exigem sobretudo o desenvolvimento de uma capacidade contínua de adaptação e mudança (Robbins, 1999).

As organizações são influenciadas e procuram influenciar as mudanças que ocorrem no seu seio, com as quais estão em constante interacção, quer se trate de mudanças a nível tecnológico, como o aparecimento de novos equipamentos, de mudanças ao nível do comportamento dos clientes, ou a nível sociopolítico nacional e internacional. A mudança organizacional pode visar diversos objectivos, tais como: a aquisição de novas competências tecnológicas ou de gestão por parte dos colaboradores; a adopção de novos comportamentos e atitudes face aos clientes da organização; a reorganização dos processos de trabalho e de coordenação interna, entre outros. Assim, em conformidade com os objectivos, os processos de mudança nas organizações podem estar direccionados para os indivíduos, os grupos ou para a organização no global (Tosi & Carrol, 1982).

Tendo em vista o contexto em transformação das organizações, considera-se a mudança organizacional um aspecto inerente à vida das organizações e necessária para a sua sobrevivência no mercado global em permanente mutação, que as palavras de Weick e Quinn (1999) sublinham “a mudança nunca começa porque ela nunca pára” (p. 381).

Considerando que o capital humano é o motor de evolução das organizações, Graça (1993), parafraseando Crozier e Friedeberg, refere que “mudar é actuar simultaneamente sobre as estruturas e sobre as pessoas, não é mudar as pessoas mas sim mudar com as pessoas, através delas e por vezes contra algumas pessoas” (p. 17). Reforçam ainda os autores que “a mudança nunca é obra de um génio solitário, mas sim

um processo de aprendizagem colectivo: novos valores e regras, novas formas de organização e de relação no trabalho” (p. 17).

A implementação e gestão de processos de mudança nas organizações têm por base pressupostos explicitados por alguns autores. Segundo Ferreira e cols. (1996), Lewin na década de 50, descreveu o processo de mudança enquadrado em três fases, apresentadas no quadro 4.

Quadro 4. Fases da mudança organizacional

Descongelamento	Mudança	Recongelamento
<p>Existe diminuição da força de valores, atitudes ou comportamentos anteriores, a partir da percepção de novas experiências ou informações que desafiam aqueles, traduzindo-se numa insatisfação com o estado actual da situação. Nesta fase existe motivação para a mudança, marcada pela actuação de três mecanismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Desconfirmação; . Indução de culpa e ansiedade; . Criação de segurança psicológica. 	<p>A organização ou o grupo muda para um novo nível, o que envolve o desenvolvimento de novos valores, atitudes, comportamentos. Esta mudança é um processo sócio-cognitivo, afectivo e comportamental, e não se verificará realmente se não existir motivação prévia das pessoas ou dos grupos para adquirir nova informação que permita ver a situação de um modo diferente. Nesta fase ocorrem dois processos:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Identificação com novo modelo; . Perscrutação da envolvente. 	<p>Consiste na estabilização das mudanças efectuadas, as quais são integradas nos processos operacionais normais da organização ou grupo. Nesta fase dão-se dois processos:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Recongelamento pessoal, que permite às pessoas verificar se os novos comportamentos vão de encontro aos seus valores; . Recongelamento relacional, que permite verificar se as outras pessoas aceitam os novos comportamentos resultantes da mudança.

Porras e Robertson (1992), referem que a mudança organizacional pode ser perspectivada conforme o modo como é iniciada e o grau em que as condições da organização são alteradas. Assim, pode ser ou não planeada, conforme é estruturalmente desencadeada do interior da organização ou é requerida por factores externos aos quais a organização procura reactivamente adaptar-se. Independentemente do seu planeamento, a mudança pode ainda ser considerada de primeira ou segunda ordem. A primeira é linear e contínua, não implica mudanças fundamentais nas pressuposições dos funcionários sobre o ambiente e sobre os aspectos que podem causar melhoria na empresa. A segunda é uma mudança multidimensional, descontínua e radical, que envolve o reenquadramento de pressupostos sobre a empresa e o ambiente em que ela se insere (Robbins, 1999).

Conjugado o modo como é desencadeada e o grau de mudança pretendido podem identificar-se quatro tipos de mudança organizacional: incremental, transformacional, evolucionária e revolucionária (figura 2).

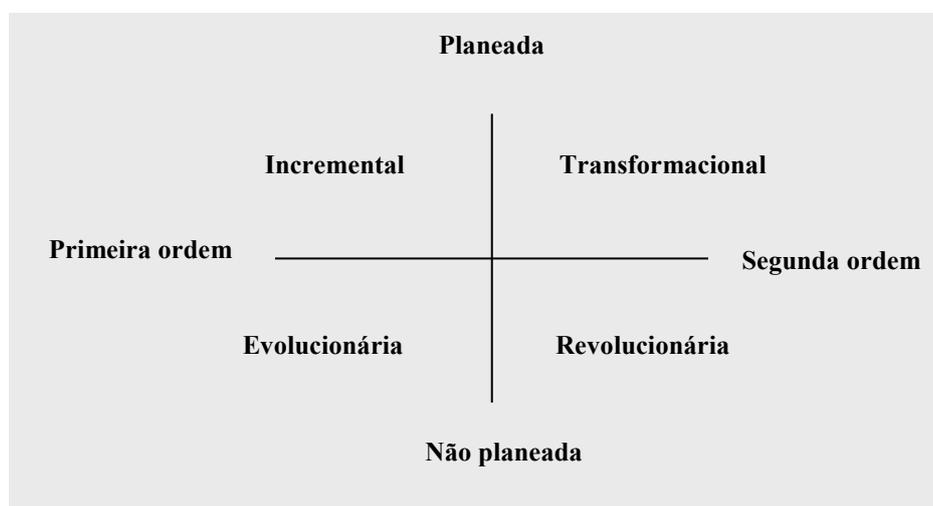


Figura 2. Tipos de mudança organizacional

(Adapt. de Ferreira *et al.*, 1996)

De acordo com Ferreira e cols. (1996), as mudanças organizacionais podem ser descritas da seguinte maneira: *i) Incremental*, quando se trata de realizar mudanças planeadas de primeira ordem, nas quais, por exemplo, se inscrevem o processo normal de actualização do funcionamento da organização; *ii) Transformacional*, ocorre quando existem mudanças no clima e na cultura da organização com alterações profundas do processo de gestão, de estruturação e de concepção do trabalho segundo um plano previamente elaborado; *iii) Evolucionária*, constata-se quando o crescimento da empresa implica a implementação de mudanças não planeadas, como forma de corresponder às necessidades dos clientes ou à pressão dos concorrentes; *iv) Revolucionária*, verifica-se quando a organização está incondicionalmente obrigada a alterar radicalmente os princípios que a orientam, com mudanças gerais e profundas quer ao nível da estrutura, quer do funcionamento global e estratégico.

Em síntese, a sobrevivência e o crescimento das organizações estão dependentes da implementação de mudanças do tipo evolucionário e revolucionário não planeadas antecipadamente. No entanto, a mudança incremental continua a ser a mais frequente, menos abrangente e tem um impacto menos traumático sobre a organização como um

todo. Este tipo de mudança está particularmente ligado à introdução de novos produtos, novas tecnologias e novos sistemas e processos (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 1999).

Os objectivos da mudança organizacional condicionam o nível em que esta deve ser realizada e delimitam os seus efeitos sobre a vida da organização (Tosi & Carroll, 1982). Assim, de acordo com os autores a mudança organizacional pode ser agrupada em quatro categorias: *i) Mudança de estrutura*, envolve a modificação da estrutura da organização, ou seja, da forma como as tarefas estão divididas, agrupadas e coordenadas e, neste caso, pode despoletar alterações nas chefias dos vários departamentos e eliminação das camadas verticais de forma a tornar a organização menos burocrática e a acelerar o processo de tomada de decisão; *ii) Mudança de tecnologia*, compreende as modificações quanto à forma como o trabalho é realizado e aos métodos e equipamentos utilizados. Actualmente, as grandes mudanças tecnológicas envolvem geralmente a introdução de novos equipamentos, ferramentas ou métodos, automação ou informatização; *iii) Mudança de espaço físico*, que compreende as alterações do espaço físico do local de trabalho, não deve ser feita de forma aleatória, a administração considera com cuidado as exigências de trabalho, os requisitos de interacção formal e as necessidades sociais quando toma decisões sobre configurações de espaço, decoração, colocação de equipamento e similares; *iv) Mudança de pessoas*, relacionado com as mudanças nas atitudes, habilidades, expectativas, percepções e comportamentos dos colaboradores (Robbins, 1999).

Também as organizações de saúde não são alheias aos processos de mudança, procurando modernizar-se através da implementação de mudanças abrangentes e muitas vezes complexas nos sistemas tecnológico, físico, social e estratégico. De um modo geral, as mudanças tecnológicas dizem respeito à modernização dos equipamentos e programas informáticos, com a aquisição de aplicações informáticas específicas, assim como à introdução de equipamentos de produção com incorporação de novas tecnologias de informação. A reestruturação do espaço físico tem sido objecto de muitas mudanças e investimento financeiro, em resultado da modernização tecnológica e das novas estratégias de marketing que procuram responder às exigências dos clientes em termos de qualidade do ambiente em que são atendidos. As mudanças a nível social referem-se ao esforço para melhorar os processos de comunicação interna, adoptando uma cultura organizacional focalizada nos valores de qualidade de serviço e auto-

responsabilização, e a nível estrutural as alterações são visíveis na organização das unidades de trabalho (Carmo, Passos & Caetano, 2001).

De facto, tem sido entendimento que a adopção do papel e a permanência no posto de trabalho dependem, fundamentalmente, do êxito do processo de recrutamento e selecção, correspondendo aos modelos tradicionais da organização burocrática do trabalho, baseados no pressuposto de que o ambiente é estável e previsível e de que se pode considerar apenas as características do trabalho. Este modelo tem sido objecto de crítica quer devido às consequências negativas para o indivíduo, quer devido à rigidez com que são definidos os papéis e a falta de flexibilidade para a sua adaptação a ambientes dinâmicos e instáveis (Peiró & Prieto, 1996), com os resultados de alguns estudos a apontarem para a necessidade de clarificar a natureza multidimensional do comportamento de cidadania organizacional e de melhorar a sua operacionalização. É que para além dos comportamentos exigidos para o funcionamento de uma organização, existem os comportamentos inovadores e espontâneos, que não são especificados na descrição do papel e que implicam um rendimento superior ao exigido (Katz & Kahn, 1978).

Podemos constatar que a sustentabilidade do Sistema de Saúde e de modo particular a reforma em curso dos CSP assenta, entre outros factores, na mudança, desenvolvimento e competências subjacentes à motivação, à competência técnica e à capacidade de desenvolvimento profissional dos profissionais de saúde. É imprescindível ter em conta que os profissionais de saúde que abraçam o novo modelo de organização dos cuidados de saúde, tenham condições pessoais e profissionais que lhes permita enfrentar os desafios com confiança, segurança e satisfação, no sentido de compaginar o formalmente exigido com o verdadeiro processo de mudança na prestação de cuidados de saúde.

3.1. A Gestão dos Cuidados de Saúde Primários: o caso particular das USFs

Os sistemas de saúde e os determinantes da sua evolução são de uma grande complexidade, com a sua evolução emersa num jogo de pressões contínuas de interesses e pontos de vista distintos. Para a governação da saúde, o desafio centra-se em conseguir compatibilizar a promoção e a protecção da saúde das pessoas, com a necessidade de incentivar um crescimento económico e social sustentável da comunidade (Sousa, 2009).

De forma a obter mais saúde para todos, o sistema de saúde português tem apostado a sua intervenção em duas estratégias: centrar as intervenções na família e no ciclo de vida e abordar os problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença (MS, 2004).

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como pela exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação dos CS, com especial ênfase para a criação de USFs (www.mcsp.min-saude.pt).

No entanto, nem todas as USFs estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional, evidenciando-se diferenciação quanto ao modelo retributivo, aos incentivos dos profissionais, ao modelo de financiamento, bem como ao respectivo estatuto jurídico (Modelos A, B e C). De acordo com Cabral (2001), a contratualização num “quase-mercado” público pressupõe: *i)* do lado da Agência, o conhecimento das necessidades a atender e de um preço “justo” para negociar; *ii)* do lado dos prestadores, o conhecimento das suas “funções de produção” para negociar justamente na celebração do contrato.

O *modelo A* corresponde, na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou quando não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho

técnico-científico em saúde familiar. O *modelo B* é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes. Por fim, o *modelo C* tem como característica a celebração de um contrato-programa. Podem ser equipas do sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio.

Durante os últimos três anos, a Reforma dos CSP em curso identificou os processos de contratualização com as novas USFs como um ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. Aliás, é consensual entre os promotores da reforma, que não seriam implementadas estas novas unidades funcionais sem que fosse negociado previamente com a administração, as suas metas em relação ao acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico.

Se, por um lado, a contratualização terá inerente um maior sentido de exigência e de responsabilização dos prestadores, também terá implicações claras para com a administração em saúde, ou seja, esta terá que ter capacidade para identificar as necessidades em saúde, assumir a diferença, avaliar, responsabilizar e diferenciar as boas práticas (www.mcsp.min-saude.pt).

A metodologia de contratualização concebida para as USFs de *modelo A*, em funcionamento desde 2006, já contemplava a existência de incentivos institucionais para aplicação nas respectivas USFs. O DL n.º 298/2007, de 22 de Agosto, vem consagrar e ampliar esta possibilidade para todas as USFs, independentemente do modelo em que se enquadrem.

Este mesmo decreto prevê a atribuição de incentivos financeiros aos profissionais das USFs enquadradas no *modelo B*, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das actividades específicas. Estas duas modalidades de incentivos, institucionais e financeiros, criam condições para o desenvolvimento de ambientes promotores da motivação dos profissionais, ao atribuir às equipas melhoria nas unidades de saúde, nomeadamente no contexto físico do seu exercício, no reforço de

competências decorrente da facilitação na acessibilidade a acções de formação, e ao atribuir aos profissionais recompensas associadas ao desempenho profissional.

A matriz a utilizar na contratualização com as USFs é constituída por 49 indicadores, agrupados em quatro grandes áreas: acesso (4 indicadores), desempenho assistencial (8 indicadores), qualidade percebida (1 indicador) e desempenho económico (2 indicadores), e que de modo a flexibilizar e simplificar o processo, deverão ser contratualizados 15 indicadores, dos quais 13 são comuns a todas as USFs, e 2 indicadores acordados, de entre os que se encontram validados pela Administração Central do Sistema de Saúde.

A monitorização dos indicadores deverá ser feita trimestralmente, de forma automatizada, isto é, sem trabalho adicional para os elementos da USFs. Os indicadores que avaliam a satisfação dos utilizadores e dos profissionais, pressupõem a aplicação de questionários, modelo nacional, de modo a permitir comparações no território nacional, cuja responsabilidade de execução é da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde. As USFs deverão elaborar um relatório de actividades, focalizado no compromisso assistencial contratualizado e concretizado, a remeter ao Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde, no qual explicitam as razões pelas quais algumas metas não foram alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas. As USFs deverão disponibilizar-se para prestar a colaboração necessária à realização de auditorias e acções de acompanhamento que venham a ser determinadas pela Administração Regional de Saúde ou outras.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, estabelece como uma das orientações estratégicas para a gestão da mudança “Reorientar o Sistema de Saúde”, referindo que os investimentos previstos no sistema de saúde deverão contemplar ou providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo. Para tal, a mudança encontra-se focalizada, essencialmente, na Reforma Hospitalar (centrada no processo de empresarialização dos hospitais do SNS e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e na Reforma dos CSP, que integra a reconfiguração dos CS, a extinção das Sub-Regiões e a reestruturação das ARS (MS, 2004).

O sistema de saúde português, como o de outros países, tem-se desenvolvido na lógica da organização e financiamento da oferta de serviços de saúde à população, com uma forte base social de apoio no sistema político e nas profissões da saúde. De salientar que o SNS é definido, pelo menos no plano normativo, como sendo universal, geral e tendencialmente gratuito. No entanto, é cada vez mais evidente que esta aproximação não permite fazer face aos importantes desafios de acesso, qualidade, efectividade e eficiência que os sistemas de saúde têm que enfrentar de uma forma cada vez mais crítica. Independentemente do tipo de evolução do sistema de saúde português, este desempenhará sempre um papel fundamental na saúde das populações, devendo por isso apostar: *i*) na qualidade da interface com a comunidade (relação cidadão/profissionais de saúde, acesso do cidadão aos cuidados de saúde); *ii*) no compromisso com resultados (antecipação e avaliação dos resultados: gestão clínica e gestão do desempenho); *iii*) na liderança, na inovação (gerir a informação, conhecimento e comunicação); *iv*) e na missão de serviço público (ética, integração, qualidade) (Sousa, 2009).

Em nota de reflexão, devemos ter presente que “os sistemas de saúde devem contribuir para a equidade e justiça social” (WHO, 2008), adaptando-se a novos desafios em saúde, marcado por um mundo globalizado, urbanizado e envelhecido, num desígnio permanente de uma sociedade com maior equidade.

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

Nesta parte, pretendemos descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação, iniciando-se pela justificação e o tipo de estudo, a que se segue os objectivos de investigação, a população, as variáveis em estudo, a descrição do instrumento de recolha de dados, bem como os procedimentos que lhe estão subjacentes e, por fim, as considerações de natureza ética e o tratamento estatístico dos dados.

A definição do método de pesquisa diz respeito ao conjunto de operações mentais e técnicas através das quais se obtém o conhecimento (Gil, 1995). Desta forma, o tema e o problema de investigação permitem antever o método a utilizar e o tipo de estudo a efectuar. Assim, o método científico apresenta-se como “...uma orientação que facilita ao investigador o planeamento da sua investigação, a formulação de hipóteses, a realização de experiências e a interpretação dos seus resultados, ou seja, representa a estratégia da investigação a adoptar” (Barañano, 2004, p. 22).

Para operacionalizar estas etapas, impõe-se a formulação da questão de investigação, despoletada “...sempre pela definição de um problema” (Almeida & Freire, 1997, p. 37), que constitui uma preocupação que estimula o interesse do investigador e o incita à investigação, pelo que formulámos como problema a avaliação da satisfação profissional dos médicos, enfermeiros e secretários clínicos que integram as USFs, da ARS Norte, IP no ano de 2007 a 2008, como forma de perspectivar a importância desta componente da actividade profissional no âmbito dos CSP, cuja reforma em curso, ainda que muito recente, esboça os contornos de uma reforma inovadora, alicerçada na capacidade organizativa e de empreendedorismo dos profissionais do terreno, cujo

caminho já percorrido foi apelidado de “*acontecimento extraordinário*”.

1.1. Justificação do estudo

Novos problemas de saúde e novos riscos emergem constantemente num serviço de saúde cada vez mais complexo e pautado por uma preocupação crescente com a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos. Concomitantemente, as tecnologias de informação aumentam em poder e complexidade e as expectativas dos cidadãos estão em constante crescimento. É face a este cenário que, apesar de persistir no SNS “... de forma crónica, três problemas interrelacionados e a necessitar de resolução: politização excessiva, centralização excessiva e falta de sensibilidade e receptividade para os problemas individuais e das comunidades” (Pisco, 2006, p. 138), se enceta a reforma dos CSP, caracterizada pela adesão voluntária de profissionais e utilizadores, trabalho em equipa multidisciplinar, obrigatoriedade de sistemas de informação, regime remuneratório sensível ao desempenho, regime de incentivos, contratualização e avaliação. Na perspectiva de Pisco (2006), e na medida em que os “os serviços de saúde são organizações muito complexas e as reformas devem ser levadas a cabo com precaução, na base da experimentação e da avaliação” (p. 139), qualquer situação experiencial, na sua fase inicial, requer processos de monitorização. É no âmbito da avaliação periódica deste percurso, que se inscreve o objectivo primordial deste estudo, no que concerne à satisfação dos profissionais de saúde que, de forma voluntária, participam na acção prioritária da reforma dos cuidados de saúde, mais especificamente na implementação das USFs, que têm por missão a responsabilidade de manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas. Ao subscrevermos a perspectiva de que as reformas se fazem com a participação dos seus actores e ao constatarmos que a insatisfação profissional pode acarretar consequências graves (deterioração da relação profissional com o utente, com os colegas e restantes profissionais, maiores custos, menor disponibilidade para o CS; aumento de stresse, maior vontade de abandonar a profissão) pareceu-nos pertinente e oportuno estudar esta temática, no sentido de que os resultados obtidos possam ser incorporados no processo de aperfeiçoamento e melhoria da reforma encetada.

As USFs, pequenas equipas constituídas por três a oito médicos de clínica geral e familiar, igual número de enfermeiros de família e secretários clínicos, abrangem uma população entre quatro e catorze mil indivíduos, e são tipificadas como unidades funcionais do CS com autonomia organizativa, funcional e técnica, com um sistema retributivo sensível ao desempenho, que permite premiar e recompensar a produtividade, a acessibilidade e, sobretudo, a qualidade dos cuidados. Estamos perante mudanças significativas, senão até estruturantes, no contexto dos CSP, passando-se de uma estrutura rígida e hierarquizada para o trabalho em equipa multidisciplinar, que exige maior capacidade e dinâmica organizacional, ou seja, as mudanças do ambiente externo exigem da organização a capacidade contínua de resposta rápida e eficaz a estas transformações, reforçada nas palavras de Robbins (1999) “É preciso desenvolver uma capacidade contínua de adaptação e mudança” (p. 407).

1.2. Tipo de estudo

Tendo por base os objectivos e as características do estudo, optámos por um estudo exploratório, descritivo e transversal. De acordo com Fortin (2009), é um estudo exploratório, pois pretende aprofundar o conhecimento sobre uma determinada realidade e produzir essencialmente descrições sobre os eventos investigados sugerindo explicações e hipóteses causais; descritivo, uma vez que “visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação” (p. 34), e transversal, porque se prevê um único momento para a recolha de dados.

De acordo com as suas características, o método quantitativo foi o que melhor se coadunou à compreensão do fenómeno a estudar, que segundo Reidy e Mercier (2003) “... constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo, visando assegurar uma representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizados a outras populações” (p. 322).

1.3. Objectivos do estudo

Tendo em conta que qualquer investigação se inicia pela formulação de um problema que orienta, de acordo com Fortin (2003a), para a formulação da questão de investigação “... que dita o método apropriado ao estudo de um fenómeno” (p. 134). A partir do momento em que é formulada serve de orientação, pois de acordo com Polit e Hungler (1995), dá direcção à obtenção e interpretação dos dados recolhidos, como também aos objectivos que se pretende prosseguir, que neste estudo foram:

- Caracterizar os profissionais das USFs da ARS Norte, IP, quanto a variáveis socioprofissionais;
- Determinar o nível de satisfação com a prática profissional dos elementos que integram as USFs da ARS Norte, IP;
- Avaliar o nível de satisfação com a prática profissional face a: Segurança com o Futuro da Profissão; Apoio da Hierarquia; Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado; Condições Físicas de Trabalho; Relação com Colegas; Satisfação Profissional;
- Diferenciar o nível de satisfação com a prática profissional por sexo, idade, profissão, tipo de vínculo e tempo médio de exercício profissional.

Foi com base nestes objectivos que pretendemos prosseguir o desenvolvimento da investigação, assegurando uma compreensão mais ampla sobre a satisfação profissional dos diferentes profissionais que integravam as USFs da ARS Norte, IP, contribuindo deste modo para promover a gestão em cuidados de saúde.

1.4. População

A realização de um estudo de investigação pressupõe a recolha de dados num determinado conjunto de indivíduos que partilham características comuns, ou seja, a população, “... conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 2003b, p. 373).

De acordo com Polit e Hungler (1995), "a população alvo é toda a população em que está interessado o pesquisador (...), toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios" (p. 143).

A população-alvo deste estudo foi composta por todos os profissionais de saúde que exerciam funções em USFs da ARS Norte, IP, há pelo menos um ano, perfazendo um total de 305 participantes dos quais 104 médicos, 116 enfermeiros e 85 secretários clínicos (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população-alvo e respondente por USF

Unidades de Saúde Familiar	Nº elementos da População-alvo	Nº elementos da população respondente	% elementos da população respondente	Nº elementos da população respondente por grupo profissional		
				Médicos	Enfermeiros	Secretários Clínicos
S. Bento	13	13	100%	4	5	4
Ao Encontro da Saúde	18	13	72,2%	3	7	3
Vimaranes	23	14	60,8%	2	7	5
Gualtar	24	18	75,0%	3	8	7
Valbom	23	16	69,5%	2	8	6
Ponte Velha	22	18	82,0%	8	7	3
Carandá	21	16	76,1%	4	6	6
Afonso Henriques	24	13	54,1%	4	8	1
Alfena	22	8	36,3%	0	8	0
Pevidem	23	16	69,5%	2	9	5
Fénix	25	17	68,0%	4	9	4
Duovida	24	11	46,0%	0	9	2
Monte Crasto	20	19	95,0%	7	7	5
Uarcos	23	15	65,2%	2	7	6
Total	305	207	67,8	45	105	57

Na medida em que a participação no estudo era voluntária, a população respondente ficou constituída por 207 participantes, com uma variação de taxas de resposta, desde um valor mínimo de 36,3% e um valor máximo de 100%, em 14 USFs, que representa 67,8% dos profissionais de saúde, resultando numa amostra não intencional e aleatória. É importante referir que a percentagem de participantes foi considerável em todas as USFs, com excepção da USF de Alfena. Do total de participantes no estudo, verificámos uma maior adesão por parte dos enfermeiros (105-90,5%), seguindo-se o

grupo dos secretários clínicos (57-67,05%) e, por fim, o grupo profissional dos médicos (45-43,26%).

Quanto ao tempo médio de exercício profissional em USFs, constatámos que em média foi de 1,4 anos, com um tempo mínimo de 1 ano e máximo de 3 anos (tabela 2).

Tabela 2. Tempo de exercício profissional nas USFs

	Nº de profissionais	Tempo mínimo	Tempo Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo de exercício profissional nas USFs (anos)	207	1,0	3,0	1,4111	0,56742

Quanto ao tempo médio de exercício profissional dos diferentes grupos profissionais, verificámos ser superior (24,44 anos) no grupo dos médicos, a que se seguiu o grupo de secretários clínicos (14,28 anos), e com um valor muito próximo o grupo profissional dos enfermeiros (13,16 anos).

1.5. Variáveis do estudo e operacionalização

A identificação e operacionalização de variáveis são um suporte importante em qualquer estudo de investigação, por permitir a determinação do rigor e explicitação das mesmas. Uma variável é “...tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos, segundo os casos particulares ou as circunstâncias” (Gil, 1995, p. 36), e de acordo com Fortin, Côté e Vissandjée (2003) as variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação...” (p. 36).

As variáveis devem ser definidas com clareza e objectividade e de forma operacional, para impedir comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa. São elementos fundamentais de um trabalho de investigação, logo torna-se imprescindível defini-las, caracterizá-las e distingui-las. Polit e Hungler (1995) definem variável como “a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente” (p. 26), que em função dos objectivos e das questões formuladas, e na perspectiva de Fortin e cols. (2003), podem ser consideradas de três tipos:

- 1) *Variáveis atributo*, que correspondem às características dos sujeitos e que são obtidas para descrever a amostra, e que foram nomeadamente: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, experiência profissional em CSP e CSD, tipo de vínculo, incentivos ao desempenho profissional, processo de iniciação à constituição da USF e relação que estabelece com os elementos da equipa da USF.
- 2) *Variáveis dependentes*, aquelas que têm interesse para a compreensão e explicação do problema e que neste estudo foi a Satisfação dos Profissionais, avaliada através do Questionário de Satisfação com a Prática Profissional (Pais Ribeiro & Maia, 2002), nas seguintes dimensões: Segurança com o Futuro da Profissão; Apoio da Hierarquia; Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado; Profissão; Relação com Colegas e Condições Físicas de Trabalho.
- 3) *Variáveis independentes*, introduzidas pelo investigador para medir o efeito na variável dependente e que neste estudo foram: sexo, idade, grupo profissional, tipo de vínculo profissional, tempo médio de exercício profissional.

Outro aspecto na condução da investigação diz respeito à operacionalização das variáveis em estudo, ou seja, dos atributos ou valores necessários para a compreensão do facto ou fenómeno a ser estudado. A este propósito, Fortin (2009) refere que as variáveis devem ser definidas não somente de forma conceptual, mas também de forma operacional, com vista a permitir a sua medida, pelo que as variáveis deste estudo foram operacionalizadas e remetidas para o (*Apêndice I*).

1.6. Instrumento de recolha de dados

Num estudo de investigação, são vários os instrumentos que permitem efectuar a recolha de dados, cabendo “ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, Grenier & Nadeau, 2003, p. 240).

Tendo em conta a metodologia científica, os objectivos do estudo e os autores referidos anteriormente, utilizámos o questionário como instrumento de recolha de dados. Este foi constituído por uma série de questões ordenadas para serem respondidas por escrito sem

a presença do investigador. Este tipo de instrumento oferece a possibilidade de anonimato total, e a ausência do investigador garante a não tendenciosidade nas respostas. Pode definir-se questionário como uma técnica de investigação, composto por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões e expectativas (Gil, 1995).

A versão final do questionário foi o resultado da consulta e análise da bibliografia relacionada com a área da investigação, bem como de outros questionários utilizados em áreas de investigação semelhantes. O questionário, composto por duas partes, incluía 37 questões (*Apêndice II*), que passamos a descrever:

- A primeira parte era constituída por 13 questões: as primeiras 6, destinadas a caracterizar a população do estudo; as questões da 7 à 12, tinham por finalidade obter dados sobre as USFs no que diz respeito ao tipo de incentivos, processo de iniciação, anos de exercício dos diferentes profissionais, número de elementos que a compõem, relação que os profissionais estabelecem com o coordenador da equipa, colegas de profissão e utentes; a questão aberta, nº 13, pretendia conhecer a opinião dos profissionais das USFs sobre a reforma dos CSP em curso.
- A segunda parte integrava uma Escala de Satisfação com a Prática Profissional cedida pelo autor (Pais Ribeiro), após formalização de pedido de autorização para a sua utilização (*Apêndice III*). Composta por 6 dimensões que traduzem o nível de satisfação dos profissionais em relação a: Segurança com o Futuro da Profissão; Apoio da Hierarquia; Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado; Condições Físicas de Trabalho; Relação com Colegas; Satisfação Profissional, cuja opinião foi emitida através de um único posicionamento numa escala ordinal de 6 posições de resposta entre “discorda totalmente” e “concorda totalmente”, com a seguinte pontuação: ”discorda totalmente” atribuído o valor 1; “discorda bastante” atribuído o valor 2; “discorda parcialmente” atribuído o valor 3; ”concorda parcialmente” atribuído o valor 4; “concorda bastante” atribuído o valor 5; “concorda totalmente” atribuído o valor 6; quando não responde foi atribuído o valor 0, sendo que uma nota mais elevada significa mais satisfação.

Escala ordinal adoptada no estudo

Discorda totalmente	Discorda bastante	Discorda parcialmente	Concorda parcialmente	Concorda bastante	Concorda totalmente
1	2	3	4	5	6

Na “Escala de Satisfação com a Prática Profissional” existiam itens invertidos, correspondendo às afirmações 1, 2, 3, 10, 20, 21, 24, com a seguinte pontuação: ”discorda totalmente” atribuído o valor 6; “discorda bastante” atribuído o valor 5; “discorda parcialmente” atribuído o valor 4; ”concorda parcialmente” atribuído o valor 3; “concorda bastante” atribuído o valor 2; “concorda totalmente” atribuído o valor 1.

Escala ordinal dos itens invertidos adoptados no estudo

Discorda totalmente	Discorda bastante	Discorda parcialmente	Concorda parcialmente	Concorda bastante	Concorda totalmente
6	5	4	3	2	1

Para uma melhor sistematização da “Escala de Avaliação da Satisfação com a Prática Profissional”, apresentamos em quadro as dimensões que a compõem bem como os números das afirmações correspondentes. O número de indicadores para cada dimensão é superior nas dimensões “Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado” e “Satisfação com a profissão”.

Quadro 5. Dimensões, indicadores e afirmações da Escala de” Satisfação com a Prática Profissional”

Dimensões	Indicadores	Perguntas
Segurança com o futuro da profissão	3	5, 8, 13
Apoio da hierarquia	3	4, 11, 19
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	5	1, 6, 15, 18, 21
Condições físicas de trabalho	3	9, 17, 23
Relações com os colegas	4	7, 20, 22, 24
Satisfação com a profissão	6	2, 3, 10, 12, 14, 16

A escala para avaliação da Satisfação com a Prática Profissional está validada para a população portuguesa, demonstrando possuir boas características psicométricas, que neste estudo evidenciou uma consistência interna (*alfa de Cronbach*) de 0.911 com uma variância explicada de 37,22%.

1.7. Procedimentos na recolha de dados

Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais, e existem certos limites que não devem ser ultrapassados, o respeito pela pessoa humana e a protecção ao seu direito de viver livre e dignamente. “Se um estudo pelos seus métodos de experimentação ou de recolha de dados pelos conceitos estudados ou pela publicação de resultados, viola este direito ou é susceptível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável, tanto para os sujeitos como para os próprios investigadores ou para a comunidade na globalidade” (Fortin, Prud’Homme-Brisson & Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 113).

Foi nossa preocupação respeitar os princípios éticos relacionados com a investigação, pelo que foi necessário efectuar um conjunto de procedimentos para a oficialização e cumprimento dos requisitos que lhe estão subjacentes e que compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase, foi solicitada autorização ao coordenador da ARS Norte, IP (*Apêndice IV*) para a aplicação do instrumento de recolha de dados aos profissionais de saúde que integravam as USFs a funcionar há pelo menos um ano. Após a referida autorização (*Apêndice IV*), foram contactadas telefonicamente as enfermeiras responsáveis de cada USF para solicitarmos a sua colaboração na distribuição dos questionários pelos diferentes profissionais das USFs.

Depois de preenchidos os questionários, foram recolhidos pela enfermeira responsável de cada USF, e colocados num envelope para serem remetidos pelo correio.

O respeito pelos procedimentos éticos foi garantido pela participação voluntária, após informação escrita sobre os objectivos do estudo e garantia da confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.

A recolha dos dados processou-se no período compreendido entre Fevereiro e Junho de 2009.

1.8. Tratamentos dos dados

Os dados obtidos foram tratados informaticamente, utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 13.0, ambiente Windows, para a elaboração da base de dados e da folha de cálculo. Utilizámos a estatística descritiva, com medidas de tendência central (média, moda e mediana), e medidas de dispersão (desvio padrão).

Neste estudo recorreremos à estatística descritiva e estatística inferencial. A estatística descritiva permite caracterizar os dados de determinada amostra (através de frequências absolutas e relativas, média de tendência central, desvio padrão), fotografando o grupo estudado relativamente a determinado número de variáveis (Pais Ribeiro, 1999). A estatística inferencial é particularmente útil para testar significância de factores que são capazes de influenciar a resposta da variável de medida.

Relativamente à estatística inferencial, e tendo como objectivo o estabelecimento de relações entre variáveis, foram aplicados os testes estatísticos: t-Test, para duas amostras independentes, comparando-se a média de uma variável num grupo com a média da mesma variável noutra grupo; o teste ANOVA (*Analysis of Variance*) para testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis e o coeficiente de correlação de Spearman para relacionar variáveis independentes na medida em que não se verificou a normalidade da distribuição (Polit & Hungler, 1995).

A apresentação dos dados é feita através de tabelas e gráficos, de modo a facilitar a sua compreensão, com omissão das fontes em virtude de estes se referirem sempre ao presente estudo.

PARTE III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretendemos apresentar os resultados obtidos, seguindo a ordem temática do instrumento de recolha de dados, nomeadamente a caracterização da população quanto a variáveis relativas ao exercício profissional e à relação com os membros da equipa de saúde e utentes, a que se seguem os dados relativos à aplicação da Escala de Satisfação com a Prática Profissional.

Tabela 3. Distribuição dos grupos profissionais por sexo

Grupo Profissional	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Médicos	10	5,0	35	16,9	45	21,7
Enfermeiros	6	3,0	99	47,8	105	50,7
Secretário Clínico	6	3,0	51	24,6	57	27,6
Total	22	11,0	185	89,0	207	100,0

Como podemos analisar na tabela 3, a população respondente era constituída por 207 profissionais, com predominância do sexo feminino 185 (89%) em relação ao sexo masculino 22 (11%). Em todos os grupos profissionais é uma constante o número sempre mais elevado de elementos do sexo feminino e de modo particular entre os enfermeiros e os secretários clínicos. Da tabela 4 consta a distribuição dos grupos profissionais em função da idade.

Tabela 4. Distribuição dos grupos profissionais por grupo etário

		Idade				Total
		[20-30]	[31-40]	[41-50]	> 50	
Grupo Profissional	Médico	1	7	25	12	45
	Enfermeiro	43	40	9	13	105
	Secretário Clínico	14	23	12	8	57
Total		58	70	46	33	207

No que diz respeito à idade dos profissionais, verificamos que a maioria (70-34%), se encontrava no grupo etário dos 31-40 anos, seguido do grupo etário dos 20-30 anos com (58-28%). Como podemos constatar, os grupos etários 41-50 anos e >50 anos tinham menor número, respectivamente 46 (22%) e 33 (16%) profissionais de saúde. Por grupo profissional predominava a faixa etária 41-50 anos para os médicos, enquanto que para os outros dois grupos profissionais predominavam as faixas etárias mais jovens, ou seja, para os secretários clínicos, a classe 31-40 anos e para os enfermeiros, a classe 20-30 anos, seguida de imediato pela classe dos 31-40 anos. Quanto à média de idades em função do sexo e grupo profissional, está sumariada na tabela 5.

Tabela 5. Média de idades por sexo e grupo profissional

		Média	DP	Idade Min.	Idade Max.
Sexo	Feminino	39,42	10,659	21	63
	Masculino	43,18	11,574	26	61
Grupo Profissional	Médico	49,49	7,137	30	58
	Enfermeiro	36,09	9,906	24	60
	Secretário Clínico	39,05	10,216	21	63

Podemos verificar que os profissionais de saúde do sexo masculino tinham uma média de idades superior (43,18 anos), em relação aos profissionais do sexo feminino (39,42 anos), com a idade máxima muito semelhante para ambos os sexos, o que já não se verifica quanto à idade mínima, a variar entre 21 (sexo feminino) e 26 (sexo masculino). Por ordem decrescente, a média de idades era superior no grupo profissional dos médicos (49,49 anos), a que seguia a dos secretários clínicos (39,05 anos) e, por fim, a dos enfermeiros (36,09), em média 3 anos mais novos que os secretários clínicos e 13 anos mais novos que o grupo profissional dos médicos. Quanto ao estado civil dos diferentes grupos profissionais, está representado na tabela 6.

Tabela 6. Estado civil por grupo profissional

		Grupo Profissional			Total
		Médico	Enfermeiro	Secretário Clínico	
Estado Civil	Casada com registo	32	67	35	134
	Casado sem registo/União de Facto	1	4	2	7
	Solteiro	7	27	16	50
	Viúvo	1	3	0	4
	Divorciado/Separado	4	4	4	12
	Total	45	105	57	207

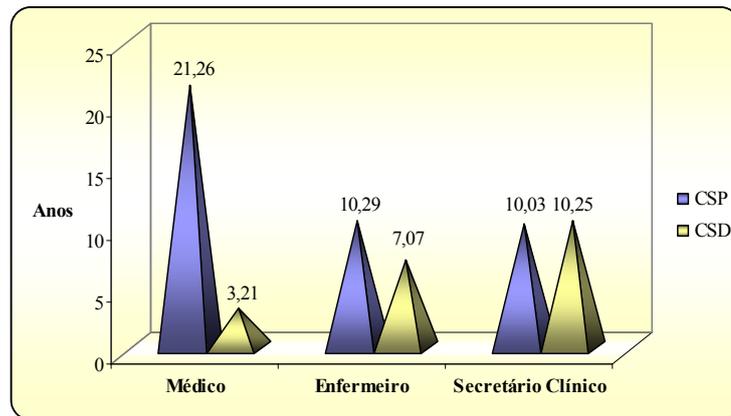
Em relação ao estado civil, a maioria (134-64,7%) dos sujeitos encontrava-se na situação de “casado com registo”, em todos os grupos profissionais, seguida da situação de “solteiro” (50-24,1%). As outras formas de conjugalidade eram pouco expressivas para todos os grupos profissionais, sendo que 7 (3,38%) eram “casados sem registo”, 4 (1,9%) viúvos e 12 (5,7%) eram “separados ou divorciados”.

No que diz respeito ao tempo de exercício na profissão e ao tempo de exercício profissional em contexto de CSP e Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), explicitamos na tabela 7.

Tabela 7. Distribuição dos grupos profissionais por tempo médio de exercício profissional e Tempo médio de exercício profissional em CSP e CSD

Tempo de Exercício Profissional	Média	DP	Tempo Mín.	Tempo Max.
Médico	24,44	8,930	5	33
Enfermeiro	13,16	10,078	2	38
Secretário Clínico	14,28	10,477	2	40
Tempo de Serviço em CSP	12,64	10,323	1	37
Tempo de Serviço em CSD	6,33	5,462	1	20

No que diz respeito ao tempo de exercício na profissão, o tempo médio (24,44 anos) de exercício profissional dos médicos é substancialmente superior em relação aos restantes grupos profissionais e os enfermeiros constituem o grupo profissional com menos tempo (13,16 anos) de exercício profissional. Quanto ao tempo de exercício profissional em contexto de CSP e CSD, os profissionais detinham em média 12,64 anos de exercício em CSP, sendo o tempo mínimo de 1 ano e o tempo máximo de 37 anos. O tempo médio de exercício profissional em CSD é consideravelmente inferior (6,33 anos), com um tempo mínimo de 1 ano e um tempo máximo de 20 anos.

Gráfico 1. Tempo médio de exercício profissional em CSP e CSD por grupo profissional

Em relação ao tipo de profissionais, com um tempo médio de serviço mais elevado em CSP (gráfico 1), eram por ordem decrescente, os médicos, com 21,26 anos, seguindo-se com valores semelhantes os enfermeiros (10,29 anos) e os secretários clínicos (10,03 anos). Em relação ao tempo de exercício em CSD, liderava o grupo dos secretários clínicos, com 10,25 anos, seguido do grupo dos enfermeiros com um tempo médio de 7,07 anos. Os médicos detinham o tempo médio de exercício profissional em CSD mais baixo (3,21 anos). Quanto ao tipo de vínculo laboral pelos diferentes grupos profissionais, consta da tabela 8.

Tabela 8. Tipo de vínculo por grupo profissional

Tipo de Vínculo	Grupo Profissional			Total
	Médico	Enfermeiro	Secretário Clínico	
Trabalhador do quadro	38	71	27	136
Contrato de trabalho por tempo indeterminado	6	3	1	10
Contrato de trabalho a termo resolutivo	1	31	29	61
Total	45	105	57	207

Dos tipos de vínculo laborais enumerados, predominava o “trabalhador do quadro”, com 136 (65,7%) dos profissionais nessa situação, e em segundo lugar o “contrato de trabalho a termo resolutivo, com 61 (29,5%) profissionais. Outro tipo de vínculo tinha menor expressão, como o “contrato de trabalho por tempo indeterminado”, com 10 (4,83 %) profissionais.

De seguida são sumariadas as respostas que os participantes formularam face a um conjunto de questões que permitem caracterizar o novo modelo organizacional, no âmbito das USFs. Por conseguinte, pretendemos conhecer de que forma ocorreu o processo de iniciação às USFs, o tempo de exercício nesta unidade funcional, a presença ou não de incentivos e a relação que os respectivos profissionais estabelecem com o coordenador da equipa, colegas de profissão, membros da equipa e utentes, bem como conhecer a opinião sobre a reforma dos cuidados de saúde no que concerne à implementação das USFs.

Tabela 9. Processo de iniciação à USF por grupo profissional

		Grupo Profissional			Total	
		Médico	Enfermeiro	Secretário Clínico	N	%
Processo de iniciação	Iniciativa própria	15	23	4	42	20,0
	Convite	27	76	50	153	75,0
	Outra	3	5	2	10	5,0
	Total	45	104	56	205	100,0

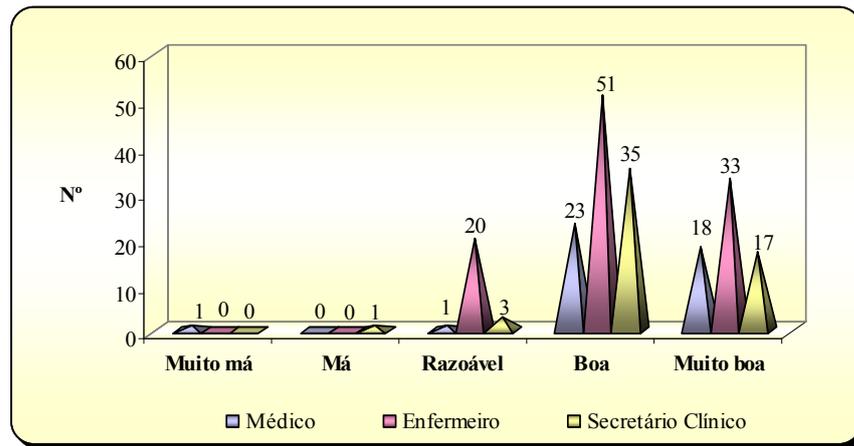
De acordo com a tabela 9, dos 207 profissionais que compunham a população do estudo, 153 (75%) integraram a USF por convite, 42 (20%) por sua própria iniciativa e 10 (5%) profissionais por outra opção, não procedendo à sua explicitação. Para a constituição de uma USF, concluímos que em todos os grupos profissionais predomina a situação de convite, sendo que 76 (73,1%) dos enfermeiros foram convidados e apenas 23 (22,1%) fizeram-no por iniciativa própria. O mesmo se observa em relação aos secretários clínicos, em que 50 (89,3%) foram convidados e apenas 4 (7,1%) tomaram a iniciativa de integrar uma USF, e ao grupo dos médicos, em que 27 (60,0%) foram convidados, e 15 (33,3%) fizeram-no por iniciativa própria.

Tabela 10. Presença de incentivos por grupo profissional

		Grupo Profissional			Total
		Médico	Enfermeiro	Secretário Clínico	
Presença de incentivos	Sim	6	14	8	28
	Não	39	89	49	177
Total		45	103	57	205

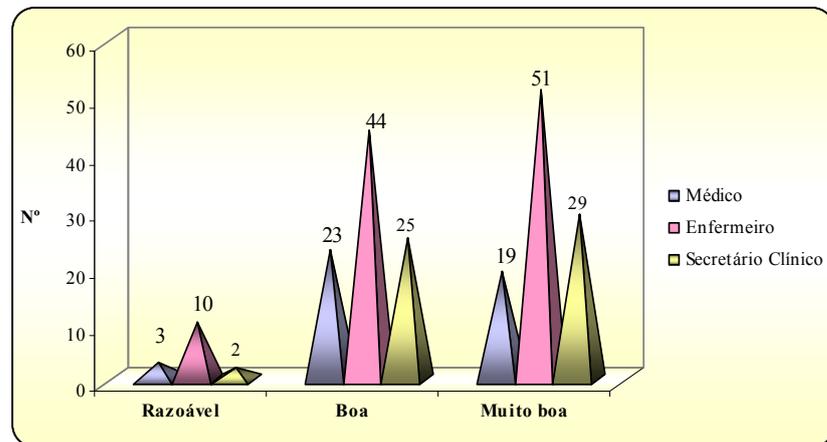
Em relação aos incentivos decorrentes do desempenho profissional, constatamos que 177 (86%) dos participantes não receberam qualquer tipo de incentivos, dos quais 89 (86,40%) enfermeiros, 39 (86,6%) médicos e 49 (85,96%) secretários clínicos. Neste estudo, 28 (14%) dos profissionais referiram ter recebido incentivos de qualquer natureza.

Gráfico 2. Opinião sobre a relação com o coordenador da equipa por grupo profissional



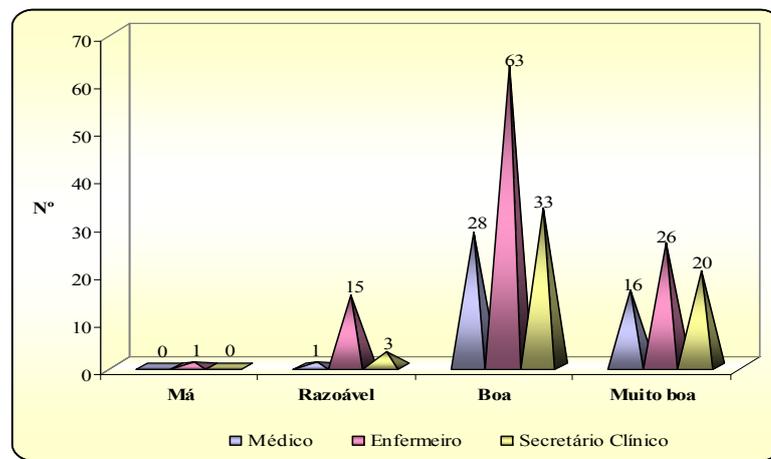
Da observação do gráfico 2, concluímos que a maioria dos profissionais de saúde classificou a relação com o coordenador da equipa, como “Boa” (109-53,7%) e “Muito Boa” (68-33,5%). Da distribuição percentual, foi possível constatar que 23 (53,5%) médicos consideraram a relação com o coordenador da equipa “Boa”, para 51 (49%) enfermeiros, e ainda referente a este grupo profissional merece ser sublinhado que 20 (19,2%) consideraram a relação como “Razoável”. As situações consideradas como “Muito Má” e “Má” foram pouco significativas.

Gráfico 3. Opinião sobre a relação com colegas de profissão por grupo profissional



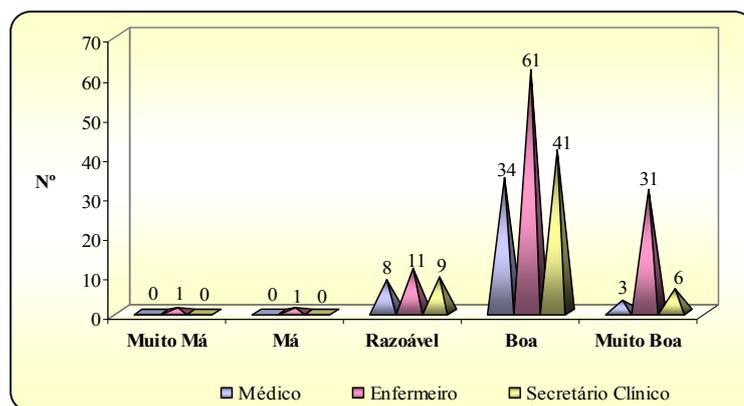
De acordo com o gráfico 3, constatamos que 99 (48,05%) dos profissionais de saúde posicionaram a relação com os colegas de profissão na opção de “Muito Boa” e 92 (44,6%) na opção de “Boa”. De uma maneira geral, concluímos que os diferentes grupos profissionais que integravam as USFs estavam satisfeitos com a relação que estabeleciam com os colegas de profissão, uma vez que nenhum dos inquiridos se posicionou nas opções de “Muito Má” e “Má”, sendo que a opção “Razoável” foi mais referida pelos enfermeiros.

Gráfico 4. Opinião sobre a relação com membros da equipa por grupo profissional



Em relação ao gráfico 4, concluímos que de um modo geral os profissionais estavam satisfeitos com as pessoas que integravam a equipa de prestação de cuidados, sendo que a maioria considerou que a relação com os membros da equipa era “Boa” (124-60%) e “Muito Boa” (62-30%). Do grupo profissional dos enfermeiros, relevamos o número que considerou a relação com a equipa de saúde como “Boa” (63-60,0%) e “Razoável” (15-14,30%).

Gráfico 5. Opinião sobre a relação com os utentes por grupo profissional



Em relação à opinião sobre a relação com os utentes (gráfico 5), verificamos que 136 (66,6%) dos profissionais a classificaram como "Boa", e 40 (19,4%) como "Muito Boa". Um número importante (28-13,6%) de profissionais considerou ter uma relação razoável com os utentes e apenas 2 (1,90%) dos profissionais (enfermeiros) consideraram não ser positiva a relação com o utente.

Tabela 11. Comparação da opinião em relação ao coordenador da equipa, colegas de profissão, membros da equipa e utentes, por grupo profissional

		N	Média	Desvio padrão	F	P
Grupo Profissional	Médico	43	16,88	1,880	.216	.806
	Enfermeiro	104	16,74	2,208		
	Secretário Clínico	56	16,95	1,612		

Quanto à percepção que os diferentes profissionais têm da sua relação com o coordenador da equipa, colegas de profissão, membros da equipa e utentes, e através do teste ANOVA, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, sendo no entanto o valor médio da opinião ligeiramente superior para os secretários clínicos.

Sendo as USFs a face mais visível de toda a reforma dos CSP, pretendemos conhecer a opinião dos diferentes profissionais de saúde em relação à nova lógica de prestação de cuidados e de organização interna. Através de uma questão aberta, obtivemos informação a partir dos intervenientes directos no processo (médicos, enfermeiros, secretários clínicos), onde se identificaram oportunidades e ameaças a nível do desenvolvimento organizacional, profissional e da prestação de cuidados (quadro 6).

Quadro 6. Oportunidades e ameaças identificadas pelos profissionais das USFs

	Oportunidades	Ameaças
Mudança Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> . Melhoria das instalações . Aumento da produtividade . Trabalho por objectivos . Acessibilidade aos cuidados de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> . Instalações deficientes . Número insuficiente de elementos da equipa face aos objectivos . Forte centralidade na produção de indicadores . Burocracia elevada
Desenvolvimento Profissional	<ul style="list-style-type: none"> . Autonomia . Motivação . Satisfação Profissional . Trabalho em equipa . Coesão de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> . Perda de autonomia . Discrepância nos incentivos . Carência de formação neste modelo de gestão
Prestação de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> . Qualidade dos cuidados . Satisfação dos utentes . Articulação dos cuidados de saúde . Atendimento personalizado 	<ul style="list-style-type: none"> . Matriz individual em detrimento de intervenção comunitária . Deficiente participação dos cidadãos

Da análise dos discursos emitidos pelos diferentes profissionais, salientamos de entre as oportunidades e ameaças, características de um processo de mudança, as que revelaram maior consistência e frequência, a saber:

No âmbito da prestação de cuidados, e no que se refere às oportunidades identificadas, o atendimento personalizado foi referido por todos os intervenientes do estudo como sendo uma das consequências mais visíveis da reforma, relacionada com a possibilidade de garantir a todos os utentes o acesso às consultas e que se traduz numa maior proximidade com utente e família e com a satisfação dos utentes. São exemplos os discursos:

“... Incentivos à prestação de melhores cuidados, permitindo proximidade entre o serviço de saúde e o cliente dos cuidados de saúde”.

“... estamos mais perto dos utentes, deste modo conseguimos conhecer os utentes e as suas necessidades”.

No domínio do desenvolvimento profissional, de entre as oportunidades referidas, sobressaem: *i)* a autonomia, sentida e expressa pelo grupo dos enfermeiros e secretários clínicos. O modelo organizacional agora vigente imprime maior independência nas decisões a tomar e, por consequência, maior motivação, emancipação e responsabilidade no exercício profissional, com todos os intervenientes a sentir terem um papel activo na organização; *ii)* o trabalho em equipa, considerando que o sucesso de uma equipa multiprofissional deve-se em grande parte à autonomia que cada profissional tem em relação às decisões que toma. Todos os grupos profissionais sublinharam a vantagem de poderem escolher as equipas de trabalho, sem que estas lhes tenham sido impostas, o que potencia a coesão do grupo; *iii)* a satisfação e motivação profissional, que decorre de uma maior possibilidade de autonomia no campo de intervenção específico de cada profissão e do trabalho em equipas multiprofissionais. Transcrevem-se alguns dos discursos que pretendem ilustrar a opinião dos diferentes intervenientes:

“As USFs trouxeram liberdade de procedimentos aos profissionais...”.

“É um bom incentivo ao trabalho em equipa e ao trabalho por objectivos...”.

“Parece-me e sinto-me como uma mais valia a nível da realização profissional, quer a nível da satisfação”.

“Esta reforma trouxe uma nova dinâmica de trabalho, possibilitando a implementação do Enfermeiro de Família, discussão de casos diários em equipa no sentido de trabalharmos todos em direcção a um objectivo comum, a excelência profissional”.

“Uma experiência estimulante...”.

Quanto à mudança organizacional, um dos aspectos mais visíveis da reforma é a acessibilidade dos utentes à consulta, muito particularmente ao médico de família. Vários participantes chamaram a atenção para a melhoria dos equipamentos e instalações, o que facilita o trabalho por objectivos e consequentemente o aumento de produtividade:

“ Aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde”;” o melhor que podia acontecer aos utentes...”.

“Melhoria de instalações, a nível do equipamento, iluminação, ventilação....”.

De entre as ameaças, e em número de referências substancialmente inferiores às oportunidades, destacamos as relacionadas com:

Equipamentos e instalações, referidas essencialmente pelo grupo dos enfermeiros e administrativos, condicionando a consecução dos projectos: *“Penso, que por vezes poderíamos ter melhores instalações e recursos materiais”;*

Recursos humanos, com todos os intervenientes do estudo a referirem o número insuficiente de profissionais que integram as equipas e que são um constrangimento à consecução das metas estabelecidas para cada USF. Esta insuficiência de recursos humanos deve-se em grande parte à dificuldade que os profissionais têm na mobilização para outros serviços, em consequência da estrutura rígida da Função Pública, a que não são alheias as restrições orçamentais que têm, também, um papel preponderante na contratação de novos elementos: *“...os objectivos propostos pelas USFs são importantes para melhorar os cuidados de saúde primários, mas um pouco exigentes tendo em conta o escasso número de elementos”;*

Formação sobre o modelo de gestão subjacente à reforma em curso, maioritariamente referida pelo grupo dos enfermeiros como sendo insuficiente e inadequada face às necessidades sentidas, uma vez que esta metodologia de trabalho imprime diferenças substanciais e coloca dificuldades que devem ser colmatadas e adequadas à realidade do novo modelo organizacional: “... *Penso que a formação seria essencial para que os profissionais se adaptassem melhor a esta nova dinâmica organizacional*”.

Discrepância de incentivos entre os diferentes profissionais, referida pelos enfermeiros como existente em relação aos incentivos médicos, e considerada como um factor perturbador ao investimento colocado na consecução dos objectivos a que USF se propõe e que são o resultado de um esforço da equipa multiprofissional: “... *acho que existe uma grande discrepância entre os incentivos médicos e de enfermagem. Mais uma vez a profissão de enfermagem aparece pouco dignificada*”.

Persistente burocracia na mudança organizacional, sentida por todos os participantes do estudo como elevada, condicionando a disponibilidade temporal para o atendimento dos utentes, e a forte pressão que é colocada na documentação dos cuidados para alimentar a produção de indicadores de resultado e processo, foi classificada por alguns elementos como “exaustiva e desgastante”: “... *deveriam ser menos burocráticos, e continuamos muito dependentes do CS*”.

Prosseguindo na apresentação dos resultados, os que agora se seguem dizem respeito à avaliação da satisfação com o trabalho, através de um conjunto de 24 afirmações, em relação às quais os participantes emitiram a sua opinião com o posicionamento numa escala com seis hipóteses de resposta, e que integram as 6 dimensões da escala (segurança com o futuro da profissão; apoio da hierarquia; reconhecimento pelos outros do trabalho realizado; condições físicas de trabalho; relação com os colegas; satisfação profissional [Apêndice V]). Quanto à primeira dimensão da escala de satisfação com a prática profissional, que comporta três afirmações, a distribuição das respostas encontra-se na tabela 12.

Tabela 12. Distribuição das respostas pela dimensão “Segurança com o futuro da profissão”

Dimensão		Discorda totalmente		Discorda bastante		Discorda parcialmente		Concorda parcialmente		Concorda bastante		Concorda totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Segurança com o futuro da profissão	A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro	35	17,1	20	9,7	39	19	58	28,3	43	21	10	4,9
	A administração da minha empresa tem uma política clara	17	8,4	17	8,4	43	21,3	71	35,1	41	20,3	13	6,4
	A administração da minha empresa explica bem a sua política	16	8,8	13	6,3	40	19,9	78	38,8	47	23,4	7	3,5

Relativamente à “Segurança com o futuro da profissão”, a maior parte dos participantes *concorda parcialmente* com as afirmações que integram esta dimensão: 58 (28,3%), consideraram ter uma profissão com segurança para o futuro; 71 (35,1%) reconheceram que a administração da empresa tinha uma política clara; 78 (38,8) perceberam que a empresa explica bem a sua política. De considerar que 35 (17,1%) dos participantes admitiram exercer uma profissão que não tem segurança para o futuro, mais explicitada pelo grupo profissional dos enfermeiros.

Tabela 13. Comparação da dimensão “Segurança com o futuro da profissão” em relação ao sexo

		N	Média	Desvio padrão	t	gl	p
Sexo	Masculino	22	9,18	4,067	3,545	23,874	,061
	Feminino	185	10,78	3,041			

No que respeita à dimensão “Segurança com o futuro da profissão” e ao utilizar-se o procedimento t-Test, foi possível verificarmos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, apesar de o sentimento de segurança com o futuro da profissão ser em média superior no sexo feminino (tabela 13).

Tabela 14. Comparação da dimensão “Segurança com o futuro da profissão” em relação ao grupo profissional

		N	Média	Desvio padrão	F	P
Grupo Profissional	Médico	45	10,89	3,809	.384	.682
	Enfermeiro	105	10,43	3,047		
	Secretário Clínico	57	10,74	2,949		

Quanto às diferenças entre os grupos profissionais no que respeita à dimensão “Segurança com o futuro da profissão” e ao utilizar-se o procedimento teste ANOVA, foi possível verificarmos que não existem diferenças significativas entre os grupos profissionais (tabela 14), ligeiramente mais elevada entre os médicos.

Tabela 15. Distribuição das respostas pela dimensão “Apoio da hierarquia”

Dimensão		Discorda totalmente		Discorda bastante		Discorda parcialmente		Concorda parcialmente		Concorda bastante		Concorda totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		Apoio da hierarquia	O meu chefe directo dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho	22	10,8	19	9,3	41	20,1	63	30,9	49	24,0
O meu chefe directo dá-me todo o apoio de que preciso	10		4,9	8	3,9	28	13,8	66	32,5	75	36,9	16	7,9
O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho	12		5,9	15	7,4	23	11,4	75	37,1	66	32,7	11	5,4

Para a dimensão “Apoio da hierarquia”, avaliada pelas afirmações 4, 11 e 19, a maior parte dos participantes *concorda parcialmente*, com valores percentuais muito semelhantes: 63 (30,9%) dos profissionais consideraram que o chefe directo dá sugestões para melhorar o trabalho; 66 (32,5 %) consideraram que o chefe directo dá o apoio de que precisam; e 75 (37,1%) dos profissionais entenderam que o superior imediato ajuda a realizar melhor o trabalho. Dos valores obtidos, ressalta que 22 (10,8%) dos profissionais discordam totalmente quanto às sugestões dos dirigentes para melhorar o desempenho profissional, mais referido pelos enfermeiros.

Dos valores obtidos concluímos que em relação ao sexo e aos diferentes grupos profissionais não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à percepção

sobre o apoio da hierarquia (tabelas 16 e 17), sendo que é em média mais elevada no sexo masculino e nos secretários clínicos.

Tabela 16. Comparação da dimensão “Apoio da hierarquia” em relação ao sexo

		N	Média	Desvio padrão	t	gl	P
Sexo	Masculino	22	12,14	3,932	1,791	24,415	.182
	Feminino	185	11,49	3,197			

Tabela 17. Comparação da dimensão “Apoio da hierarquia” em relação ao grupo profissional

		N	Média	Desvio padrão	F	P
Grupo Profissional	Médico	45	11,51	4,009	.707	.494
	Enfermeiro	105	11,34	3,075		
	Secretário Clínico	57	11,98	3,009		

Tabela 18. Distribuição das respostas pela dimensão “Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado”

Dimensão		Discorda totalmente		Discorda bastante		Discorda parcialmente		Concorda parcialmente		Concorda bastante		Concorda totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	Ninguém reconhece que sou um bom profissional	96	46,8	53	25,9	29	14,1	17	8,3	7	3,4	3	1,5
	As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem feitas	5	2,4	16	7,8	17	8,3	89	43,2	64	31,1	15	7,3
	Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho	13	6,4	15	7,4	26	12,7	87	42,6	53	26,0	10	4,9
	Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho	4	2,0	5	2,5	23	11,3	73	35,8	87	42,6	12	5,9
	Ninguém reconhece o meu trabalho	108	52,2	38	18,4	36	17,4	14	6,8	9	4,3	2	1,0

Dimensão composta pelas afirmações 1, 6, 15, 18, 21, um número considerável de participantes *discorda totalmente* com as afirmações que consideram que ninguém reconhece o trabalho e que é um bom profissional, respectivamente 108 (52,2%) e 96 (46,8%). Quanto às outras afirmações, *concordam parcialmente*, cuja distribuição percentual das respostas é: 89 (43,2%) dos profissionais entenderam que os outros reconhecem quando realizam bem o seu trabalho; 87 (42,6%) e 73 (35,8%) dos

profissionais admitiram, respectivamente, que a chefia e os colegas estimulam para um melhor desempenho profissional (tabela 18).

Tabela 19. Comparação da dimensão "Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado" em relação ao sexo

		N	Média	Desvio padrão	t	GI	P
Sexo	Masculino	22	20,73	4,045	.236	25,317	.628
	Feminino	185	22,39	4,442			

Quanto às diferenças entre os sexos no que respeita à dimensão "Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado" e ao utilizar-se o procedimento t-Test, foi possível verificarmos que não existem diferenças, apesar de ser em média superior no sexo feminino (tabela 19).

Tabela 20. Comparação da dimensão "Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado" em relação ao grupo profissional

		N	Média	Desvio padrão	F	p
Grupo Profissional	Médico	45	22,44	4,143	.619	.540
	Enfermeiro	107	22,40	4,318		
	Secretário Clínico	57	21,70	3,693		

Ao utilizarmos o teste ANOVA em relação à dimensão "Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado", podemos concluir que não existem diferenças significativas entre os diferentes grupos profissionais, com valores médios muito semelhantes entre os médicos e enfermeiros (tabela 20).

Tabela 21. Distribuição das respostas pela dimensão "Condições físicas de trabalho"

Dimensão		Discorda totalmente		Discorda bastante		Discorda parcialmente		Concorda parcialmente		Concorda bastante		Concorda totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Condições físicas do trabalho	As condições do trabalho no meu serviço são confortáveis	22	10,6	14	6,8	24	11,6	51	24,6	79	38,2	17	8,2
	As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis	29	14,1	9	4,4	17	8,3	41	19,9	93	45,1	17	8,3
	As condições de trabalho no meu serviço são boas	23	11,2	8	3,9	18	8,7	50	24,3	90	43,7	17	8,3

Relativamente às condições físicas de trabalho, formalizadas em três afirmações com diferentes adjectivos, o posicionamento de grande parte dos participantes recai na opção *concorda bastante*: 79 (38,2%) classificaram as condições de trabalho como confortáveis; 93 (45,1%) como agradáveis e 90 (43,7%) classificaram-nas como boas. No entanto, é também expressiva a avaliação negativa das condições de trabalho, com valores percentuais semelhantes: 22 (10,6%) consideraram que as condições de trabalho não eram confortáveis, 29 (14,1%) que não eram agradáveis e 23 (11,2%) consideraram que não eram boas (tabela 21).

Tabela 22. Comparação da dimensão “Condições físicas de trabalho” em relação ao sexo

		N	Média	Desvio padrão	t	gl	p
Sexo	Masculino	22	12,36	4,293	.128	25,667	.721
	Feminino	185	12,03	4,059			

De acordo com a tabela 22, ao utilizarmos o t-Test, no que diz respeito à dimensão “Condições físicas de trabalho”, podemos verificar que não existem diferenças significativas entre os sexos, apesar de ser em média mais elevada no sexo masculino.

Tabela 23. Comparação da dimensão “Condições físicas de trabalho”, em relação ao grupo profissional

		N	Média	Desvio padrão	F	P
Grupo Profissional	Médico	45	12,82	4,002	1,023	.361
	Enfermeiro	105	11,80	4,138		
	Secretário Clínico	57	11,95	4,011		

Quanto às diferenças entre os grupos profissionais no que respeita à dimensão “Condições físicas de trabalho” e ao utilizar-se o procedimento Teste ANOVA, foi possível verificarmos que não existem diferenças significativas entre os grupos profissionais, apesar de ser em média superior nos médicos (tabela 23).

Tabela 24. Distribuição das respostas pela dimensão “Relação com os colegas”

Dimensão		Discorda totalmente		Discorda bastante		Discorda parcialmente		Concorda parcialmente		Concorda bastante		Concorda totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relação com os colegas	A minha relação com os meus colegas é boa	3	1,5	4	1,9	7	3,4	36	17,5	123	59,7	33	16
	Não gosto das pessoas com quem trabalho	152	73,8	23	11,2	11	5,3	13	6,3	3	1,5	4	1,9
	Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas	6	2,9	6	2,9	23	11,1	55	26,6	88	42,5	29	14
	Os meus colegas não me tratam bem	153	74,3	24	11,7	10	4,9	12	5,8	4	1,9	3	1,5

Repartida entre afirmações negativas e positivas, constatamos que a maioria (123-59,7%) dos participantes considerou ter uma boa relação com os colegas de trabalho e ter feito amizades muito duradouras (88-42,5%). É significativa a expressão de negação, através da opinião *discorda totalmente*, quanto às afirmações que equacionam que os colegas não os tratam bem (153-74,3%) e que não gostam das pessoas com quem trabalham (152-73,8%) (tabela 24). Quanto às diferenças entre os sexos, no que respeita à dimensão “Relação com os colegas” e ao utilizar-se o procedimento t-Test e teste ANOVA, foi possível verificarmos que não existem diferenças entre os sexos (tabela 25), e entre os grupos profissionais, apesar dos enfermeiros e dos elementos do sexo feminino apresentarem valores médios inferiores (tabela 26).

Tabela 25. Comparação da dimensão “Relação com os colegas” em relação ao sexo

		N	Média	Desvio padrão	t	Gl	p
Sexo	Masculino	22	20,55	4,090	.127	27,434	.722
	Feminino	185	20,02	2,907			

Tabela 26. Comparação da dimensão “Relação com os colegas”, em relação ao grupo profissional

		N	Média	Desvio padrão	F	P
Grupo Profissional	Médico	45	20,16	3,717	.109	.897
	Enfermeiro	105	19,97	3,112		
	Secretário Clínico	57	20,19	2,844		

No que diz respeito à dimensão “Satisfação profissional”, composta por afirmações relacionadas com o trabalho, nomeadamente a progressão na carreira, expressão da criatividade, novos métodos de trabalho, a distribuição das respostas pelos diferentes itens da escala está representada na tabela 27.

Tabela 27. Distribuição das respostas pela dimensão “Satisfação profissional”

Dimensão		Discorda totalmente		Discorda bastante		Discorda parcialmente		Concorda parcialmente		Concorda bastante		Concorda totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfação Profissional	O meu trabalho é muito rotineiro	50	24,3	53	25,7	55	26,7	29	14,1	15	7,3	4	1,9
	O progresso na minha carreira é muito lento	7	3,4	13	6,4	14	6,9	26	12,8	110	54,2	33	16,3
	O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir	17	8,2	33	15,9	50	24,2	67	32,4	30	14,5	10	4,8
	O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade	8	3,9	13	6,3	33	16,0	84	40,8	57	27,7	11	5,3
	A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos	11	5,4	23	11,1	28	13,8	89	43,8	47	23,2	5	2,5
	A minha profissão dá-me oportunidades de promoção	36	17,9	39	19,4	44	21,9	59	29,4	18	9,0	5	2,5

Trata-se de uma dimensão avaliada por maior número de afirmações (2, 3, 10, 12, 14 e 16), relacionadas com características do trabalho, de entre as quais se destacam: 50 (24,3%) *discorda totalmente* e 55 (26,7%) *discorda parcialmente* quanto a considerarem o trabalho que realizam como rotineira, e 84 (40,8%) *concorda parcialmente* quanto à possibilidade do trabalho permitir a expressão de criatividade. Quanto à profissão, *concorda parcialmente* no que concerne às oportunidades de promoção (59-29,4%) e de desenvolver novos métodos (89-43,8%). No entanto, muitos dos participantes (110-54,2%) consideraram o progresso na carreira lento e alguns (36-17,9%) mencionaram que a profissão não perspectiva oportunidades de promoção, mais explicitamente no grupo profissional dos enfermeiros.

Tabela 28. Comparação da dimensão “Satisfação profissional” em relação ao sexo

		N	Média	Desvio padrão	t	gl	p
Sexo	Masculino	22	20,77	4,790	.637	24,778	.426
	Feminino	185	20,89	4,090			

Em relação à dimensão “Satisfação profissional”, ao utilizar-se o t-Test, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas (tabela 28), apesar de o valor médio em relação a esta dimensão ser ligeiramente superior no sexo feminino.

Tabela 29. Comparação da dimensão “Satisfação profissional”, em relação ao grupo profissional

		N	Média	Desvio padrão	F	p
Grupo Profissional	Médico	45	22,24	4,867	9,246	.000
	Enfermeiro	105	21,30	3,589		
	Secretário Clínico	57	19,04	3,968		

Quanto à dimensão “Satisfação profissional”, e ao compararmos os diferentes grupos profissionais, através do teste ANOVA, verificamos existirem diferenças significativas, apresentando os secretários clínicos valor médio inferior (19,04) em relação aos enfermeiros (21,30) e aos médicos (22,24), sendo que são os médicos que apresentam valor médio de satisfação mais elevado (tabela 29).

Da avaliação global da “Satisfação com a prática profissional”, e tendo em conta as seis dimensões que comportam a escala de avaliação, podemos constatar que em relação ao sexo e aos diferentes grupos profissionais a que pertencem os participantes, não existem diferenças estatisticamente significativas (tabelas 30 e 31), sendo que a satisfação com a prática profissional é de um modo geral elevada (97,40, variando entre um máximo de 137 e um mínimo de 43) e mais expressiva no sexo feminino e no grupo profissional dos médicos.

Tabela 30. Comparação da “Satisfação com a prática profissional” em relação ao sexo

		N	Média	Desvio padrão	t	gl	p
Sexo	Masculino	22	95,73	15,045	.495	25,082	.712
	Feminino	185	97,60	16,974			

Tabela 31. Comparação da “Satisfação com a prática profissional” em relação ao grupo profissional

		N	Média	Desvio padrão	F	p
Grupo Profissional	Médico	45	100,07	17,047	1.097	.336
	Enfermeiro	105	97,24	15,143		
	Secretário Clínico	57	95,60	13,776		

No que concerne à relação entre a satisfação com a prática profissional, o tempo médio de exercício profissional, a idade dos participantes e tipo de vínculo, a correlação de Spearman é negativa não se constatando diferenças estatisticamente significativas (tabela 32), sendo que o valor médio da satisfação é mais elevado nos profissionais com menor tempo de exercício profissional, mais jovens e nos que detêm um tipo de vínculo tendencialmente mais estável (trabalhador do quadro e contrato de trabalho a termo resolutivo). O quadro 7 pretende sumariar o valor médio da satisfação em cada uma das dimensões que compõem a escala em função do sexo e grupo profissional.

Tabela 32. Correlação entre a "Satisfação com a prática profissional" e tempo médio exercício profissional, idade e tipo de vínculo

		N	Média	Desvio padrão	Coefficiente de Spearman	p
Tempo de exercício profissional	Menos de 15 anos	121	98,45	14,274	-0,057	.420
	Maior ou igual a 15 anos	79	95,62	16,855		
	20-30 anos	58	99,53	13,951		
Idade	31-40 anos	70	97,11	13,963	-0,047	.501
	41-50 anos	46	96,17	17,528		
	> 50 anos	33	95,97	16,762		
	Trabalhador do quadro	136	97,24	16,056		
Tipo de vínculo	Contrato de trabalho por tempo indeterminado	10	95,40	17,135	-0,025	.724
	Contrato de trabalho a termo resolutivo	61	98,08	13,072		

Quadro 7. Valor médio da satisfação em cada uma das dimensões da escala em função do sexo e grupo profissional

Dimensões	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Médicos	Enfermeiros	Secretários Clínicos
Segurança com o futuro da profissão	9,18	10,78	10,89	10,43	10,74
Apoio da hierarquia	12,14	11,49	11,51	11,34	11,98
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	20,73	22,39	22,44	22,40	21,70
Condições físicas de trabalho	12,36	12,03	12,82	11,80	11,95
Relação com os colegas	20,55	20,02	20,16	19,97	20,19
Satisfação Profissional	20,77	20,89	22,24	21,30	19,04

Em jeito de síntese, o sexo masculino apresenta valores médios mais elevados em todas as dimensões que compõem a escala de avaliação da satisfação com a prática profissional, com excepção para a segurança com o futuro da profissão e satisfação profissional, mais elevados no sexo feminino.

Quanto aos diferentes grupos profissionais, o número de dimensões com maior nível de satisfação está afecto aos médicos, nomeadamente segurança com o futuro da profissão, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, condições físicas do trabalho e satisfação profissional, nesta dimensão com diferenças estatisticamente significativas.

Os secretários clínicos sentem-se mais satisfeitos no apoio que sentem da hierarquia e na relação com os colegas.

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretendemos proceder à discussão dos resultados, considerando os objectivos definidos para este estudo, seguindo a orientação temática do instrumento de colheita de dados. Do conjunto de resultados serão destacados os mais relevantes e, nesse sentido, proceder à sua confrontação com o enquadramento teórico produzido na parte I deste trabalho e, de igual modo, perspectivar novas propostas de intervenção.

Dos 207 profissionais, que constituíam a população respondente, 185 (89%) pertencem ao sexo feminino, 22 (11%) ao sexo masculino. O número mais elevado de elementos do sexo feminino, é uma constante em todos os grupos profissionais. O grupo dos enfermeiros encontra-se em maior número de elementos (105-50,7%), com predominância do sexo feminino (99-47,8%), deste modo os valores vão de encontro à tendência histórica da Profissão de Enfermagem e ao estudo efectuado por Santos et al (2006), que numa população de 190 enfermeiros, constatou estar perante uma população predominantemente feminina. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), do total de membros inscritos até 2009, 48 512 são do sexo feminino, enquanto que apenas 11 233 são do sexo masculino (www.wordemenfermeiros.pt).

A média de idades dos profissionais de saúde do sexo masculino é superior (43,18 anos), em relação aos profissionais do sexo feminino (39,42 anos). O grupo profissional

que apresenta uma média de idades mais elevada é a dos médicos (49,49 anos), a que segue a dos secretários clínicos (39,05 anos) e por fim dos enfermeiros (36,09).

A maioria dos inquiridos (64,7%) encontrava-se na situação de “casado com registo”.

No que diz respeito às variáveis socioprofissionais, e quanto ao tempo de exercício na profissão releva-se dos dados que os médicos apresentavam um tempo médio de exercício profissional substancialmente superior (24,44 anos) em relação aos restantes grupos profissionais sendo os enfermeiros o grupo profissional com menos tempo de exercício profissional (13,16 anos). Quanto ao tempo de exercício profissional detinham em média 12,64 anos de exercício em CSP e menor tempo, 6,33, em Cuidados de Saúde Diferenciados, facto que se deve à possibilidade, aquando da reconfiguração dos CS, dos profissionais que trabalhassem em CSP formarem equipas e implementarem as USFs.

Em relação ao tipo de vínculo, predomina o “trabalhador do quadro” (65,7 %), dado em consonância com o facto de que os profissionais que integraram as USFs não terem necessidade de celebrar novos contratos de trabalho, nem precisarem de alterar o vínculo laboral anterior, mantendo a sua dependência hierárquica decorrente das carreiras de origem e o mesmo regime laboral.

Quanto ao processo de iniciação ao novo modelo de organização em CSP, dos 207 profissionais, 75% integraram a USF por convite e 20% por sua própria iniciativa. O grande número de profissionais que integraram as USFs por convite é explicável devido à circunstância de na génese da formação destas Unidades se pretender que a iniciação a este processo fosse feita de forma voluntária, subscrevendo a perspectiva participativa dos seus actores na mudança organizacional (Pisco, 2006).

Em relação aos incentivos decorrentes do desempenho profissional, as USFs encontram-se em diferentes modelos organizacionais de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização. Neste estudo, constatamos que 86% dos participantes não recebeu qualquer tipo de incentivos, situação explicável face ao tempo de funcionamento que a maioria das unidades de saúde detinha e que também vai de encontro ao estudo efectuado por Ferreira, Antunes e Portugal (2010), que de entre as 146 USFs, apenas 42,5 se encontravam no modelo B. Nas USFs modelo A, são atribuídos incentivos institucionais ou não financeiros,

representando uma garantia de que as mais-valias são incorporadas nas USFs que as geraram, decidindo sobre o modo de aplicar o incentivo, numa das seguintes áreas: formação contínua, documentação, reabilitação das infra-estruturas, equipamento, humanização da USF ou programa de melhoria contínua da qualidade.

No contexto de desenvolvimento do estudo, concluímos que a maioria dos profissionais de saúde classifica a relação com o coordenador da equipa como “Boa” (53,7%) e “Muito Boa” (33,5%), resultados idênticos ao estudo realizado em contexto hospitalar por Santos e cols. (2006), onde se deparam com médias no nível de muita satisfação e satisfação em relação a esta dimensão. No entanto, observam uma marcada diferenciação no que diz respeito a chefias directas e administração/direcção de enfermagem. No que diz respeito à relação que estabelecem com os colegas de profissão, constatamos que os profissionais de saúde a consideram “Muito Boa” e “Boa”, respectivamente 48,05% e 44,6%, como também a relação com os membros da equipa foi considerada como “Boa” (60%) e “Muito Boa” (30%). Este resultado vem ao encontro do que diz Larraguibel e Paravic (2003), quando afirmam que um dos factores que obteve maior grau de satisfação, no seu estudo, foi a interacção com os colegas de profissão. Na mesma linha de pensamento, Francès (1984), reforça que a satisfação está relacionada com as boas relações interpessoais que se estabelecem no local de trabalho. Camargo e Bueno (2003), acreditam que a valorização no trabalho é determinada pelas relações interpessoais estabelecidas com os colegas. Relativamente à opinião que os profissionais têm sobre a relação com os utentes, verifica-se que 66,6% dos profissionais a classificou como “Boa”, e 19,4% “Muito Boa”, e que poderá decorrer da satisfação dos utentes com os cuidados que lhes são disponibilizados e que consequentemente se traduz na relação que os profissionais estabelecem com os utentes, na medida em que os cuidados de proximidade facilitam, na opinião dos participantes no estudo, o conhecimento das necessidades dos utentes. Facto confirmado no estudo de Ferreira e cols. (2010), onde os autores monitorizaram a avaliação que os utilizadores das USFs fazem dos cuidados aí prestados, com o objectivo de contribuir para a detecção de áreas ou situações carentes de melhoria, de modo a permitir que se iniciassem medidas correctivas. No estudo, os utentes revelaram-se satisfeitos com o respeito com que são tratados, competência, cortesia e carinho dos profissionais. No entanto, o estudo de André e Neves (2001) revela que os profissionais se sentiam parcialmente satisfeitos com a relação que tinham com os utentes. De um modo geral,

os diferentes profissionais de saúde apresentavam uma satisfação elevada na relação que tinham com o coordenador da equipa, colegas de profissão, membros de equipa e utentes. Os trabalhadores referem satisfação quando o utente expressa gratidão e reconhecimento pelo seu trabalho; o reconhecimento da equipa de saúde pelo trabalho realizado é fundamental para a satisfação e o prazer na realização das actividades (Lunardi Filho, 1995)

Quanto à avaliação da satisfação no que concerne à segurança com o futuro da profissão, a maioria dos participantes concorda parcialmente com as afirmações que compõem esta dimensão: apenas 4,9% tem uma opinião positiva quanto ao futuro da profissão, para 17,1% com opinião contrária, mais explicitada pelo grupo profissional dos enfermeiros; e um reduzido número considera que a empresa tem uma política clara (6,4%) e que a explicita bem (3,5%). Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, o valor médio relativamente a esta dimensão da satisfação foi superior no sexo feminino e entre os médicos.

No entanto, o estudo realizado por Graça (2000) ao procurar hierarquizar as diferentes dimensões de acordo com o critério de importância motivacional, revela que a segurança no emprego surge em penúltimo lugar, devido ao facto de mais de 90% dos inquiridos estar integrados na carreira médica de clínica geral, e fazerem parte do quadro do pessoal do CS. O autor reforça que os trabalhadores com vínculo ao quadro da instituição têm uma maior percepção de segurança com o emprego, apresentando valores de satisfação profissionais mais elevados, (Graça, 1999), o que não é sobreponível com os resultados do presente estudo, na medida em que esta dimensão se apresenta com um valor médio inferior relativamente às outras dimensões da escala.

Na dimensão “Apoio da Hierarquia” aferimos que a maioria dos participantes *concorda parcialmente*, com valores percentuais muito semelhantes: 30,9% dos profissionais considera que o chefe directo dá sugestões para melhorar o trabalho, 32,5% dá o apoio de que precisam e 37,1% reconhece que ajuda a realizar melhor o trabalho. Apesar de não se constatarem diferenças significativas em função do sexo e grupo profissional, a satisfação com o apoio da hierarquia foi mais elevada no sexo masculino e nos secretários clínicos, o que também é confirmado pelo estudo de Paulo (2003), realizado no Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra, em que a classe profissional mais satisfeita com a relação estabelecida com o superior hierárquico foi a dos

administrativos. Estes resultados não são sobreponíveis aos obtidos por Tavares (2008) quanto à avaliação da satisfação dos profissionais de saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, apontando para diferenças nos níveis de satisfação, sendo que os médicos se encontravam mais satisfeitos com a relação que estabeleciam com os superiores hierárquicos. Pais Ribeiro e Maia (2002), no seu estudo concluem que a satisfação com a prática profissional em relação à hierarquia foi a dimensão que obteve valor médio bastante inferior em relação às outras dimensões. Há a acrescentar que a avaliação da satisfação relativamente a esta dimensão decorre dos contextos particulares em que se desenvolve cada investigação. Nas USFs, dadas as características das equipas quanto à sua composição e estando a sua coordenação afecta ao médico, o apoio do superior hierárquico é mais sentido pelos secretários clínicos e de modo inferior pelos enfermeiros, o que poderá estar subjacente a matriz de subalternização, e até submissão, que tem marcado o exercício profissional dos enfermeiros e que começa a evidenciar processos de autonomização profissional que se repercutem nas relações de poder entre os diferentes grupos profissionais.

Os resultados de diferentes estudos em relação à dimensão “Apoio da Hierarquia” na satisfação com o trabalho têm revelado alguma contradição. Santos e cols. (2006) também identificaram que os profissionais se encontravam satisfeitos em relação aos superiores hierárquicos, sendo este sentimento em relação ao líder, motivador de satisfação profissional, ou seja, quanto mais o supervisor ou chefe é visto como um facilitador dentro da equipa, maior será o grau de satisfação dos indivíduos no ambiente laboral (Locke, 1976). Contudo, Dias (2001), num estudo sobre o líder, o liderado e a motivação, concluiu que a motivação no trabalho se centrava primordialmente na possibilidade de satisfação das necessidades fisiológicas e das necessidades de pertença (reconhecimento, elogios, prémios, promoções, e outros), e ainda que o estilo de liderança dos enfermeiros chefes era orientado para a relação interpessoal e que a relação evidenciada entre o estilo de liderança e o controlo situacional implicava a não eficácia do desempenho do grupo de trabalho.

O reconhecimento pelos outros é entendido como um sentimento de ser aceite e admirado no trabalho, que não sendo considerado, leva, frequentemente, a interferências nas actividades desenvolvidas pelo trabalhador (Mendes, 1999). Na medida em que o trabalho significa realização e identidade para produzir algo, o trabalhador deve ser reconhecido e valorizado pelo que faz. O resultado de quem trabalha, geralmente é

obtido à custa de esforços e, portanto, nada mais justo que o trabalho seja reconhecido, pois quando passa despercebido ou é negado pelos outros pode acarretar sofrimento ou insatisfação (Dejours, 2000). Da avaliação da dimensão relativa à percepção sobre o reconhecimento pelos outros do trabalho que cada um realiza, constatamos que um número considerável de participantes *discorda totalmente* com as afirmações que considera que ninguém reconhece o trabalho (52,2%), que é um bom profissional (46,8%), e só em parte concorda que os outros profissionais reconhecem quando realizam bem o trabalho (43,2%) e que a chefia e os colegas estimulam para um melhor desempenho profissional, respectivamente 42,6% e 35,8%. A percepção da satisfação face ao reconhecimento pelos outros do trabalho realizado não varia em função do sexo e do grupo profissional, sendo no entanto superior no sexo masculino e nos médicos. Apesar de ser desenvolvido em contexto hospitalar, mais especificamente numa unidade de cuidados intensivos, os nossos resultados são corroborados por Pais Ribeiro e Maia (2002), que ao estudar a satisfação dos profissionais constata valores mais elevados no sexo masculino e entre os médicos. No entanto, o estudo de Martins e cols. (2007), num hospital escola, revela que 20% das auxiliares e enfermeiras se sentem muito pouco reconhecidos pelos colegas e 42% extremamente pouco reconhecidos, pelo que o grau de satisfação, em relação a esta dimensão, se encontra bastante deficitário.

Relativamente às condições físicas de trabalho, grande parte dos participantes classificou-as como confortáveis (38,2%), agradáveis (45,1%) e boas (43,7%), não existindo diferenças significativas entre os sexos e os grupos profissionais, apesar do valor médio da satisfação com as condições de trabalho ser superior no sexo masculino e nos médicos. É também expressiva a avaliação negativa das condições de trabalho, com os nossos resultados a serem coincidentes com o estudo de Mártires (2007), onde concluiu que a insatisfação dos profissionais estava ligada a factores exteriores ao trabalho, no que diz respeito às condições precárias dos espaços físicos e às instalações exíguas em que realizava o seu trabalho. De igual modo, Pais Ribeiro e Maia (2002), concluem que a satisfação com a prática profissional em relação a esta dimensão tem um valor médio bastante inferior em relação às outras dimensões e, por isso, as condições de trabalho são factores caracterizadores da situação de trabalho que influenciam a satisfação/motivação dos indivíduos (Ferreira, Neves & Caetano, 2001).

No que respeita à dimensão “relação com os colegas”, constatamos que a maioria (59,7%) dos participantes considerou ter uma boa relação com os colegas de trabalho e ter feito amizades muito duradouras (42,5%). É significativa a expressão de negação, quanto às afirmações que equacionam que os colegas não os tratam bem (74,3%) e que não gostam das pessoas com quem trabalham (73,8%). Quanto às diferenças entre os sexos e grupos profissionais, verificamos não existirem diferenças significativas, apesar dos secretários clínicos e dos elementos do sexo masculino apresentarem valores médios superiores. Batista e cols. (2005), salientaram a importância das relações no seio da equipa multi-profissional no ambiente laboral, considerada como um elemento motivacional para o desenvolvimento das actividades dos membros da equipa. Ao estudarem os factores de motivação e insatisfação dos enfermeiros, os autores concluíram que o bom relacionamento interpessoal é um dos principais factores de motivação no trabalho. De igual modo, Pais Ribeiro e Maia (2002) verificaram que a dimensão satisfação com a relação com os colegas era uma das que detinha maior nível de satisfação. De acordo com Moreno e cols. (2002), quanto maior for a coesão entre os colegas, menor é a possibilidade dos profissionais sentirem a despersonalização. O ambiente de trabalho é de suma importância na vida das pessoas, sendo que a dinâmica do inter-relacionamento pessoal tem sido identificada como requisito fundamental para o trabalho proporcionar satisfação, bem-estar e saúde (Dias, 2001).

Quanto à satisfação profissional, a maioria dos participantes não considera o trabalho rotineiro, no entanto, admitem que o progresso na carreira é lento e que só em parte permite a expressão de criatividade, o desenvolvimento de novos métodos e possibilita oportunidades de promoção. Constata-se que o sexo feminino apresenta nível de satisfação mais elevado e com diferenças estatisticamente significativas, e são os médicos o grupo profissional com maior satisfação. O estudo de Pais Ribeiro e Maia (2002), vai de encontro aos nossos resultados ao constatar ser o grupo dos médicos aquele que apresenta níveis médios de satisfação superior em relação aos enfermeiros. No que concerne ao sexo entra em contradição, uma vez que verificam serem os indivíduos do sexo masculino os que apresentam maior nível de satisfação com a profissão. Contradizendo os nossos resultados, Gonçalves (1998) aferiu serem os homens que detinham maior grau de satisfação profissional em relação ao sexo feminino. Estes resultados parecem vir ao encontro de Llopis i Aliaga e cols. (1993), ao referirem que de uma maneira geral os homens encontram-se mais satisfeitos no

trabalho do que as mulheres. A satisfação no trabalho é um estado emocional prazeroso que resulta da apreciação que o indivíduo faz das actividades laborais e que lhe permitem obter resultados que se direccionam ao encontro das suas necessidades físicas, psicológicas e emocionais, podendo afectar a sua atitude em relação à vida, à família e a si mesmo, bem como influenciar directamente a prestação de cuidados aos utentes (Martins *et al*, 2007).

Relativamente à satisfação com a prática profissional em relação ao sexo e grupo profissional, verificamos serem os elementos do sexo feminino e os médicos que apresentam médias de satisfação mais elevadas, o que vai de encontro em parte ao estudo de Hespanhol (2007), ao concluir que 100% dos médicos, administrativos e auxiliares de apoio e vigilância declararam estar completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou satisfeitos com o trabalho na sua globalidade, para 90% dos enfermeiros. Em contradição está o estudo de Llopis i Aliaga e cols. (1993), onde os homens aparecem mais satisfeitos que as mulheres.

PARTE IV

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Nas partes que precedem a sistematização das conclusões mais relevantes e sugestões, demos conta do enquadramento teórico, do caminho metodológico e dos resultados do estudo de investigação, no que diz respeito à satisfação dos profissionais de saúde que integravam as USFs da ARS Norte, IP, no âmbito da sua avaliação para a gestão dos cuidados de saúde. De seguida, e tendo por base os resultados mais relevantes, apresentamos as conclusões cuja estrutura respeitará a disposição temática inerente ao instrumento de recolha de dados e que também orientou a apresentação e discussão dos resultados. Terminamos com um conjunto de sugestões que resultam de uma perspectiva crítica à análise dos resultados e se constituem como um contributo para a agenda de mudança que orienta as reformas em curso, no caso específico das USFs.

1. CONCLUSÕES

Os CSP têm assistido a um grande crescimento e evolução ao longo das últimas décadas, que apesar das várias formas que tem assumido nos diversos países europeus, tem partilhado objectivos semelhantes (Saltman, Rico & Boerma, 2006).

O caminho percorrido pelos CSP, desde os tempos mais longínquos, dos CS de terceira geração e dos Regimes Remuneratórios Experimentais até aos tempos de hoje com as USFs e os ACES, permitiram aos profissionais reestruturarem as suas práticas e organizarem-se a fim de acrescentarem valor à prestação de cuidados. Aliás, o OPSS acompanhou a reorganização dos CSP e considerou-a um contributo importante para a obtenção de ganhos em saúde (OPSS, 2008).

A reforma dos CSP em curso no nosso país, sintetizada inicialmente na aplicação de novas medidas de gestão e na criação das USFs, foi exequível graças a três determinantes: a vontade dos profissionais e a sua aposta na mudança, a liderança profissional conduzida por um grupo de missão e, por último o apoio político por parte do Ministério da Saúde, sublinhando-se que a ausência de qualquer destes pilares teria inviabilizado todo o processo (Ferreira, 2010).

A par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos, a satisfação dos profissionais é referida na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90) como um dos quatro critérios de avaliação periódica do SNS, assim a satisfação pode ser entendida como o resultado da avaliação que uma pessoa faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas, ou seja, é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter (Graça, 1999b).

No presente estudo, dos 207 participantes, predomina o sexo feminino em todos os grupos profissionais, com os enfermeiros em maior número de elementos (50,7%).

A média de idades é mais elevada no sexo masculino (43,18 anos) e no grupo profissional dos médicos (49,49 anos), sendo que a maioria dos inquiridos detém um tempo médio de exercício profissional em CSP superior a 12 anos, com maior expressão nos médicos (24,44). Em relação ao tipo de vínculo, predomina o "trabalhador do quadro" e do total de participantes 75% integraram a USF por convite e 86% não receberam qualquer tipo de incentivos.

Quanto à relação que estabelecem com os elementos da equipa (coordenador, colegas de profissão, membros da equipa) e utentes, classificam-na como boa e muito boa.

Tendo por base a escala de avaliação da Satisfação com a Prática Profissional, sumarizam-se por ordem decrescente, quanto ao valor médio de satisfação, as seguintes dimensões: relação com os colegas; condições físicas de trabalho; apoio da hierarquia; reconhecimento pelos outros do trabalho realizado; segurança com o futuro da profissão e por fim a satisfação profissional.

De acordo com a ordenação das dimensões na escala de avaliação, *a segurança com o futuro da profissão*, conclui-se que os profissionais de uma maneira geral não

perspectivam a profissão com segurança, no entanto, são os elementos do sexo feminino e o grupo dos médicos que sentem maior segurança, com os enfermeiros a apresentarem uma média inferior quanto à satisfação com a prática profissional, que poderá ser explicada pela instabilidade profissional, que tem marcado o processo negocial da carreira. A falta de segurança em relação ao futuro é também justificada pela opinião dos participantes ao considerarem que representa uma ameaça a carência de formação neste novo modelo de gestão.

A dimensão *apoio da hierarquia* apresenta um valor médio de satisfação baixo, com os profissionais do sexo masculino e os secretários clínicos a sentirem mais apoio por parte do seu superior hierárquico. Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas são os enfermeiros que se apresentam menos satisfeitos com o apoio que tem sido disponibilizado.

Quanto à percepção sobre o *reconhecimento pelos outros do trabalho que realizam*, constatamos que não varia em função do sexo e do grupo profissional, sendo no entanto superior no sexo feminino e nos médicos. Esta dimensão ao apresentar média elevada de satisfação, permite inferir a existência de um grande apreço por todos os intervenientes na prestação de cuidados, reconhecendo-se que a abordagem multidisciplinar é compatível com áreas e competências específicas de cada grupo profissional, que nas palavras dos inquiridos representa uma oportunidade de desenvolvimento profissional, consubstanciada na motivação e expressão da autonomia.

Em relação às *condições físicas de trabalho*, grande parte dos participantes demonstra satisfação com as mesmas, classificando-as como confortáveis, agradáveis e boas, não existindo diferenças significativas entre os sexos e grupos profissionais, sendo que o valor médio da satisfação com as condições de trabalho é superior no sexo masculino e nos médicos.

No que respeita à dimensão *relação com os colegas*, apresenta um valor médio elevado, constatando-se que para a maioria (59,7%) dos participantes predomina um registo afectivo caracterizado por amizades duradouras (42,5%). A análise qualitativa revela que a escolha livre da equipa de trabalho potencia a coesão do grupo e o trabalho em equipa e por conseguinte é geradora de uma grande satisfação com a prática profissional, que foi mais expressiva no sexo masculino e nos secretários clínicos.

A última dimensão da escala, *satisfação profissional*, cujo valor médio é ligeiramente superior no sexo feminino, permite constatar que a maioria dos participantes não considera o trabalho rotineiro, no entanto, admitem que o progresso na carreira é lento e que só em parte permite a expressão de criatividade, o desenvolvimento de novos métodos e possibilita oportunidades de promoção. Verificamos, com diferenças estatisticamente significativas, que a valorização dos aspectos relacionados com a satisfação profissional é superior entre os médicos.

Da avaliação global da satisfação com a prática profissional, com base nas seis dimensões que integram a escala, não ocorrem diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, grupo profissional, tempo de exercício profissional, idade e tipo de vínculo, sendo que os valores médios são superiores nos elementos do sexo feminino, nos médicos, nos profissionais com menor tempo de experiência profissional, nos mais jovens e nos que detêm um vínculo profissional mais seguro. De modo mais particular o sexo masculino apresenta valores médios de satisfação superiores em todas as dimensões com excepção para segurança com o futuro da profissão e satisfação profissional. O grupo profissional que congrega um maior número de dimensões em que a satisfação com a prática profissional é superior, é a dos médicos, com excepção para o apoio da hierarquia e relação com os colegas que é superior entre os secretários clínicos. É de sublinhar que os enfermeiros constituem o grupo profissional que não obtém nenhum valor médio superior em cada uma das dimensões da escala em relação aos restantes grupos profissionais.

Considerando os resultados obtidos da análise qualitativa sobre a opinião dos diferentes profissionais quanto à nova lógica de prestação e organização de cuidados, embora seja ainda uma experiência circunscrita a uma realidade temporal relativamente curta, esta reforma evidencia oportunidades para a consolidação na vida dos CS de modelos mais empresariais de gestão. Assim, com inevitáveis repercussões na satisfação com a prática profissional, os participantes enumeram como oportunidades: a mudança organizacional, traduzida na maior acessibilidade aos cuidados de saúde e no trabalho por objectivos, com reflexos no aumento da produtividade e na excelência profissional, que deverá ser enquadrada nos sistemas retributivos face aos resultados em saúde conseguidos; o desenvolvimento profissional, na medida em que pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, com todos os intervenientes a terem um papel activo no seio da organização dos cuidados, reforçam a autonomia profissional dos

enfermeiros e secretários clínicos; e a prestação de cuidados com ênfase no atendimento personalizado que, ao garantir uma resposta de proximidade face às necessidades em saúde, constitui uma das faces mais visíveis da reforma.

2. SUGESTÕES

Sistematizadas as conclusões mais relevantes, em qualquer estudo emerge uma atitude crítica e reflexiva que, numa perspectiva construtiva que a investigação deve assumir nas instituições de saúde, fundamenta o delineamento de algumas recomendações.

Analisando as dimensões da escala de satisfação com a prática profissional, a relação com o superior hierárquico, a segurança com o futuro da profissão e a satisfação profissional, emergem como áreas menos positivas, sendo necessário um maior investimento em estilos de liderança que, não se afastando dos profissionais, promovam um patamar mais elevado de exigência e de expectativas das equipas de saúde, fomentando discussões estratégicas em torno dos objectivos e da optimização organizativa da USF. Relativamente à dimensão satisfação profissional, centrada em características do trabalho e oportunidades de promoção, a implementação da reforma deve apostar em desbloqueamentos processuais que assegurem a promoção, estabilidade e segurança com o futuro da profissão, de modo particular entre o grupo profissional dos enfermeiros. Em relação às condições físicas de trabalho é recomendado continuar a sua melhoria com vista tanto a uma maior satisfação dos profissionais como dos utilizadores.

Tendo por base a opinião dos participantes no estudo, da qual emergiram registos considerados como situações ameaçadoras e que podem ser vitais para sustentabilidade desta reforma, atrevemo-nos a enumerar como importante a continuidade de investimento nos equipamentos e instalações e na dotação de recursos humanos que assegurem a melhoria continua dos cuidados e a consecução de ganhos em saúde, como também em processos formativos que permitam um domínio técnico das novas lógicas organizacionais. Por outro lado, a implementação da reforma não deve descurar a discrepância de incentivos entre os diferentes grupos profissionais, nivelando a sua distribuição no sentido de contribuir para a valorização e confirmação do trabalho em equipa, como valor acrescentado para a concretização dos objectivos contratualizados.

A natureza burocrática continua a marcar a prestação de cuidados, sendo pertinente e até urgente agilizar estes processos, possivelmente através da optimização dos sistemas de informação.

Em jeito de sugestão final, e porque não partilhamos análises fragmentadas sobre a complexidade de que se revestem os processos conducentes à implementação de reformas, apenas necessário pela nossa iniciação à investigação, perspectivamos no futuro conjugar a perspectiva dos diferentes actores, de entre as quais inscrevemos os cidadãos (para que a mudança ocorra centrada no cidadão), no sentido de alargar a compreensão deste *acontecimento* nos CSP.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. S., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia da educação*. Coimbra: APPORT.
- Alves, F. C. (1991). A satisfação/insatisfação docente: contributos para um estudo da satisfação/insatisfação dos professores efectivos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário do distrito de Bragança. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Alwan, A. (1997). Noncommunicable diseases: a major challenge for public health in the region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 3 (1), 6-16.
- André, O. (1998). Liderança em função da chefia em enfermagem, que diagnóstico? *Nursing*, 11 (127), 29-31.
- André, O., & Neves, A. (2001). A satisfação profissional dos enfermeiros em serviços de urgência. *Nursing*, 13 (157), 15-19.
- Antunes, A.V., & Sant'Anna, L. R. (1996). Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49 (3), 425-434.
- Arndt, C., & Huckabay, L. M. D. (1983). *Administração em enfermagem* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe Publications.
- Avendaño, C, Grau, P., & Yus, P. (1995). Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público en Chile. *Revista de Enfermería*, Dic.,15-26.
- Barañano, A. M. (2004). *Métodos e técnicas de investigação em gestão: manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Editora Sílabo.

- Barker, W. H. (1998). Prevention of disability in older persons. In R. B. WALLACE (ed lit.), *Public health and preventive medicine* (1059-1068). Stamford (Connecticut): Appleton & Lange.
- Barnard, M. *et al.* (1994). A satisfação organizacional: confronto de modelos. In J. Vala, M. B. Monteiro, & L. Lima (Eds.), *Psicologia social das organizações* (pp. 101-122). Oeiras: Celta Editora.
- Batista, A. A. V., Vieira, M. J., Cardoso, N. C. S., & Carvalho, G. R. P. (2005). Factores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem UNS*, 39 (1), 85-91.
- Benavides, F. G., & Benach, J. (2001). Working conditions and sickness absence: a complex relation. *J Epidemiol Community Health*, 55, 368.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal/Reformar para novos sucessos, Grande Prémio da Fundação Astrazeneca 2005* (2ª ed.). Lisboa. Fundação Astrazeneca.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (vol. temático), 5-12.
- Cabral, A. J. R. (2001). Contratualização com centros de saúde: a experiência portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (Vol. Temático).
- Camargo, R. A. A., & Bueno, S. M. V. (2003). Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 490-498.
- Carmo, M., Passos, A., & Caetano, A. (2001). Mudança organizacional e gestão de recursos humanos no sector da saúde: análise de casos. In *Mudança organizacional e gestão de recursos humanos* (pp. 263-280). Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- Carvalho, G., Lavouras, H., & André, I. (2004). O futuro dos centros de saúde. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Recuperado em 10.06.2009 de <http://www.observapot.org/NR/OPSS/print.asp?id>.
- Cura, M. L. A. D., & Rodrigues, A. R. F. (1999). Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (4), 21-28.

- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (4), 701-709.
- Davies, K., & Newstrom, J. W. (1992). *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica*. São Paulo: Pioneira.
- Decreto-Lei n° 117/98*, de 5 de Maio. Estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral. Diário da República, n° 103, Série I-A.
- Decreto-Lei n° 157/99*, de 10 de Maio. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Diário da República, n° 108, Série I-A.
- Decreto-Lei n° 28/2008*, de 22 de Fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, n° 38, Série I.
- Decreto-Lei n° 298/2007*, de 22 de Agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República, n° 161, Série I.
- Decreto-Lei n° 427/89*, de 7 Dezembro. Define o regime de constituição, modificação e extinção da relação jurídica de emprego na Administração Pública. Diário da República, n° 281, Série I.
- Decreto-Lei n° 56/79*, de 15 de Setembro. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, n° 214, Série I.
- Decreto-Lei n° 60/2003*, de 1 de Abril. Cria a rede de cuidados de saúde primários. Diário da República, n° 77, Série I-A.
- Dejours, C. (2000). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 158 p.
- Despacho Normativo n° 24101/2007*, de 22 de Outubro. Definição dos modelos de organização das USF: A, B, C, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização. Diário da República, n° 203, Série II.
- Despacho Normativo n° 9/2006*, de 16 de Fevereiro. Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar. Diário da República, n° 34, Série I-B.

- Despacho Normativo n° 97/83*, de 22 de Abril. Aprova o Regulamento dos Centros de Saúde. Diário da República, n° 93, Série I.
- Dever, G. E. A. (1976). An epidemiological model for health analysis. *Soc. Ind. Res*, 2, 465.
- Dias, E. C. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Duluc, A. (2001). *Liderança e confiança: desenvolver o capital humano para organizações competitivas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fachada, M. O. (2000). *Psicologia das relações interpessoais* (vol. 2). Lisboa: Edições Rumo.
- Ferreira, J. M. C., Neves, J., & Caetano, A. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Ferreira, J. M. C., Neves, J., Abreu, P.N. & Caetano, A. (1996). *Psicossociologia das organizações*. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- Ferreira, P. (2001). Satisfação profissional dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra. *Revista Investigação em Enfermagem*, 4, 20-28.
- Ferreira, P. L. (1999). A voz dos doentes, satisfação com a medicina geral e familiar. Questionário Europep. In Direcção Geral da Saúde, *Instrumento para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: DGS.
- Ferreira, P. L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). *O valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF-2009*. Lisboa: Ministério da Saúde Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Ferrinho, P. (1995). *Primary health care in Alexandra, South Africa: a contribution to the methodology of primary health care*. Alexandra: Author.
- Fortin, M.-F. (2003a). O desenho de investigação. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realidade* (pp. 131-145). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2003b). Glossário. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realidade* (pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). As etapas do processo de investigação. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realidade* (pp. 35-43). Loures: Lusociência.

- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realidade* (pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Prud'Homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de ética em investigação. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realidade* (pp. 113-130). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fowler, G., & Gray, M. (1983). Opportunities for prevention in general practice. In M. Gray, & G. Fowler, (ed. lit.), *Preventive medicine in general practice* (pp. 20-32). Oxford: Oxford University Press.
- Francès, R. (1984). *Satisfação no trabalho e no emprego*. Porto: Rés Editora.
- Fraser, T. M. (1983). *Human stress, work and job satisfaction: a critical approach*. German: International Labour Office.
- Gérvás, J., & Fernández, M. P. (2003). Genética y prevención cuaternaria: el ejemplo de la hemocromatosis. *Atención Primaria*, 32 (3), 158-162.
- Getz, L., Sigurdsson, J. A., & Hetlevik, I. (2003). Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *British Medical Journal*. 327, 498-500.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. H., & Konopaske, R. (2006). *Organizações: comportamento, estrutura e processos*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, A. A. (1995). *Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas*. Dissertação de mestrado. Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra, Portugal.
- Gonçalves, Á. A. (1998). Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas. *Referência*, 1, 41-48.
- Graça L. (1999b). *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade: a satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde*. Lisboa: DGS.
- Graça, L (2000). *A satisfação profissional dos médicos de família do SNS*. Recuperado em 28 de Junho 2010, de <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos27.html>.

- Graça, L. (1993). *Gestão e liderança*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Graça, L. (1999a). Satisfação profissional: o melhor do SNS somos nós. *Mundo Médico*. Março, 18-19.
- Hampton, D. R. (1983). *Administração contemporânea* (2ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Herzberg, F. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley.
- Hespanhol, A. (1996). *Condições do exercício da Clínica Geral do Norte de Portugal*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Medicina do Porto, Portugal.
- Hespanhol, A. A. O. P. (2008). Satisfação dos profissionais do centro de saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 665-670.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university campus. In M. M. Faber, & A.M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction* (pp. 99-134). New York: Collier MacMillan Publishers.
- Iyer, P. W. (1995). *Proceso y diagnóstico de enfermería* (3ª ed.). México DF: McGraw-Hill.
- Jamouille, M. et al. (2002). *Working fields and prevention domains in general practice/family medicine (Draft version 0.6)*. Recuperado em 03.02.2010, de <http://docpatient.net/mj/prev.html>.
- Jamouille, M. (2000). *Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice)*. Recuperado em 03.02.2010, de <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>.
- Jesus, S. N. (2001). Factores de mal-estar e bem-estar em profissionais de educação e de saúde. In *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Manuel Gomes Guerreiro* (pp.197-206). Faro: Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *Psicologia das organizações*. São Paulo: Atlas.
- Klinefelter, G. (1993). Role efficacy and job satisfaction of hospital. *Nurses Journal of Nursing Staff Development*, 4, 179-183.
- Kron, E. T. T. (1984). *Liderazgo y administración enfermería* (5ª ed.). México: Interamericana.

- Krumm, D. (2005). *Psicologia do trabalho: uma introdução à psicologia industrial/organizacional*. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Larraguibel, B. F., & Paravic, T. (2003). Nível de satisfação laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Revista Ciência Y Enfermería*, 9 (2), 57-66.
- Lei 12-A/2008*, de 7 de Fevereiro. Estabelece os regimes de vencimento, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas. Diário da República, nº 41, Série I.
- Lei nº 48/90*, de 24 de Agosto. Aprova a Lei de Bases da Saúde e Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, nº 195, Série I-A.
- Lei nº 59/2008*, de 11 de Setembro. Aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas. Diário da República, nº 176, Série I.
- Lima, M., L., Vala, J., & Monteiro, M. B. (1994). Culturas organizacionais. In J. Vala, M. B. Monteiro, M. L. Lima, & A. Caetano (Eds.), *Psicologia social e das organizações: estudos em empresas portuguesas* (pp. 102-122). Lisboa: Celta Editora.
- Llopis i Aliaga, S., Rosales Calvo, I., Soler Carbó, R., Pérez Chirinos, F. S., Cardona Gasco, V., & Ruiz García, J. (1993). Motivación laboral: creación de círculos de calidad. *Revista Rol de Enfermería*, 16 (176), 33-38.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: M. D. Dunette.
- Lucas, J. S. (1984). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: teoria e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (1), 63-68.
- Lunardi Filho, W. D. (1995). *Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Económicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Martins, J. T., Robazi, M. L. C. C., & Plath, G. A. (2007). Satisfação e insatisfação entre auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade de internação feminina de um hospital-escola. *Ciência y Enfermería*, 13 (1), 25-33.

- Mártires, M. A. (2007). A Satisfação e a motivação dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários. *Pensar Enfermagem*, 11 (2), 45-54.
- Megginson, L. C. (1986). *Administração: conceitos e aplicação*. São Paulo: Harper & Row.
- Mendes, A. M. (2004). Sofrimento e saúde no trabalho. In J. L. Pais Ribeiro & I. Leal (Eds.), 5º Congresso Nacional de Psicologia da saúde: actas (pp.665-670). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mendes, A. M. B. (1999). *Valores e prazer: sofrimento no contexto organizacional*. Tese de doutoramento. Universidade de Nacional de Brasília, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasil.
- Miguez, J. (1987). Satisfação no trabalho e comportamentos de ausência. *Revista de Psicologia e de Ciências da Educação*, 2, 17-35.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos. Orientações estratégicas*. Lisboa: DGS. Vol. 2.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2008). *Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar: um estudo qualitativo*. Lisboa: Autor.
- Moreira, N. (1996). *Satisfação organizacional: a realização de expectativas*.
- Moreno Jiménez, B.; González Gutiérrez, J. L., Garrosa Hernández, E., & Peñacoba Puente, C. (2002). Desgaste profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemográficas. *Revista Rol de Enfermería*, 25 (11), 18-26.
- Moreno, A., Júnior, C., & Machado, P. M. (2002). *Grande dicionário da língua portuguesa* (Vol. 4 e 5). Matosinhos: Editorial Confluência.
- Nascimento, G. M. (2003). Estudo do absentismo de trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil. Recuperado em 07.07.2010,
- Nestle, M. (1998). Nutrition in public health and preventive medicine. In R. B. Wallace (ed. lit.), *Public health and preventive medicine* (pp. 1081-1089.) Stamford (Connecticut): Appleton & Lange.

- Neves, J. G. (2002). Gestão de recursos humanos: evolução do problema em termos de conceitos e práticas. In A. Caetano, & J. Vala (Org.), *Gestão de recursos humanos: contextos, processos e técnicas* (2ª ed., pp. 3-30). Lisboa: Editora RH.
- Neves, R. C. (2001). *Informatização de unidades de saúde: dos conceitos à prática*. Cascais: Principia.
- Nunes, F., & Vala, J. (2002). Cultura organizacional e gestão de recursos humanos. In A. Caetano, & J. Vala (Orgs.), *Gestão de recursos humanos: contextos, processos e técnicas* (2ª ed., pp. 119-150). Lisboa: Editorial RH.
- Observatório da Ordem dos Enfermeiros para os Cuidados de Saúde Primários. (2007, 22 Maio). *Unidades de Saúde Familiar cativam enfermeiros experientes*. Jornal de Notícias.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2008). *Sistema de saúde português: riscos e incertezas. Relatório de Primavera 2008*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Recomendações*. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, Ministério da Saúde e Assistência.
- Organização Mundial de Saúde. (1983). A Declaração de Alma-Ata, 1978. *A Saúde do Mundo*, 24-25.
- Pais Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J., & Maia, P. (2002). Satisfação com a profissão em profissionais de uma unidade de cuidados intensivos (SCI). In I. Leal, I. P. Cabral, & J. Pais Ribeiro (Eds.), *4º Congresso nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 239-246). Lisboa: ISPA.
- Paúl, C., Martin, I., & Roseira, L. (1999). Satisfação dos utentes e voluntariado. *Comunidade e Saúde*, 18-24.
- Paulo, G. N. N. (2003). *Satisfação dos profissionais de saúde: avaliação em dois modelos de gestão hospitalar: adaptação e validação cultural do Hospital Employee Judgment System*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal.

- Peiró, J. M., & Prieto, F. (1996). *Tratado de psicología del trabajo* (Vol. 1). Madrid: Editorial Síntesis.
- Pereira, M. C. A., & Fávero, N. (2001). A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9 (4), 7-12.
- Pisco, L. A. (2006). *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos CSP*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Polít, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Porras, J. I., & Robertson, P. J. (1992). Organisational development: theory, practice, and research. In M. D. Dunnette, & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organisational psychology* (2ª ed., vol. 3). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Portaria nº 1368/2007*, de 18 de Outubro. Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República, nº 201, Série I.
- Portaria nº 301/2008*, de 18 de Abril. Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados prestados. Diário da República, nº 77, Série I.
- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.
- Ramos, S. I. V. (2002b). Satisfação/insatisfação profissional em professores de educação física do quadro de nomeação definitiva de Coimbra: um estudo descritivo. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ramos, V. (2002a). *Centros de saúde de 2ª e 1/2 geração ou nova oportunidade perdida*. Recuperado em 15 Dezembro, 2009, de [Http://www.opapeldomedico.com/imprimir.aspxid-4444](http://www.opapeldomedico.com/imprimir.aspxid-4444).

- Ramos, V. (2004). *O futuro dos centros de saúde*. Lisboa: ENSP-UNL, 2004. Apresentação no seminário sobre “O futuro dos centros de saúde “, no âmbito do 7º Mestrado de Saúde Pública, em 19 de Março.
- Reidy, M., & Mercier, L. (2003). A triangulação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 20, pp. 321-328). Loures: Lusociência.
- Resolução 157/2005*, de 12 de Outubro. Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários. Diário da República, nº 196, Série I-B.
- Richmond, J. (1979). *Health people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: Department of Health, Education and Welfare.
- Robbins, S. P. (1999). *Comportamento organizacional*. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Robbins, S. P. (2002). *Comportamento organizacional* (2ª ed.). São Paulo: Prentice-Hall do Brasil.
- Rodrigues, V. M. C. P. (2000). Satisfação profissional dos enfermeiros de saúde, na sub-região de saúde de Viseu. *Nursing*, 12 (141), 32-36.
- Sakellarides C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 2 (vol. temático), 101-108.
- Sakellarides, C., Gonçalves, F. A., Cunha, G. D., Biscaia, J. L., & Santa, L. (2009). Acontecimento Extraordinário, Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP. Lisboa: DGCSP.
- Saleras Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitária: principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos.
- Saltman, R. B., Rico, A., & Boerma, W. (Eds.). (2006). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Open University Press.
- Sant'Anna, A. S., Moraes, L. F. R., & Kikimnit, Z. M. (2005). Competências individuais, modernidade organizacional e satisfação no trabalho: um estudo de diagnóstico comparativo. *ERA Eletrônica*, 1, 23-28.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologia, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiátrica: a satisfação dos técnicos de saúde mental e psiquiátrica em função dos modelos institucionais*. Coimbra: Quarteto.

- Santos, M. E. R. A., Bustorf, T. F. R., Ferreira, R. I. O., & Bombassaro, V. G. (2006). Satisfação profissional dos enfermeiros do HEM, SA. *Nursing*, 16 (212), 7-12.
- Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., & Osborn, R. N. (1999). *Fundamentos de comportamento organizacional* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 1 (14), 54-60.
- Silva, D. M. P. P., & Marziale, M. H. P. (2000). Absentismo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (5), 44-51.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2004). Influências de percepção de suporte no trabalho e de satisfação com o suporte social sobre bem-estar subjectivo de trabalhadores. In J. L. Pais Ribeiro & I. Leal (Eds), *5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Actas* (pp. 659-664). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações, desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (Especial - 70 Anos), 884-894.
- Souza, B. R. M. J. P., & Saleh, C. R. M. (2005). Comunicação entre profissionais de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (5), 44-51.
- Tamayo, A. (2004). *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, O. M. C. (2008). *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no serviço de imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Tosi, H. L., & Carrol, S. (1982). *Management*. Nova Iorque: Jonh Wiley & Sons.
- Vala, J., Bastos, J. G., & Catarro, M. H. (1983). Dimensões das motivações para o trabalho: estudo empírico. *Psicologia*, 4 (3/4), 251-260.
- Vroom, V. H. (1964). *Work motivation*. New York: John, Wiley & Sons.
- Vuori, H. (1986). Health for all, primary health care and the general practitioners. Keinote address. In *WONCA Proceedings of the 1986 WONCA Conference*.

Watts-Davies, R. (1993). *Absentismo*. Lisboa: Gradiva.

Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annu. Rev. Psychol.*, 50, 361-386.

Werther, W. B., & Davis, K. (1983). *Administração de pessoal e recursos humanos*. São Paulo: McGraw-Hill.

World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. Geneva: Author.

www.mcsp.min-saude.pt

wwwordemenfermeiros.pt.

[wwwcsp.min-saude.pt/contratualização usf 2009](http://wwwcsp.min-saude.pt/contratualização%20usf%202009)

APÊNDICES

I. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

- **Sexo**

Segundo o Grande Dicionário da Língua Portuguesa (2002), sexo é “...a diferença constitutiva dos indivíduos machos em relação às fêmeas ou das fêmeas em relação aos machos...” (p. 347). É uma variável biológica, não podendo ser modificada.

Operacionalização da variável “Sexo”

Variável	Dimensão
Sexo	Feminino
	Masculino

- **Idade**

Intervalo de tempo que decorre entre a data de nascimento (dia, mês e ano) e as zero horas da data em que o instrumento de dados é aplicado. Deve ser expressa em anos completos. As dimensões e indicadores da variável idade basearam-se em Carrilho e Patrício (2005).

Operacionalização da variável “Idade”

Variável	Dimensão	Indicadores
Idade	Jovem em idade activa	15-64 Anos
	População Idosa	+ 60 Anos

- **Categoria profissional**

Considerada como os atributos gerais dos sujeitos em relação à profissão que desempenham.

Operacionalização da variável “Categoria profissional”

Variável	Dimensão	Indicadores
Categoria Profissional	Médico	Profissional autorizado pelo estado para exercer a Medicina; ocupa-se da saúde humana, prevenindo, diagnosticando e curando a doença...
	Enfermeiro	A enfermagem abrange o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades enfermos, ou não, e em todos os ambientes. A enfermagem inclui a promoção da saúde prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal...
	Secretario clínico	Profissional que executa trabalhos de registo, planeamento e tratamento de informações relativas ao serviço de secretariado...

- **Anos de serviço**

É o período de tempo, expresso em anos, que o indivíduo tem na profissão.

Operacionalização da variável “Anos de serviço”

Variável	Dimensão	Indicadores
Anos de serviço	CSP	Cuidados de Saúde Primários
	CSD	Cuidados de Saúde Diferenciados
	OUTROS	Instituições Privadas

- **Estado civil**

Situação jurídica de pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil.

Operacionalização da variável “Estado civil”

Variável	Dimensão	Indicadores
Estado Civil	Solteiro	Pessoa que não partilha nenhuma união de facto.
	Casado	Contrato celebrado entre duas pessoas de sexo diferente que pretendem constituir família, mediante uma comunhão de vida.
	Viúvo	Dissolução do casamento por morte de um dos conjugues.
	União de facto	Condição de convivência considerada como entidade familiar não registada (como o casamento), onde são exigidos o atendimento de quatro requisitos fundamentais: que a convivência seja duradoura, pública, contínua, e que a união tenha o objectivo de constituir família (Lei 9.278/96).
	Divorciado/ Separado	Dissolução legal e definitiva do vínculo de casamento.

- **Vínculo profissional**

Tipo de ligação jurídica que o trabalhador tem com a instituição.

A 1 de Janeiro de 2009 entrou em vigor o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTPF), aprovado pela Lei nº 59/2008, de 11 de Setembro. Estão em vigor os novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, constantes da Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro (LVCR).

Operacionalização da variável “Vínculo profissional”

Variável	Dimensão	Indicadores
Tipo de Vínculo	Definitivo (quadro)	Transitam para a modalidade de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado.
	Contrato de Tempo Indeterminado	Mantêm o mesmo contrato, com o conteúdo decorrente da LVCR e do RCTPF.
	Contrato Termo Resolutivo	Mantêm o contrato, com o conteúdo decorrente da LVCR e do RCTPF.
	Contrato em Comissão de Serviço	Transitam para a modalidade de contrato por tempo indeterminado, em período experimental.
	Contrato Administrativo de Provisamento	Transitam para a modalidade de Contrato por tempo indeterminado, em período experimental, ou para a de contrato a termo, certo ou incerto, conforme a duração do contrato.

• **Regime Remuneratório Experimental (RRE)**

Aplica o princípio de que o pagamento aos profissionais deve estar associado, pelo menos em parte, à quantidade e qualidade do desempenho. Sistema de pagamento misto, com uma componente salarial, uma parte por capitação ponderada e pagamento ao acto para algumas tarefas específicas.

Operacionalização da variável “RRE”

Variável	Dimensão	Indicadores
Regime Remuneratório Experimental	RRE adoptado nas USFs modelo A	São atribuídos incentivos institucionais ou não financeiros (formação contínua, documentação, reabilitação das infra-estrutura equipamento, humanização da USF).
	RRE adoptado nas USFs modelo B	Contratualização de um pacote de serviços ou resultados de determinada actividade ou Programa de Saúde. Comporta duas vertentes: suplementos associados à quantidade de trabalho previsto (lista de utentes inscritos); e suplementos associados ao cumprimento de determinadas metas pré-definidas.

II. QUESTIONÁRIO ESCALA DA SATISFAÇÃO COM A PRÁTICA PROFISSIONAL

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VILA REAL

Curso de Mestrado e Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde

QUESTIONÁRIO

Sandra Isabel Gomes Salvado dos Santos Meireles

VILA REAL, 2008, JUNHO

Está em curso a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tendo como acção prioritária o lançamento e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF).

Sabendo que a satisfação profissional é uma dimensão de qualidade assistencial, foi nossa preocupação estudar esta temática no novo modelo organizacional dos CSP onde estão inseridas as USFs.

Com este questionário pretendemos conhecer a satisfação profissional dos elementos que integram as USFs da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARS Norte, IP).

Por favor atenda ao seguinte:

- a) Antes de responder, faça uma breve reflexão sobre cada questão que lhe é proposta.
- b) Responda com objectividade **a todas as perguntas**, baseando-se na sua **experiência profissional**.

Não proceda a qualquer identificação no preenchimento do questionário;

O anonimato e a confidencialidade dos resultados serão sempre garantidos.

Agradece-se desde já a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos

Sandra Meireles

Preencha e assinale com um (X) a sua resposta

Parte I

Caracterização Sumária

1 - Idade _____

2 - Sexo

- (1) Feminino
 (2) Masculino

3 - Estado Civil

- (1) Casado com registo
 (2) Casado sem registo/ União de facto
 (3) Solteiro
 (4) Viúvo
 (5) Divorciado / Separado

4 - Profissão

- (1) Médico
 (2) Enfermeiro
 (3) Administrativo

5 - Experiência Profissional

Número de anos: _____

- (1) CSP- Quanto tempo? _____
 (2) CSD- Quanto tempo? _____
 (3) Outro serviço -Quanto tempo? _____

Especifique o serviço _____

6 - Tipo de Vínculo

- (1) Trabalhador do quadro
 (2) Contrato de trabalho por tempo indeterminado
 (3) Contrato de trabalho a termo resolutivo

7 - Local onde desempenha funções:

8 - No seu local de trabalho já teve algum incentivo, que não o seu vencimento?

- (1) Sim (2) Não

9 - Como se deu o processo de iniciação à constituição da USF?

- (1) Iniciativa Própria
 (2) Convite
 (3) Outra _____

10 - À quanto tempo vivencia a experiência de pertencer à USF? _____ anos

11 - Quantos elementos compõem a USF que integra? _____

12 - Classifique a sua relação com:

	Muito Boa	Boa	Razoável	Má	Muito Má
Coordenador da equipe	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
Colegas de profissão	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
Membros da Equipa	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
Utentes	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)

13 - O que pensa deste serviço (USF) no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários?

Parte II

Questionário de Satisfação com o Trabalho

Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações relativas ao modo como vê ou sente o seu trabalho e o que lá se passa. Assinale em que medida concorda ou discorda com essas informações.

Se assinalar

A significa que **discorda totalmente** com a afirmação

B significa que **discorda bastante** com a afirmação

C significa que **discorda parcialmente** com a afirmação

D significa que **concorda parcialmente** com a afirmação

E significa que **concorda bastante** com a afirmação

F significa que **concorda totalmente** com a afirmação

(J. Pais Ribeiro - *Questionário de Satisfação com o trabalho*, 2002)

1. Ninguém reconhece que sou um bom profissional	A	B	C	D	E	F
2. O meu trabalho é muito rotineiro	A	B	C	D	E	F
3. O progresso na minha carreira é muito lento	A	B	C	D	E	F
4. O meu chefe directo dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho	A	B	C	D	E	F
5. A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro	A	B	C	D	E	F
6. As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem feitas	A	B	C	D	E	F
7. A minha relação com os meus colegas é boa	A	B	C	D	E	F
8. A administração da minha empresa tem uma política clara	A	B	C	D	E	F
9. As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis	A	B	C	D	E	F
10. O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir	A	B	C	D	E	F
11. O meu chefe directo dá-me todo o apoio de que preciso	A	B	C	D	E	F
12. O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade	A	B	C	D	E	F
13. A administração da minha empresa explica bem a sua política	A	B	C	D	E	F
14. A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos	A	B	C	D	E	F
15. Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho	A	B	C	D	E	F
16. A minha profissão dá-me oportunidades de promoção	A	B	C	D	E	F
17. As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis	A	B	C	D	E	F
18. Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho	A	B	C	D	E	F
19. O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho	A	B	C	D	E	F
20. Não gosto das pessoas com quem trabalho	A	B	C	D	E	F
21. Ninguém reconhece o meu trabalho	A	B	C	D	E	F
22. Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas	A	B	C	D	E	F
23. As condições de trabalho no meu serviço são boas	A	B	C	D	E	F
24. Os meus colegas não me tratam bem	A	B	C	D	E	F

III. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO AUTOR PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA

Autorizo a utilização do questionário pedido abaixo
atentamente

José Luis Pais Ribeiro
e-mail: jlpr@fpce.up.pt
mobil phone: (351) 965045590
web page: <http://paisribeiro.googlepages.com/home>

[[Esconder Texto Citado](#)]

Ex. Senhor Doutor José Luís Pais Ribeiro

Conforme contacto telefónico em 12 de Setembro pelas 11H00, reenvio o e-mail inicial.

Sandra Isabel Gomes Salvado dos Santos Meireles, encontrando-me a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde na UTAD-Vila Real, pretende realizar um estudo cujo objectivo principal é avaliar a satisfação dos Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde Familiar, ARS Norte. Tendo conhecimento da existência do seu Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional, venho por este meio solicitar a sua a autorização, para poder utilizar o referido Instrumento, comprometendo-me desde já ao posterior envio dos resultados obtidos no estudo.

Desde já agradeço o envio da declaração de autorização do Instrumento de Colheita de Dados.

Com os melhores cumprimentos,
Sandra Isabel Gomes Salvado dos Santos Meireles

----- Finalizar mensagem encaminhada -----

----- Finalizar mensagem encaminhada -----

--
This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner, and is believed to be clean.

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobil phone: (351) 965045590
web page: <http://paisribeiro.googlepages.com/home>

IV. FORMALIZAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Exma Senhora Enfermeira

Teresa Moreno

No âmbito do Curso de Pós-Graduação e Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, informo que Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro, Professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, com o Doutoramento em Ciências Sociais e Humanas – Ciências da Educação da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, se encontra a orientar a tese de Mestrado intitulada "Avaliação da Satisfação dos Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde Familiar da ARS Norte, IP: um contributo para a gestão dos cuidados" a desenvolver pela mestrand **Sandra Isabel Gomes Salgado dos Santos Meireles**.

Tratando-se de um estudo que para o seu desenvolvimento tem definido um tempo cronológico limitado e, na medida em que visa a aplicação de um questionário para obtenção de dados, solicitávamos a V.Ex^a, a melhor atenção que pode dispensar a este assunto.

Vila Real, 3 de Novembro de 2008

Maria João Pinto Monteiro



Ministério da Saúde

**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.Exm^o(a) Senhor(a) Coordenador(a)USF Vimaranes
Rua da Maina
4810-503 Urguezes Guimarães

52270 10-12 '08

Assunto: Pedido de Realização de Estudo

Sua referência	DATA	Nossa referência	DATA
		GdGC	2008.11.28

Solicita-se a V. Ex. a emissão de parecer relativamente à pretensão da Sra. Sandra Isabel Gomes Salvado dos Santos Meireles, Enfermeira Graduada, a exercer função no Centro de Saúde de Alijó no que respeita à aplicação de um questionário, a realizar nessa USF e integrada no Curso de Mestrado e Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O referido questionário tem como tema:

"Avaliação da Satisfação dos Profissionais de Saúde nas Unidades de Saúde Familiar da Administração Regional de Saúde do Norte: um contributo para a Gestão de Cuidados."

Com os melhores cumprimentos,

o Conselho Directivo

Pimenta Marinho
Membro do C. D.

Rua de Santa Catarina, 1298
4000-107 Porto

Tel. 22 550 96 14
Fax 22 550 96 14

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

V. ESTATÍSTICA DESCRITIVA QUANTO ÀS DIMENSÕES QUE INTEGRAM A
ESCALA DA SATISFAÇÃO COM A PRÁTICA PROFISSIONAL

Dimensões		Discorda totalmente		Discorda bastante		Discorda parcialmente		Concorda parcialmente		Concorda bastante		Concorda totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Segurança com o futuro da Profissão	A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro	35	17,1	20	9,7	39	19	58	28,3	43	21	10	4,9
	A administração da minha empresa tem uma política clara	17	8,4	17	8,4	43	21,3	71	35,1	41	20,3	13	6,4
	A administração da minha empresa explica bem a sua política	16	8,8	13	6,3	40	19,9	78	38,8	47	23,4	7	3,5
Apoio da Hierarquia	O meu chefe directo dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho	22	10,8	19	9,3	41	20,1	63	30,9	49	24	10	4,9
	O meu chefe directo dá-me todo o apoio de que preciso	10	4,9	8	3,9	28	13,8	66	32,5	75	36,9	16	7,9
	O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho	12	5,9	15	7,4	23	11,4	75	37,1	66	32,7	11	5,4
econhecimento pelos outros do trabalho realizado	Ninguém reconhece que sou um bom profissional	96	46,8	53	25,9	29	14,1	17	8,3	7	3,4	3	1,5
	As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas	5	2,4	16	7,8	17	8,3	89	43,2	64	31,1	15	7,3
	Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho	13	6,4	15	7,4	26	12,7	87	42,6	53	26	10	4,9
	Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho	4	2	5	2,5	23	11,3	73	35,8	87	42,6	12	5,9
	Ninguém reconhece o meu trabalho	108	52,2	38	18,4	36	17,4	14	6,8	9	4,3	2	1
Condições físicas de trabalho	As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis	22	10,6	14	6,8	24	11,6	51	24,6	79	38,2	17	8,2
	As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis	29	14,1	9	4,4	17	8,3	41	19,9	93	45,1	17	8,3
	As condições de trabalho no meu serviço são boas	23	11,2	8	3,9	18	8,7	50	24,3	90	43,7	17	8,3
Relação com os colegas	A minha relação com os meus colegas é boa	3	1,5	4	1,9	7	3,4	36	17,5	123	59,7	33	16
	Não gosto das pessoas com quem trabalho	152	73,8	23	11,2	11	5,3	13	6,3	3	1,5	4	1,9
	Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas	6	2,9	6	2,9	23	11,1	55	26,6	88	42,5	29	14
	Os meus colegas não me tratam bem	153	74,3	24	11,7	10	4,9	12	5,8	4	1,9	3	1,5
Satisfação Profissional	O meu trabalho é muito rotineiro	50	24,3	53	25,7	55	26,7	29	14,1	15	7,3	4	1,9
	O progresso na minha carreira é muito lento	7	3,4	13	6,4	14	6,9	26	12,8	110	54,2	33	16,3
	O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir	17	8,2	33	15,9	50	24,2	67	32,4	30	14,5	10	4,8
	O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade	8	3,9	13	6,3	33	16	84	40,8	57	27,7	11	5,3
	A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos	11	5,4	23	11,1	28	13,8	89	43,8	47	23,2	5	2,5
	A minha profissão dá-me oportunidades de promoção	36	17,9	39	19,4	44	21,9	59	29,4	18	9	5	2,5