

SATISFAÇÃO LABORAL EM ENFERMAGEM
E QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

João Miguel Lopes Casanova Felgueiras

Orientador(a):
Mestre Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE Business School,
Departamento de Gestão

Novembro 2011

**SATISFAÇÃO LABORAL EM ENFERMAGEM
E QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE**

Estudo de Caso em Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes

João Miguel Lopes Casanova Felgueiras

Trabalho de investigação submetido como requisito parcial para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador(a):
Mestre Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE Business School,
Departamento de Gestão

Novembro 2011

RESUMO

Este trabalho de investigação desenvolve-se na esfera de influência da gestão estratégica de pessoas num contexto de convulsão económico-financeira que estamos a vivenciar, abordando a situação laboral, dentro das organizações de saúde, particularmente dos enfermeiros. Este grupo profissional atravessa uma etapa de implementação de uma nova carreira ainda não iniciada com as potenciais consequências na satisfação laboral e, por conseguinte, na qualidade dos serviços e na performance das organizações de saúde.

Com o objectivo de explicar a influência da satisfação laboral dos enfermeiros na qualidade dos serviços de saúde, confrontaram-se factores que condicionam a satisfação com as diferentes dimensões da qualidade em saúde recorrendo a uma amostra de enfermeiros de unidades de cuidados intensivos. Pretende-se, por um lado, correlacionar as diferentes variáveis de satisfação com as variáveis referentes à qualidade dos serviços e, por outro, investigar quais as variáveis que têm mais impacto e explicam possíveis alterações na qualidade no sentido de auxiliar em possíveis mudanças necessárias para a manutenção de uma performance organizacional dentro de padrões de qualidade adequados.

Concluiu-se que factores sócio-organizacionais que condicionam a satisfação laboral dos enfermeiros são responsáveis por alterações na qualidade dos serviços de saúde, tendo em conta que tanto a satisfação como a qualidade são dois conceitos multifactoriais e multidimensionais e, portanto, de difícil definição.

Palavras-Chave: Satisfação laboral, qualidade dos serviços de saúde, enfermeiros, unidade de cuidados intensivos, organizações de saúde

Classificações do Journal of Economic Literature

I12 — Health Production

I18 — Government Policy; Regulation; Public Health

ABSTRACT

This research develops in the sphere of influence of the strategic management of people in a context of economic and financial convulsion that we are experiencing, addressing the employment situation, within the health organizations, particularly of nurses. This professional group goes through a stage of implementation of a new career, which has not started, with the potential impact on job satisfaction and, consequently, service quality and performance of health organizations.

In order to explain the influence of job satisfaction of nurses in the quality of health services, we clashed factors that influence satisfaction with different dimensions of quality in health, using a sample of nurses in intensive care units. It is intended, firstly, to correlate the different variables of satisfaction with the variables related to quality of services and, secondly, to investigate which variables have more impact and explain possible changes in quality in order to assist in possible changes needed to maintaining an organizational performance within the standards of appropriate quality.

It was concluded that social and organizational factors that influence the job satisfaction of nurses are responsible for changes in the quality of health services, given that both satisfaction and quality are two concepts multifactorial and multidimensional and therefore difficult to define.

Keywords: job satisfaction, quality of health services, nurses, intensive care, health organizations

Journal of Economic Literature Classifications

I12 — Health Production

I18 — Government Policy; Regulation; Public Health

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo apoio constante, pela exigência, pelo carinho e por acreditarem em mim “*porque sem trabalho nada feito*”.

Aos meus colegas que participaram neste trabalho com as suas opiniões e visões do mundo da saúde e, em particular, aos enfermeiros Maciel Lourenço e Carlos Costa pelo apoio técnico e à enfermeira Elsa Azeiteiro pelo apoio moral.

Aos meus amigos Carla, Filipa e Luís pelo incentivo e acompanhamento durante todo este processo.

À professora Generosa do Nascimento, pela sua generosidade, orientação, paciência e formação humana e técnico-científica que, a par do curso de mestrado, deram-me uma visão renovada e mais aprofundada da saúde em Portugal.

ÍNDICE

RESUMO	I
ABSTRACT	II
AGRADECIMENTOS.....	III
ÍNDICE	IV
Índice de Quadros	V
Índice de Figuras	VI
1 – INTRODUÇÃO	1
2 – QUADRO TEÓRICO.....	3
2.1 – Estrutura da organização – a especificidade dos hospitais	3
2.2 – Evolução da enfermagem	4
2.3 – Satisfação laboral	5
2.4 – Satisfação laboral dos enfermeiros	11
2.5 – Qualidade vida no trabalho	13
2.6 – Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros	17
2.7 – Qualidade dos serviços de saúde	23
2.8 – Unidades de cuidados intensivos polivalentes.....	26
3 – METODOLOGIA	31
3.1 – Método e caracterização da amostra	31
3.1.1 – Caracterização da organização.....	31
3.1.2 – Caracterização do serviço/unidade.....	36
3.1.3 – Caracterização sociodemográfica da amostra	37
3.2 – Instrumento de recolha de dados.....	40
3.3 – Procedimentos.....	44
3.4 – Técnicas de tratamento dos dados.....	44
4 – RESULTADOS.....	45
4.1 – Análise descritiva dos dados recolhidos.....	45
4.2 – Análise correlacional dos dados recolhidos	52
4.3 – Análise de regressão linear.....	55
5 – CONCLUSÕES.....	64
6 – BIBLIOGRAFIA.....	68
7 – ANEXOS	71
7.1 – Anexo 1 – Exemplar do instrumento de recolha de dados.....	71
7.2 – Anexo 2 – Quadro de conceitos, Dimensões, indicadores e perguntas correspondentes	76
7.3 - <i>Outputs do SPSS</i> de Regressão linear das diferentes variáveis	77
7.3.1 – Anexo 3 - Método <i>Stepwise</i> – Variável dependente Qualidade Geral e impacto do género	77
7.3.2 – Anexo 4 - Método <i>Stepwise</i> – Variável Dependente – Disponibilidade de meios	79
7.3.3 – Anexo 5 - Método <i>Stepwise</i> – Variável Dependente –Oportunidade	78
7.3.4 – Anexo 6 - Método <i>Stepwise</i> – Variável dependente – Efectividade.....	80
7.3.5 – Anexo 7 - Método <i>Stepwise</i> – Variável dependente – Segurança	81
7.3.6 – Anexo 8 - Método <i>Stepwise</i> – Variável Dependente Respeito e preocupação	82
7.3.7 – Anexo 9 - Método <i>Stepwise</i> – Variável Dependente Eficiência.....	82
7.3.8 – Anexo 10 – Método <i>Stepwise</i> – Variável Dependente – Adequabilidade	82

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Relação entre os conceitos e dimensões	41
Quadro 2 – Frequências e percentagens Secção I.....	46
Quadro 3 – Frequências e percentagens Secção II	48
Quadro 4 – Questão 10	49
Quadro 5 – Frequências e percentagens Secção III	50
Quadro 6 – Secção IV – Médias e desvio-padrão	51
Quadro 7 – Correlações entre as variáveis operacionais utilizando Coeficiente de Spearman	53
Quadro 8 – Regressão linear – Variável dependente disponibilidade de meios	57
Quadro 9 – Regressão linear – Variável Dependente Oportunidade	58
Quadro 10 – Regressão linear – Variável Dependente Efectividade	59
Quadro 11 – Regressão linear – Variável Dependente Segurança	59
Quadro 12 – Regressão linear – Variável Dependente Respeito e preocupação	60
Quadro 13 – Regressão linear – Variável Dependente Eficiência.....	60
Quadro 14 – Regressão linear – Variável Dependente Adequabilidade.....	61
Quadro 15 – Regressão linear – Variável Dependente Qualidade Geral.....	61
Quadro 16 – Regressão linear – Variável Dependente Qualidade Geral – Impacto do género masculino	62
Quadro 17 – Regressão linear – Variável Dependente Qualidade Geral – Impacto do género feminino	62
Quadro 18 – Sumário do modelo de regressão – Qualidade geral	77
Quadro 19 – Análise de validade do modelo – Qualidade geral.....	77
Quadro 20 – Análise de multicolineariedade do modelo.....	77
Quadro 21 – Coeficientes de regressão – variável Qualidade Geral.....	77
Quadro 22 – Sumário do modelo de regressão com impacto do género masculino	77
Quadro 23 – Análise do modelo pelo teste <i>ANOVA</i>	78
Quadro 24 – Coeficientes de regressão das variáveis independentes com impacto do género masculino.....	78
Quadro 25 – Análise de multicolineariedade do modelo.....	78
Quadro 26 – Sumário de modelo de regressão com impacto do género feminino.....	78
Quadro 27 – Coeficientes de regressão das com o impacto do género feminino.....	78
Quadro 28 – Análise de validade do modelo impacto do género feminino	78
Quadro 29 – Análise de multicolineariedade do modelo de qualidade geral com o impacto género feminino	79
Quadro 30 – Sumário do modelo de regressão da variável disponibilidade de meios	79
Quadro 31 – Análise de validade do modelo – Disponibilidade de meios	79
Quadro 32 – Coeficientes de regressão variável disponibilidade de meios	79
Quadro 33 – Análise de multicolineariedade – Variável Disponibilidade de meios.....	79

Quadro 34 – Sumário do modelo de regressão – Variável dependente Oportunidade	80
Quadro 35 – Análise de validade do modelo de regressão da variável dependente Oportunidade	80
Quadro 36 – Coeficientes de regressão – variável dependente Oportunidade	80
Quadro 37 – Análise de multicolineariedade – Oportunidade	80
Quadro 38 – Sumário do modelo de regressão – Efectividade	80
Quadro 39 – Análise de validade do modelo de regressão – Efectividade	81
Quadro 40 – Coeficientes de regressão – Efectividade	81
Quadro 41 – Análise multicolineariedade – Efectividade	81
Quadro 42 – Sumário do modelo de regressão – Segurança	81
Quadro 43 – Análise de validade do modelo de regressão – Segurança	81
Quadro 44 – Coeficientes de regressão – Segurança	81
Quadro 45 – Análise de multicolineariedade do modelo – Segurança	82
Quadro 46 – Sumário do modelo de regressão – Respeito e preocupação	82
Quadro 47 – Análise de validade do modelo de regressão – Respeito e preocupação	82
Quadro 48 – Coeficientes de regressão – Respeito e preocupação	82
Quadro 49 – Análise de multicolineariedade – Respeito e preocupação	82
Quadro 50 – Sumário do modelo de regressão – Eficiência	82
Quadro 51 – Análise da validade do modelo de regressão – Eficiência	83
Quadro 52 – Coeficientes de regressão do modelo – Eficiência	83
Quadro 53 – Análise de multicolineariedade – Eficiência	83
Quadro 54 – Sumário do modelo de regressão – Adequabilidade	83
Quadro 55 – Análise da validade do modelo de regressão – Adequabilidade	84
Quadro 56 – Coeficientes de regressão do modelo – Adequabilidade	84
Quadro 57 – Análise de multicolineariedade – Adequabilidade	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Organigrama hospitalar – CHLC	34
Figura 2 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos por género	38
Figura 3 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos por habilitações literárias	38
Figura 4 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos por vínculo laboral	39
Figura 5 – Intervalos dos anos de exercício profissional e exercício de funções	39

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do mestrado em Gestão de Serviços de Saúde é realizado o presente trabalho de investigação sobre a satisfação laboral e qualidade de serviços em saúde num contexto de convulsão social e económico-financeira onde a reflexão e a capacidade de decisão é posta à prova numa era de escassez de recursos cada vez mais aprofundada.

A elaboração deste trabalho de investigação desenvolve-se na esfera de influência da política e gestão estratégica de pessoas. Esta área tem pertinência na situação laboral e organizacional que estamos atravessar nacional e internacionalmente.

O trabalho de investigação tem como questão central: Que factores influenciam a satisfação laboral dos enfermeiros e a sua percepção sobre o impacto na qualidade dos cuidados de saúde prestados em unidades de cuidados intensivos do sector público? Esta questão visa identificar os factores que condicionam a satisfação laboral deste grupo profissional e verificar que tipo de relação existe com a qualidade dos serviços prestados, isto segundo a visão desse mesmo grupo profissional confrontando resultados de duas temáticas em questão. Esta problemática apresenta facetas polémicas uma vez que nos encontramos em fase de implementação de novas carreiras e num contexto de crise económico-financeira. É por isso bastante actual e pertinente, uma vez que estamos num impasse, podendo ser este um contributo para poder esclarecer a comunidade sobre a importância de qualidade nos serviços de saúde, nos quais os enfermeiros são o elo aglutinador dos diferentes sujeitos intervenientes na prestação de serviços de saúde sendo também eles um dos factores determinantes na performance da organização e contributo inequívoco no desenvolvimento do país.

Ter-se-á como base de partida, o facto de o sistema de recompensas (reconhecimento, carreira, remunerações, autonomia) ser factor de discórdia dentro da classe profissional o que leva à insatisfação profissional. Este facto, potencialmente, implica baixas performances dentro das organizações de saúde o que implica, conseqüentemente, baixos índices de produtividade nos cuidados de saúde em geral e no desempenho dos enfermeiros em particular. Podemos propor que actuando num sistema de recompensas justo e elaborado em conjunto com os interessados, chegar a índices de satisfação que permitam, não só a existência de condições de trabalho aceitáveis, mas também perspectivas de futuro, segurança e estipulação de objectivos que possam ser alcançáveis, sendo estes fios condutores do desempenho esperado e com qualidade do enfermeiro. Contudo verificamos que razões oficialmente apresentadas sobre problemas económico-financeiros restringem margens de negociação uma vez que os recursos são cada vez mais escassos sendo a sua afectação muito

condicionada, o que preocupa todos os enfermeiros. A qualidade e segurança dos cuidados estão actualmente a ser postas em causa em detrimento de questões financeiras, o que leva previsíveis falhas na tão necessária reforma estrutural que a saúde em Portugal precisa.

O objectivo deste trabalho será investigar os factores que influenciam a satisfação laboral dos enfermeiros e em que medida têm impacto na qualidade dos serviços de saúde utilizando para tal um grupo de enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos polivalentes.

Este trabalho é constituído por um quadro teórico sobre organizações de saúde e a sua génese, a evolução da profissão de enfermagem, satisfação laboral e seus factores condicionantes e qualidade de vida laboral, especificando-os relativamente aos enfermeiros.

Abordaremos também a evolução da qualidade dos serviços de saúde e a constituição e funcionamentos de unidades de cuidados intensivos. Posteriormente formularemos uma hipótese de investigação, descreveremos os procedimentos metodológicos utilizados, a organização e o serviço que serviram de base ao estudo e procederemos à caracterização sociodemográfica da amostra. Por fim, faremos uma análise dos resultados obtidos utilizando diferentes instrumentos estatísticos e finalizaremos com as conclusões e reflexões para o futuro.

2 - Quadro teórico

2.1 - Estrutura da organização – a especificidade dos hospitais

Os serviços de saúde são organizações bastante peculiares, concebidas com base no princípio do superior interesse dos clientes. São sistemas compostos por actividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objectivos comuns (Chiavenato, 1995).

Mintzberg (2010) apresenta cinco estruturas existentes dentro das organizações: o vértice estratégico, a linha hierárquica, o centro operacional, a tecnoestrutura e o pessoal de apoio, cada um deles com funções específicas dentro do sistema, mas que podem interagir das mais variadas formas e mediante um variado leque de factores. No caso em estudo, a organização tem como estrutura a burocracia profissional. Esta configuração é a que mais se enquadra no funcionamento de um hospital, em que o vértice estratégico tem, acima de tudo, uma função de coordenação do pessoal de apoio e gestão dos recursos financeiros e materiais, bem como o património do hospital; é o centro operacional que se assume como componente-chave da organização. Os operacionais gozam de uma grande autonomia, graças à sua formação de base e como tal, há uma standardização das qualificações. Existe ainda fenómenos de balcanização em que os diferentes serviços apresentam culturas próprias defendendo-as perante os demais levando a uma interacção e dinâmicas mais complexas no seio da organização.

Uma organização hospitalar é considerada como, já vimos, um sistema altamente especializado mas também um exemplo de um sistema imperfeitamente conectado.

Segundo os trabalhos de Orton e Weick (1990), são sistemas em que os elementos respondem em conjunto, embora preservando a sua diferenciação e identidade. A conexão imperfeita numa organização sugere a existência de elementos interdependentes relacionados entre si, mas capazes de um certo nível de independência. O hospital surge como um local onde a diferenciação faz-se sentir na dificuldade de standardização do trabalho dos profissionais dada a sua complexidade e urgência, exigindo assim uma gestão casuística da actividade. O meio interno torna-se fragmentado devida à grande autonomia dos profissionais que antagoniza com a necessidade de coordenação das actividades internas sentida em toda a

organização. O meio externo envolvente, também fragmentado, caracteriza-se por estímulos dispersos, os deferentes tipos de clientes, patologias e existência de expectativas incompatíveis como pressões para redução de custos ou pressões dos utentes e dos profissionais para o aumento da qualidade da prestação de cuidados. Para compensar esta conexão imperfeita, Orton e Weick (1990) identificaram três tipos de estratégias – a liderança, a focalização e a partilha de valores. A liderança deve ser subtil e individualizada, assegurando-se que a visão central esteja sempre presente. Numa estratégia de focalização, o líder procura mudar o comportamento dos seus subordinados, mas apenas naquilo que se considera essencial, deixando-lhes uma considerável margem de liberdade para adaptação de situações. Quanto à partilha de valores, e tendo em conta as características de uma organização hospitalar, podemos considerar que a perda de controlo a que se assiste actualmente é compensada por uma orientação clânica.

2.2 – Evolução da Enfermagem

Sendo este trabalho de investigação desenvolvido no grupo dos enfermeiros, torna-se relevante definirmos o que é a enfermagem, fazer um enquadramento histórico que reflecte a mudança desta profissão ao longo dos tempos.

De acordo com Florence Nightingale, a fundadora da que é considerada a enfermagem dos tempos modernos, refere que a enfermagem é a actividade que permite cuidar da pessoa no seu todo, e não apenas na doença integrando-a no seu ambiente. A sua citação mais usada “*a utilização correcta de ar fresco, luz, calor, limpeza, silêncio e a selecção e administração adequadas de dietas- tudo isto com o mínimo dispêndio de poder vital do doente*”. Esta definição reflecte a filosofia da autora mas também a filosofia da época, ou seja, segunda metade do séc.XIX (Bolander,1998).

Nos anos sessenta do século passado, Henderson citada por Bolander, uma das primeiras teóricas de enfermagem, num esforço para conceptualizá-la, avançou com a seguinte definição: “*A função singular do enfermeiro é assistir o individuo doente ou saudável na execução de actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação (ou para uma morte serena) que ele levaria a cabo sem ajuda, se tivesse força, vontade ou os conhecimentos necessários. E fazer isto de tal maneira que o ajude a adquirir independência o mais rapidamente possível.*” Esta visão da profissão foi progressista uma vez que integrou os cuidados paliativos e conceitos de saúde e sua promoção, na estrutura curricular das

escolas de enfermagem. Podemos associar este ponto de vista com o período social de que se vivia a nível mundial com a revolução dos costumes e formas de encarar a vida que se vivenciava nesse período (Bolander,1998).

A definição avançada pela ANA (American Nurses Association) nos anos oitenta reflecte a mudança nos enfermeiros enquanto grupo, bem como a mudança nas relações destes com outros profissionais, nomeadamente médicos. Assim emergiu o conceito “ *enfermagem é o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde actuais e potenciais.*” Esta definição ampla reflecte as mudanças na teoria de enfermagem desenvolvida durante os anos setenta, legitimando os diagnósticos de enfermagem e distingue-os dos diagnósticos médicos. Como cada estado tem suas próprias leis relativas a prática de enfermagem uma definição mais abrangente permite uma maior latitude (Bolander,1998).

A definição da Canadian Nurses Association postula que “ *a prática de enfermagem pode ser definida genericamente como dinâmica, protectora, uma relação de ajuda, na qual os enfermeiros auxiliam o doente a atingir este objectivo utilizando conhecimentos e competências de enfermagem e outras disciplinas utilizando o processo de enfermagem que tem como base um modelo conceptual de enfermagem.*” Daqui depreende-se que o desempenho profissional nesta profissão deve depender da escolha de um modelo conceptual para orientação (Bolander,1998).

Como podemos constatar, as diferentes definições do que é a enfermagem no período moderno e contemporâneo reflecte as mudanças sociais vivenciadas durante os tempos, principalmente no século passado. A profissão passou de funções básicas para funções com responsabilidade e necessidade de especialização mais crescentes o que indica uma exigência social cada vez maior com os enfermeiros levando a uma diferenciação quer técnica quer académica, com as consequências previsíveis para a dinâmica dentro das organizações.

2.3 - Satisfação no trabalho

Segundo Ahmed (2011), a satisfação laboral tem vindo a tornar-se objecto central de discussão por parte das organizações uma vez que providencia dividendos significativos para a própria organização, como sejam, altas performances, *commitment* com a organização, motivação ou produtividade. Muitos autores consideram que factores individuais como personalidade, conhecimento, ou experiência condicionam a satisfação laboral; outros afirmam que factores organizacionais como salário, recompensas, reconhecimento, carreiras aumentam a satisfação com o trabalho, mas estudos recentes comprovam que a associam

destes dois conjuntos de factores podem produzir um modelo de satisfação laboral que eleve o nível de satisfação dos colaboradores com os resultados organizacionais consequentes.

A satisfação com o trabalho sempre foi um elemento preponderante, mas pouco considerado, dentro das organizações. Isto tem implicações notórias na performance organizacional pois trata-se de uma resposta afectiva resultante de uma situação de trabalho (Locke, 1969). A satisfação, conjuntamente com a motivação (conceitos facilmente confundíveis, mas distintos) têm sido aprofundadamente estudados. Como demonstrou Lawler (1994) com trabalhos desenvolvidos na psicologia industrial, a satisfação é um indicador de motivação e a satisfação não é uma causa de motivação. Nesse contexto, a motivação pode ser considerada como um estado de espírito positivo, possibilitando ao indivíduo realizar as suas tarefas com todo o seu potencial. É a busca da concretização dos seus objectivos, por meio do trabalho, para assim alcançar a satisfação.

A satisfação do indivíduo é atribuída a uma gama de factores que estão interrelacionados. Esses factores dizem respeito ao prazer de se fazer algo que realmente se gosta, algo que de facto contribua beneficentemente para a organização, para o ambiente no qual se encontra e para o próprio indivíduo. Pode ser considerado como uma troca entre a organização e o indivíduo, a organização oferece incentivos e os meios necessários para realização das tarefas e o indivíduo contribui realizando o seu trabalho de maneira produtiva (Silva, 1987). Todas as teorias sobre a satisfação/motivação no trabalho têm diferentes perspectivas segundo os seus autores.

Existem assim, diversos autores que tentam explicar recorrendo a diferentes formas de explicar a mente humana: teoria de Maslow que, de forma simplificada aqui explicada, tenta fundamentar a motivação humana e assim a sua satisfação como base nas necessidades humanas que são logicamente hierarquizadas num modelo de pirâmide em que as necessidades da base são as prioritárias e sem as quais não se pode aceder a patamares mais elevados, isto é, quando satisfeitas as necessidades de base, estas deixam de ser motivacionais passando as necessidades num nível superior a serem factor de motivação (Silva, 1987).

Segundo Herzberg (1959), que desenvolve a teoria bifactorial e foi integrada na teoria das necessidades por Locke e Henne (1986), refere que existem duas categorias de necessidades: as de crescimento que quando satisfeitas produzem sentimentos de satisfação e quando frustradas produzem sentimentos de insatisfação; e as físicas que quando satisfeitas geram não insatisfação e quando frustradas geram insatisfação. Esta teoria tem o mérito de distinguir os factores de satisfação e insatisfação a que o autor os designou como factores de higiene que não garantem satisfação senão por pouco tempo. O salário é um bom exemplo

disto. Verificou-se que todos os trabalhadores têm expectativas relativas a um determinado nível económico que o salário deve permitir, contudo podem existir duas situações: o salário não ser suficiente e causar insatisfação ou o salário ser suficiente e causar um sentimento de não insatisfação num primeiro momento, mas rapidamente anulado por mecanismos de comparação que tornariam o pagamento injusto relativamente a referenciais já existentes. O mesmo autor postula ainda que os factores de higiene actuam principalmente ao nível da insatisfação, enquanto que os factores motivadores que derivam directamente do trabalho e levam ao envolvimento e influenciam a produtividade do colaborador dentro da organização, conduzem à satisfação actuando como factores positivos. Fica demonstrado que satisfação e insatisfação são duas formas de avaliar o mesmo problema uma vez que os factores motivadores são estimulantes psicológicos do trabalhador enquanto que os factores de higiene são puramente ambientais, isto é, externos e só serão percebidos se não estiverem presentes na organização (Herzberg, 1966).

A satisfação laboral é influenciada pelo salário relativo ao nível de responsabilidade e tipo de funções com a percepção de justiça por parte do trabalhador, oportunidades de carreira, estilo de liderança e modo de supervisão, condições de trabalho (instalações onde o trabalho é desenvolvido, bem como horários), tempo de férias e apoio da organização.

Contudo, a satisfação laboral é o sentimento que os colaboradores têm com os resultados do seu trabalho como o seu salário, o ambiente social onde se insere, reconhecimento, autonomia nas suas funções, participação nas decisões que lhe afectam, justiça no funcionamento da organização, promoções e perspectivas de carreira, possibilidades de desenvolvimento e formação profissional, clima organizacional, cadeia de comando eficiente com bons canais de comunicação. Os trabalhadores satisfeitos têm elevados compromissos com a organização contribuindo para melhores performances e melhoria na satisfação dos clientes (Lepine, 2002).

Um dos grandes desafios na gestão de pessoas, na presente década, consiste na questão do sistema de recompensas. Segundo Sousa e Duarte (2006), o sistema de recompensas consiste num conjunto de princípios e orientações que a organização define relativamente aos seus colaboradores respeitante a questões de retribuição quer sejam de natureza material ou imaterial em contrapartida do trabalho realizado. Deverá assegurar a equidade interna, permitir a competição no mercado de trabalho atendendo à equidade externa e levar à individualização dos salários utilizando factores de mérito individual.

Assim, as organizações passam a conviver numa relação de intensa competitividade, na qual o novo enfoque complementa o modelo tradicional de remuneração e recompensa

transmitindo aos gestores e colaboradores, uma visão mais integrada às necessidades individuais dos funcionários. Um adequado sistema de recompensa é aquele que se faz justo e é objectivo na percepção dos seus destinatários, uma vez que a recompensa é o elemento fundamental na condução das pessoas em termos de retribuição e reconhecimento do seu desempenho na organização.

Segundo Sousa et al (2006), os objectivos de um sistema de recompensas passam por construir ou fortalecer a cultura organizacional utilizando as recompensas como forma de valorizar o tipo de competências a que a organização dá mais importância; contribuir para a retenção dos melhores colaboradores valorizando as competências e contributos destes para a performance da organização e aumentando a satisfação e motivação incrementando o nível de identidade para com a organização; aumentar a motivação e a produtividade, pois as pessoas, geralmente, valorizam as recompensas que estão em consonância com o tipo e o volume de trabalho que desempenham, o que as leva a desempenhar novas tarefas e assim atingir os objectivos da organização; permitir o reforço do papel e estatuto de cada um dos níveis de hierarquia dentro da organização, permitindo uma clara distinção dos mesmos.

Os objectivos de um sistema de recompensas, salientam Milkovick e Boudreau (2000), são motivar comportamentos produtivos e controlar os custos laborais, ao mesmo tempo em que se busca a satisfação das necessidades e do sentimento de justiça dos empregados”. Sendo assim as recompensas podem ser identificadas como: recompensas intrínsecas e recompensas extrínsecas. No entender de Vroom (1964) as recompensas intrínsecas resultam da própria execução da tarefa e podem incluir a satisfação pela sua conclusão ou uma sensação de poder.

As recompensas de carácter intrínseco referem-se ao trabalho em si, às responsabilidades e tarefas desempenhadas, às possibilidades de crescimento profissional e pessoal, reconhecimento, satisfação como o ambiente de trabalho. Essas recompensas permitem uma maior aproximação entre o indivíduo e a organização, dando sentido e importância ao trabalho com a finalidade de manter uma relação mutuamente proveitosa. O mesmo autor define a recompensa extrínseca como aquelas que são concedidas pela empresa sob a forma de dinheiro, privilégios ou promoções, ou pelos supervisores e colegas sob a forma de reconhecimento. O conjunto de actividades, compreendidas num cargo, funciona como base para definição da remuneração nos sistemas funcionais. Essa abordagem supõe que o valor de um cargo pode ser determinado pelos valores praticados no mercado, proporcionando uma equidade externa, facilitando a atracção e retenção dos funcionários.

Nesse sentido, Hipólito (2002:28) afirma, “*Os sistemas funcionais de remuneração podem ser vistos como exemplo de mecanismo elaborado para ‘medir’ a contribuição dos*

profissionais, tendo por pressuposto um mundo estável e previsível, ou seja, assumem ser possível organizar a gestão de pessoas de uma forma ampla e a remuneração em particular, definindo a priori o conjunto de actividades que cada trabalhador deveria desempenhar.”

Alguns autores contemporâneos corroboram essa ideia classificando a remuneração por competências e habilidades como aspecto fundamental para a obtenção do comprometimento e adequação da remuneração dos empregados. Nessa nova abordagem, segundo Dessler (2003) o funcionário é remunerado pela amplitude, profundidade e tipos de habilidades e conhecimento que é capaz de aplicar, ao invés de simplesmente ser pago pelo cargo que ocupa. Isto é o que a diferencia dos modelos tradicionais de remuneração.

A motivação que influencia a satisfação é um tema que sempre despertou muito interesse dada a sua relação com o comprometimento, o reconhecimento e as recompensas nas suas mais variadas modalidades. Em particular, o aspecto motivacional das recompensas é desde muito tempo abordado por vários autores da área. Na perspectiva esboçada por Taylor (1911), adoptou-se a crença de que o dinheiro seria a principal fonte de incentivo à motivação.

Para ele, a escolha dos empregos, por parte da maioria dos trabalhadores, era feita baseando-se nas perspectivas de remuneração, e não no tipo de trabalho ou pelo conteúdo dos cargos, ou seja, as pessoas eram influenciadas exclusivamente por recompensas salariais, económicas e materiais. Uma evidência da Teoria de Maslow é que o salário é uma necessidade básica e suficiente para que os empregados se possam alimentar, abrigar e proteger a si e as suas famílias de maneira satisfatória.

Para Maslow (1954), na tentativa de motivar seus funcionários, os administradores devem preocupar-se com a questão salarial antes de oferecer incentivos que visam aumentar a auto-estima, gerar sentimentos de participação ou oportunidades de crescimento entre os funcionários. Posteriormente, para Herzberg (1966) na teoria dos dois factores, classifica o salário como factor de higiene. Tradicionalmente esses factores eram utilizados na motivação dos empregados. Para aumentar a produtividade deles era necessário recorrer, dentre outros instrumentos, o oferecimento de prémios e incentivos salariais. Sobre isso Bergamini (1997) refere que factores extrínsecos do trabalhador tais como salários, segurança, política organizacionais, relacionamento interpessoal, condições do ambiente de trabalho, fazem apenas com que as pessoas se movimentem para buscá-lo ou se disponham a lutar por eles quando os perdem. Não é a sua presença que motiva. Os factores extrínsecos não interferem no sentimento de satisfação com o trabalho, influenciam apenas o estado de satisfação com as condições dentro das quais o trabalho é realizado. Vroom (1964) diz que a motivação de cada

indivíduo depende da situação e das suas necessidades particulares. Alguns indivíduos acham mais atraentes as recompensas materiais, já outros preferem as sociais.

Alguns teóricos e pesquisadores, segundo Bergamini (1997) consideram que o sistema de remuneração é um motivador de grande importância, uma vez que se relaciona com a crença de que o comportamento do indivíduo resulte em determinado resultado. Para isso, as organizações devem valorizar as necessidades individuais de cada funcionário, contribuindo para o alcance do comportamento organizacional desejado. Portanto, acredita-se que as recompensas podem, de certa maneira, influenciar a motivação (Robbins, 2002). Reis Neto (2004) refere que mesmo em empresas onde são adoptadas as melhores práticas de remuneração e o valor do ganho dos empregados é alto, os maiores níveis de insatisfação estão atrelados à remuneração. Dessa forma, a filosofia de uma organização, sendo ela pública ou privada, deve instituir como premissa, a compreensão de que a motivação não é estática, já que o mesmo factor motivacional não costuma motivar por muito tempo os indivíduos. É por este motivo que a constante avaliação do grau de motivação e satisfação dos trabalhadores é um factor importante para as organizações, pois o objecto da motivação e da satisfação muda constantemente.

A satisfação laboral constitui um fenómeno de complexa explicação devido ao facto de ser um conceito multifactorial. Essa multiplicidade de factores passam, como já se viu, por remunerações, reconhecimento, perspectivas de futuro com implementações de carreiras, relações entre o fazer e bem e progressões de carreira.

Contudo, verifica-se que a visão que os colaboradores têm sobre a responsabilidade social da organização onde estão interfere, tornando-se mais um factor, com a satisfação laboral. Segundo Tamm, Eamets e Mõtmee (2010), a consciencialização da questão da responsabilidade social das organizações para os colaboradores tem vindo a assumir um grande peso na influência da satisfação laboral dos mesmos e na perspectiva dos *stakeholders*.

Existe uma relação entre as obrigações que uma organização deve cumprir perante a sociedade com a imagem, a publicidade e o prestígio resultantes e a intensidade da satisfação laboral verificando-se a existência de interrelações nestas duas dimensões. Tamm et al (2010) conclui que existe uma relação positiva entre a responsabilidade social e a satisfação laboral no sentido em que organizações com responsabilidades sociais assumidas e desenvolvidas perante a comunidade possuem um efeito exponencial na satisfação dos colaboradores e, assim, na performance da organização.

No mesmo sentido, Tarí (2011) refere que a liderança tem um papel preponderante na ligação entre o desempenho e *commitment* dos colaboradores e a responsabilidade da organização.

Por conseguinte, o líder tem um papel na comunicação interna como veículo de transmissão dos valores e objectivos para colaboradores que irão executar os procedimentos que permitem a projecção de uma imagem e prestígios organizacionais que, por sua vez, influenciarão a qualidade da performance organizacional e a satisfação dos colaboradores. Tarí (2011) conclui que uma liderança de gestão que facilita a prática de actuações e comportamentos das organizações na sua componente social facilita a promoção desta dentro da sociedade promovendo o prestígio e a satisfação dos seus colaboradores.

As organizações que prestam serviços de saúde possuem algumas características que lhes conferem uma acentuada especificidade, contudo, ao nível do seu funcionamento, os Hospitais, na sua essência, não se distinguem dos restantes tipos de organizações na medida em que têm de desenvolver mecanismos para lidar com alguns problemas básicos como a produção, a aquisição de recursos, a manutenção de um conjunto de valores e objectivos específicos, a adaptação às mudanças das tecnologias e da envolvente e, cada vez mais, a gerir a globalização.

Neste sentido, o peso determinante dos profissionais que a integram, a natureza da sua tecnologia e o modo como eles pensam a realidade organizacional, constituem dimensões a partir das quais é possível analisar as suas particularidades. Na sociedade do conhecimento, o homem, com a sua capacidade intelectual para resolver problemas, de pensar e de transformar os seus saberes em algo que diferencie a organização, torna-se fundamental para a sobrevivência desta (Ruggiero, 2006).

2.4 - Satisfação laboral dos enfermeiros

A satisfação dos enfermeiros torna-se de grande importância na performance e qualidade dos serviços de saúde prestados. Segundo Campos (2005), quando a enfermagem está satisfeita e motivada, verifica-se uma sensação de bem-estar e consequentemente uma melhor qualidade de vida, levando à produção de melhores resultados no seu trabalho. Assim, compreende-se que os factores negativos e positivos tenham uma grande influência na qualidade dos cuidados de enfermagem e, assim, a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Martinez (2003) afirma que a satisfação dos enfermeiros constitui um indicador de qualidade dos serviços prestados aos utentes. Assim, os estudos sobre a satisfação desta classe profissional permite clarificar não só o conceito de satisfação dos cuidadores, mas também as suas determinantes, proporcionando o desenvolvimento e criação de ambientes organizacionais que conduzem à satisfação profissional e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Fischer e Silva citados por Campos (2005) postulam que o facto de esta profissão lidar de forma sistemática e permanente com situações de stress, doenças, sofrimento e morte das pessoas, influencia de forma profunda o desenvolvimento e desempenho laboral do enfermeiro. Assim sendo, lidar com a dor e sofrimento afecta os profissionais de saúde e o contacto com a morte gera sentimentos de impotência e insatisfação profissional.

Em 1978, Slavitt citado por Martinez, (2003) basearam-se na teoria dos factores motivadores e higiénicos de Herzberg para elaborar um estudo com o objectivo de identificar os factores mais valorizados na satisfação num grupo de enfermeiros. Verificou-se que os factores nessa amostra são a autonomia, seguida do estatuto profissional e do salário. Mais tarde Blegen citado por Martinez (2003) analisou diversos estudos sobre a satisfação profissional de forma transversal concluindo que o stress e a organização eram os factores que mais influenciavam a satisfação profissional, enquanto que a comunicação com a supervisão, a autonomia, a rotina, a comunicação com os colegas e a distribuição das recompensas estavam relacionadas de forma moderada com satisfação.

Focando a enfermagem, Benton e White citados por Campos (2005) referem que os principais factores que influenciam a satisfação deste grupo profissional são, de maneira geral a auto-realização, estima, necessidades sociais, segurança, salário e políticas administrativas que os impliquem. No seguimento de estudos realizados por Evely e Falccione citados por Campos (2005) resultaram na observação de quatro variâncias significativas na satisfação dos enfermeiros: relacionamento interpessoal com os colegas de equipa, recompensa interna e externa do trabalho e as políticas administrativas.

Para Singh (2010), a satisfação laboral dos enfermeiros, a suas recompensas e as intenções de abandonar determinada organização (*turnover*) estão interligadas. Para este autor, a satisfação com as recompensas, tanto monetárias como sociais, são igualmente importantes para os colaboradores porque são um meio de satisfazer as suas necessidades mais materiais e de auto-realização e, em termos puramente financeiros, são importantes para a organização porque a mudança sistemática de colaboradores tem conseqüências. Isto acontece porque quando um colaborador abandona determinada organização, obriga a mesma

a alocar recursos, como tempo e dinheiro, a substituir esse colaborador ou sobrecarregar outros colaboradores. Segundo dados do mesmo autor, os gastos podem rondar percentagens consideráveis nos orçamentos das organizações bem como ter consequências negativas na imagem social da organização.

Em suma, para Singh (2010), as recompensas e a satisfação laboral são inversamente proporcionais com a necessidade de mudança entre os enfermeiros, contudo, esta relação varia em diferentes intensidades e aumentar, neste grupo profissional, apenas um dos factores, como por exemplo as recompensas, pode não indicar única e exclusivamente a redução da necessidade de mudança, ou seja, a satisfação com o seu trabalho e as recompensas são dois factores que influenciam, em conjunto, a necessidade de mudança de organização sentidas pelos enfermeiros.

Segundo Lino (2004) existem diversos componentes que moldam a satisfação laboral do enfermeiro, como sejam: a autonomia, isto é, o grau de independência, iniciativa e liberdade relacionadas com o trabalho, permitidas ou necessárias, nas actividades diárias do trabalho; interacção, ou seja, as oportunidades de contacto social e profissional, formal e informal, durante o horário laboral; *status* profissional referindo-se à importância percebida acerca do trabalho, tanto do ponto de vista do próprio como dos outros membros da sociedade; requisitos do trabalho, como seja, o conteúdo do trabalho, incluindo as actividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho; normas organizacionais, ou seja, regras estabelecidas pela direcção dada às diferentes actividades laborais e a remuneração, isto é, o pagamento em dinheiro ou benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Complementando esta ideia, Tsai (2011) refere que a satisfação laboral dos enfermeiros têm dois grandes factores que a influenciam, o tipo de liderança e a cultura da organização. Segundo o mesmo autor um líder que seja percebido pela equipa que dirige como uma fonte de apoio, que acredite no poder equilibrado, isto é, democrático e possibilite e incentive o diálogo dentro da equipa, reduz os conflitos internos e torna-se uma influência positiva na satisfação dos enfermeiros com o trabalho. O mesmo se verifica em relação à cultura organizacional, ou seja, existe uma partilha de valores, crenças, pressupostos compartilhados que constituem o elo de ligação e fio condutor da dinâmica de uma organização, dinâmica essa que permite à organização atingir os seus objectivos e cumprir a sua missão. Tsai (2011) conclui que a cultura dentro de uma organização de saúde tem um papel importante na construção de um local de trabalho prestigiante, salubre com ambiente positivo. Promovendo a visão da organização e influenciando o comportamento e atitudes laborais, o líder promove sentimentos de interacção e comunicação, estimulando os

colaboradores, neste caso enfermeiros, a cumprir a missão da organização enaltecendo níveis de satisfação com o trabalho.

2.5 - Qualidade vida no trabalho

A qualidade de vida no trabalho (QVT) consiste na experiência da pessoa com o seu trabalho. São abordados os resultados da organização e consequências na vida do indivíduo, focalizando o bem-estar da pessoa do ponto de vista emocional e profissional.

Existem diferentes autores que se debruçaram sobre esta temática ao longo dos tempos com diferentes visões, mas a essência da QVT continua a ser a busca ou facilitar a satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução das suas tarefas nas organizações, criar motivação no sentido do empreendedorismo, criatividade e espírito de equipa para serem cumpridas as metas organizacionais e, conseqüentemente, aumentar a probabilidade de se obter qualidade de vida pessoal, social e familiar, mesmo que os papéis em cada uma destas facetas seja diferente.

A qualidade de vida laboral teve grande transformação durante o século passado com repercussões inevitáveis na economia, pois introduziu novas formas de visão sobre os trabalhadores e dinâmicas de trabalho. Verificou-se uma progressiva valorização das pessoas dentro das organizações com vista a um combate a uma realidade que estava a impor e que levava à desumanização do trabalho que surge, à época (início séc. XX), com aplicação de métodos rigorosos, científicos e precisos aos quais os trabalhadores deveriam submeter-se. Assim a eficiência era uma medicação rígida feita pelo que era produzido e a única motivação da organização era a financeira, transformando, deste modo, os trabalhadores como meras “máquinas” que produziam de acordo com os índices padrão de produção.

Durante os anos trinta, esta tendência de humanização do trabalho acentua-se com o aparecimento de modelos psicossociológicos do trabalho em detrimento do modelo mecanicista, focando a organização como um organismo social onde as pessoas visam não só a obtenção de dinheiro para a sua sobrevivência, mas também uma integração e interacção com os demais através de relações humanas, motivação e satisfação no trabalho.

A qualidade de vida no trabalho ainda não possui uma definição consensual pois apresenta um elevado grau de subjectividade diferindo entre autores.

Segundo Walton (1973), existem oito categorias conceptuais para a qualidade de vida no trabalho, incluindo critérios: compensação justa e adequada, ou seja, obtenção de uma remuneração adequada pelo trabalho realizado, verificando-se equidade interna e externa;

condições de segurança e higiene no trabalho, isto é, condições materiais e de equipamentos, para a execução de tarefas num ambiente saudável que facilitem a prevenção de doença, horários razoáveis por um período normal de trabalho padronizado; oportunidade para utilização e desenvolvimento da capacidade humana o que implica aproveitamento da criatividade e capital humano reconhecendo a necessidade de concessão de autonomia, incentivando a capacidade plena de cada individuo e disponibilizando o retorno constante dos resultados no trabalho e do processo como um todo; oportunidade de crescimento contínuo e segurança, o que consiste nas políticas da organização relativas ao desenvolvimento dos colaboradores, possibilidade de crescimento na carreira e segurança no emprego; integração social da organização, isto é, igualdade de oportunidades independentemente da orientação sexual, classe social, idade e outras formas de discriminação, bem como a promoção do bom relacionamento; constitucionalismo na organização do trabalho diz respeito, de um modo geral à transposição de direitos de cidadania consagrados dentro da organização como sejam respeito pelos direitos laborais, privacidade pessoal e liberdade de expressão; trabalho e espaço total de vida refere-se ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional; por fim a relevância do trabalho na vida social remete-nos para a imagem da empresa e a percepção que a sociedade tem da mesma, à responsabilidade social da instituição na comunidade e à qualidade na prestação dos serviços.

Assim sendo e, segundo este autor, a qualidade de vida no trabalho implica a adopção destes critérios para se atingir o objectivo proposto neste caso, levando a que exista níveis de satisfação nos colaboradores elevados aumentando os níveis de performance.

Para Westley (1979) existem quatro problemas potenciais que afectam directamente a QVT, podendo tornar-se obstáculos ao seu desenvolvimento: político remetendo-nos para sentimentos de insegurança; económico o que nos remete para sentimentos de injustiça; psicológico levando à alienação e sociológico remetendo para a anomia. Sentimentos de insegurança e injustiça são os mais antigos; para este autores a concentração de poder seria o responsável pela insegurança sentida pelo trabalhador enquanto que a concentração de lucros e a exploração dos trabalhadores seria responsável por sentimentos de injustiça. Verificou uma resolução parcial destes dois aspectos nos países industrializados com o aparecimento dos movimentos socialistas o que trouxe consequências como a alienação (desinteresse entre o trabalho e o próprio ser) e anomia (mecanização e automatização do individuo no trabalho).

De forma resumida, este autor argumenta que a insatisfação no trabalho e assim a qualidade de vida do trabalhador têm projectado uma remuneração inadequadas, a alienação, um sentimento de que o trabalho é prejudicial na vida do individuo e falta de moral na

condução de um trabalho com qualidade. Este autor avança com um conjunto de medidas que visam a minimização ou solução destes problemas como sejam: para lidar com sentimentos de injustiça, a cooperação entre chefias e trabalhadores, a divisão de lucros e a participação nas decisões do grupo que são comuns aos sentimentos de insegurança onde também se avança com o trabalho auto-supervisionado e a constituição de conselho de trabalhadores; sentimentos de alienação e anomia foi avançado medidas como o enriquecimento de tarefas dando a conhecer a importância do seu trabalho como contributo para uma boa performance da organização onde se insere e aplicar métodos sócio-técnicos aplicados a grupos como reuniões de discussão de problemas, entre outros.

Segundo afirma Silva (2000), a qualidade de vida no trabalho engloba as pessoas, o trabalho e a organização, considerando-se que a referida qualidade existe quando os colaboradores de uma organização são capazes de satisfazer necessidades pessoais importantes através da sua vivência na mesma, o que implica a preocupação com o efeito do trabalho nas pessoas, com a eficácia da organização e com a participação dos trabalhadores na resolução dos problemas e tomada de decisão.

Federighi e Salles (2006) afirmam que a qualidade de vida no trabalho é percebida de forma individual por cada um e que deve envolver condições de segurança, sentimento de valorização pessoal com a profissão, isto é, sentir que vale a pena exercer essa profissão, remuneração e benefícios adequados, estabilidade, supervisão competente, ter retorno quanto ao seu desempenho, oportunidade de crescimento e aprendizagem, possibilidade de crescimento com base no mérito, clima social positivo e justiça social. Se estas condições se verificarem dentro da dinâmica das organizações, Julião (2001), afirma que verificar-se-á muitos benefícios para a organização como sejam, redução do absentismo, redução da rotatividade, atitude mais favorável com o trabalho, redução da fadiga, promoção da saúde e da segurança, integração social, desenvolvimento das capacidades humanas e aumento da produtividade.

Pizzoli (2004) postula que existem diferentes factores organizacionais que podem comprometer directamente a actuação e o desenvolvimento, tais como a falta de reconhecimento pelo trabalho, ausência de uma carreira, comunicação ineficaz, falta de planeamento e salários incompatíveis com as funções exercidas ou muito abaixo do mercado. A existência destes factores, segundo o autor, leva ao comprometimento da satisfação no local de trabalho, exponenciando uma baixa produtividade e falta de qualidade nos serviços prestados.

A qualidade de vida no trabalho tem vindo a tornar-se essencial na melhoria da performance de cada organização. O sector da saúde não é alheio a este facto, que, indubitavelmente, tem assumido crescente importância nos serviços de saúde prestados aos cidadãos. A qualidade de vida no trabalho refere-se, não só a condições físicas e de higiene existentes no local de trabalho, mas também condições psicológicas e sociais do trabalho.

Assim, a qualidade de vida do trabalho reveste-se de um carácter multidisciplinar uma vez que prevê diversos factores que a influenciam e tem em conta as mudanças pelas quais a actividade laboral vai vivenciando e as suas relações nas sociedades modernas em rápida e contínua transformação (Limongi, 2003).

2.6 - Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros

A enfermagem é uma profissão que obriga a grande dedicação pois envolve actividades de grande risco pessoal para quem as pratica como também a quem elas são direccionadas, tornando-se assim actividades de extrema exigência e, por conseguinte, que expõem a grande *stress* emocional e físico. Cada enfermeiro acarreta influências culturais, familiares, sociais que necessitam de serem tidas em conta para compreensão do comportamento humano no trabalho nesta área.

Neste contexto, Cicarello e Nakamura (2006) destacam as condições de trabalho, factores organizacionais e jornadas contínuas e, por vezes duplas de trabalho como as principais causas que influenciam a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros.

Delgado (2005) refere que as equipas de enfermagem que trabalham nos serviços com rotinas mais pesadas e cansativas, doentes em fase aguda com patologias graves, em ambientes fechados como o caso das unidades de cuidados intensivos, com maior carga horária, menor remuneração e reconhecimento e que são submetidos ao confronto com sentimentos como dor sofrimento e morte tendem a adoecer mais aumentando assim níveis de absentismo e fraca produtividade.

Pizzoli (2004) também refere a dor a morte e o sofrimento como aspectos negativos contributivos para performances baixas de equipas de enfermagem aliadas ao facto de os enfermeiros estarem expostos a angústias e ansiedades do clientes e famílias, realização de procedimentos assistenciais desconfortáveis, dolorosos, invasivos expondo-os às suas fragilidades aumentando níveis de stress emocional no profissional. É defendido pelo mesmo autor que a satisfação e qualidade do trabalho de enfermagem entra em conflito com as

remunerações consideradas injustas de forma transversal dentro da profissão e condições de trabalho insatisfatórias como sobrecarga de horas de trabalho e tarefas inerentes da profissão já por si bastante stressantes, o que influencia exponencialmente a produtividade em enfermagem, que tem ainda a agravante de ser de difícil medição e quantificação pois os resultados, muitas vezes, não são visíveis, palpáveis ou mensuráveis.

Prestar cuidados de enfermagem é para Martins (2002:23) “ *uma actividade desgastante e stressante porque envolve o convívio diário com o sofrimento alheio, exigir constante actualização e habilidades manuais, haver permanente cobrança de responsabilidades, manter bom relacionamento com a clientela e com a equipa multidisciplinar, submeter-se a políticas que restringem a sua actuação com a falta de recursos humanos e materiais. Estas condições de trabalho proporcionam uma insatisfação no trabalho, que vem afectar directamente os profissionais de enfermagem e a sua qualidade de vida no trabalho*”

Existem ainda outros factores que influenciam a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros, nomeadamente no ambiente de cuidados intensivos polivalentes. Neste tipo de serviços, ao contrário das unidades de cuidados intensivos especializados, o efeito da imprevisibilidade do trabalho e, assim, a sua dinâmica são ainda mais intensas e influentes em detrimento das demais unidades de intensivos ou outros serviços como consultas externas ou enfermarias para internamento.

As unidades de cuidados intensivos polivalentes, uma vez que recebem doentes a qualquer hora cujos cuidados e serviços prestados são altamente especializados devido à gravidade do utente, o tipo de trabalho envolve altos níveis de ansiedade e *stress* laboral pois a exigência é muito elevada sendo requerida por parte da equipa multidisciplinar grandes níveis de eficiência e eficácia nos serviços sem margem para erros; o efeito de imprevisibilidade e confronto com insucessos, expõem o enfermeiro também a grandes níveis de ansiedade laboral uma vez que não se sabe que tipo de serviços/procedimentos necessitam, velocidade de trabalho necessitam, a segurança para o profissional e utente, a adequação dos cuidados, havendo ainda outros factores que contribuem para a falta de qualidade de vida no trabalho (Ruggiero,2006).

A dinâmica organizacional nos hospitais obriga à prestação de serviços, no caso, cuidados de saúde diferenciados vinte e quatro horas por dia. Este facto exige a elaboração de horários de trabalho por turnos o que implica alterações de dinâmica familiar. Segundo Ruggiero (2006), a percepção individual da existência de uma adaptação dos horários laborais

e das exigências familiares contribuem para a redução dos potenciais conflitos familiares, sendo o contrário também verdadeiro.

A enfermagem, devido à sua especificidade já mencionada, está exposta a um processo que conduz a aumentos potenciais de conflitos familiares; os enfermeiros têm de assegurar os serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana o que obriga a trabalho por turnos, sendo que o trabalho em si é exigente como já supra mencionado, muitos enfermeiros não escolheram este tipo de laboração, tendo-lhe sido imposto, isto é, os horários são elaborados por outros sem terem em conta a vida familiar e pessoal do enfermeiro. Diversos estudos sobre equilíbrios familiares revelam que existem diferenças entre género. Normalmente, segundo esses estudos, o género feminino tem pressões maiores para a manutenção familiar quando existem crianças em detrimento de eventuais pressões laborais. Essas pressões familiares estão relacionadas com a manutenção da casa, cuidados directos a crianças, sendo que o género masculino não está tão exposto a estas pressões, estando mais disponíveis para pressões laborais (Millicent e Tarpey, 2010). Estes factos tornam-se problemáticos, uma vez que a maior parte do corpo de enfermagem em Portugal são enfermeiras.

Assim sendo, existem uma predisposição na profissão de enfermagem para um desequilíbrio familiar havendo grande número de conflitos devido a horários irregulares, pressões da profissão e da vida pessoal que provocam, assim, decréscimo generalizado da qualidade de vida no trabalho levando a performances laborais mais baixas com consequências inevitáveis para a organização e sua performance.

No contexto hospitalar os enfermeiros representam o maior grupo profissional, tal como no restante sector da saúde. No âmbito do processo de cuidados, estes profissionais assumem o papel aglutinador no contexto da equipa (OE, 2001), assegurando o *continuum* de cuidados de saúde a prestar aos utentes durante as vinte e quatro horas do dia e referenciando as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde.

Neste sentido, foram criados os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem que visam a formação de um referencial para criação e desenvolvimentos de modelos e sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Esta perspectiva reconhece que a actividade assistencial em saúde não é responsabilidade de uma única profissão mas de uma equipa multidisciplinar ou multiprofissional, ou, de acordo com Costa Neto citado por Saupe (2005) uma equipa interdisciplinar onde se estabelece uma nova relação entre os profissionais de saúde, diferente

do modelo biomédico tradicional, permitindo uma maior diversidade de acções e busca de permanente consenso. Tal relação baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinariedade requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipa.

Para estes pressupostos serem implementados e atingidos, torna-se necessário que as organizações de saúde desenvolvam esforços para serem formados ambientes que favoreçam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros tendo que “adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade” (OE, 2001).

A elaboração de um conjunto de instrumentos tornou-se premente para que o objectivo em questão fosse alcançado pelo que a *International Council of Nurses* (ICN) os concebeu visando ajudar e alertar os enfermeiros a levá-los a actuar, podendo ser utilizados por gestores, enfermeiros na linha da frente, presidentes do conselho de administração, associações profissionais e/ou organismos de regulação. Segundo o ICN (2007), a aplicação deste conjunto de instrumentos com o título em inglês “*Positive Practice Environments; Quality Workplaces=quality Patient care*” foi integrado pelo OE nesse ano num mais vasto conjunto de critérios de qualidade na profissão denominada Padrões de Qualidade em Enfermagem.

Assim, a Ordem dos Enfermeiros publicou instrumentos de informação e acção baseados nos do ICN com o título de “Ambientes Favoráveis à prática: Condições de trabalho=cuidados de qualidade” visando fornecer dados para todas as partes interessadas em melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de saúde, podendo contribuir para a promoção da enfermagem e dos ambientes favoráveis à prática, avaliando os ambientes de trabalho das várias profissões de saúde, nomeadamente em enfermagem, e o impacto na qualidade dos cuidados em vários países permitindo a comparação dos dados e cruzamento de práticas e conclusões.

Este conjunto de instrumentos apresentam diferentes dimensões, sendo que a que nos interessa para este estudo refere-se à dimensão organizacional e do enfermeiro.

Na dimensão organizacional são considerados pontos de abordagem como o reconhecimento dos enfermeiros; compensação pelo trabalho; progressão na carreira; recrutamento e retenção de enfermeiros; rotatividade de enfermeiros; segurança no trabalho e saúde ocupacional; equipamento seguro entre outras. Na dimensão Enfermeiro são considerados o código de ética; carga laboral e dotações seguras entre outras (ICN, 2007).

Conforme a literatura já produzida, torna-se relevante abordar alguns pontos com importância para a satisfação laboral dos enfermeiros. Assim, na dimensão organizacional, o

reconhecimento dos enfermeiros é determinante pois as pessoas são o património mais importante das organizações, devendo por isso mesmo ser valorizadas e reconhecidas como tal (Spencer e Spencer, 1993). Ser e sentir-se reconhecido necessitam de uma avaliação periódica do que cada enfermeiro faz, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais, isto é, implica a percepção daquilo que se recebe - como dinheiro, segurança no trabalho, condições laborais, conforto, bem-estar, apreço dos utentes, autonomia, oportunidades de formação e desenvolvimento de um projecto pessoal - está de acordo com aquilo que se espera obter. (Graça, 1998).

A enfermagem em Portugal possui um corpo de conhecimentos autónomo com um enquadramento profissional e jurídico próprio revelando-se pioneira e uma referência no contexto europeu no que concerne à coerência do percurso académico, qualidade de formação e desenvolvimento e autonomia da profissão.

Contudo, existe a possibilidade de os enfermeiros não se sentirem suficientemente reconhecidos pelo trabalho quer individualmente quer em equipa após um estudo onde o reconhecimento apresentava valores inferiores à média global (Pereira, 2008). A compensação pelo trabalho prende-se com o sistema de recompensas que integra a remuneração mas também outros incentivos.

Segundo a OE (2004) a remuneração é importante e tem um impacto positivo na satisfação sendo esta uma das conclusões retiradas de um estudo realizado a enfermeiros portugueses. Um adequado sistema de recompensas é essencial para atingir níveis elevados de eficiência e qualidade no trabalho (Peretti, 1998). Franco (2001) afirma que a remuneração baseada nas competências pressupõe uma clara relação, objectiva e directa entre a contribuição efectiva de cada colaborador com os conhecimentos, perícias e experiência utilizados para a realização dos objectivos da organização. Este tipo de compensação permite inferir que existe uma correlação entre o salário e o nível de competências, ou seja, o salário tanto maior quanto maior a capacidade de desempenho de maior número de funções dentro da organização.

As condições de trabalho e as práticas dos enfermeiros, nas organizações hospitalares poderão ser determinantes no recrutamento e retenção de enfermeiros qualificados. Segundo Baumann citado nos estudos do ICN (2007), *“longos períodos de tensão profissional afectam as relações pessoais e aumentam o tempo de baixa por doença, conflito, insatisfação profissional, rotatividade e ineficiência”* existindo uma *“relação entre o stress no local de trabalho e a moral dos enfermeiros, compromisso para com a organização e intenção de abandono.”* A exposição ao excesso de trabalho pode convencer os enfermeiros de que não

são respeitados ou valorizados. Actualmente, as organizações de saúde confrontam-se, devido aos limites orçamentais, com limitações na afectação de recursos humanos, sendo necessário, tal como referem Santana e Vaz (2009), repensar orientações e políticas de gestão destes recursos, nomeadamente de médicos e enfermeiros, com vista à melhorar adequação do número e rentabilização dos existentes.

A rotatividade frequente de enfermeiros nas organizações de saúde e a respectiva instabilidade que a mesma provoca tem implicações na qualidade dos cuidados de enfermagem e de saúde e reflexos negativos na saúde dos cidadãos (Carvalho, 2006). A elevada rotatividade leva à diminuição do número de enfermeiros experientes que são considerados essenciais à transmissão do saber e do julgamento clínico, fundamentais para a prestação de cuidados seguros (Benner, 2001).

A qualidade das instalações e equipamento médico ao dispor dos profissionais, para o atendimento dos utentes, é um factor de importância primordial. A *Joint Commission International* (2007) deu destaque à gestão e segurança de instalações, definindo um padrão que estabelece que as organizações de saúde devem proporcionar aos utentes, famílias, pessoal e visitantes instalações seguras que lhes prestem o apoio de que necessitam. Para este efeito deve ser implementado um sistema de gestão eficaz que inclui actividades de planeamento, formação e monitorização, onde as chefias intermédias planeiam o espaço, os equipamentos e recursos necessários e são utilizados critérios de desempenho para monitorizar sistemas importantes e identificar as melhorias.

A Constituição da República Portuguesa reconhece o direito, no artigo 63º, à segurança social, que abrange a protecção nos acidentes de trabalho e nas doenças profissionais. Consagra, no artigo 59º, o direito de todos os trabalhadores à assistência e justa reparação quando os mesmos ocorrem, bem como à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e saúde, o que envolve a adopção de políticas de prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

No que diz respeito às organizações hospitalares, o ambiente de trabalho é considerado insalubre por agrupar utentes portadores de patologias de natureza diferente, gerando, por isso, muitos procedimentos potenciadores de riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde (Benatti e Nishide, 2000). O conhecimento e a valorização da organização do trabalho permitem melhorar os resultados da prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. Para tal, é indispensável que exista uma política de monitorização de acidentes de trabalho, cabendo aos profissionais envolvidos na sua análise considerar a relação entre os aspectos da organização do trabalho e a génese dos acidentes.

Somente esta visão sistémica poderá romper com a relação clássica e vigente de culpabilidade dos trabalhadores pelos acidentes de que são vítimas (Schmidt, 2004).

Na dimensão Enfermeiro, torna-se importante a abordagem da carga laboral e dotações seguras. Não há um consenso generalizado na literatura relativamente ao significado das dotações seguras e são poucas as definições que se adequam a todos os ambientes a nível internacional. No entanto, segundo o ICN (2006), vários autores reconhecem, efectivamente, que grande parte das dotações seguras se relacionam com a situação de cuidados e que há elementos que incluem a existência de números adequados de pessoal para responder à complexidade das necessidades dos utentes. De acordo com Mc Gillis Hall L (2005), citado pelo ICN (2006, p.5) o conceito de dotações seguras significa “*as quantidades e tipos de pessoal necessários para a prestação de cuidados a doentes ou clientes*”.

No entanto, este conceito tem evoluído dado perceber-se que as dotações não estão apenas relacionadas com quantidade e começam a incluir outras variáveis, tais como: carga laboral; ambiente de trabalho; complexidade dos utentes; nível de qualificação de enfermeiros; entre outros. Começam, também, a relacionar-se os níveis de dotações com indicadores chave, como a taxa de mortalidade.

Um estudo canadiano sobre eventos adversos, realizado em 2004, revelou que existe uma forte evidência empírica a demonstrar a ligação entre as dotações inadequadas de enfermeiros e um conjunto de resultados adversos dos utentes, incluindo: úlceras de pressão, infecções do trato urinário, pneumonia, infecções da ferida operatória, erros de medicação, comprometimento pulmonar, trombose, tratamento da dor, hemorragia do trato gastrointestinal superior, quedas, choque e paragem cardíaca, insucesso na reanimação e readmissão. Revelou, ainda, que a satisfação dos utentes diminuía com dotações reduzidas de enfermeiros (ICN, 2006). A segurança dos utentes envolve uma série de outras medidas como o recrutamento, a integração e fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco. Neste último podemos incluir, o controle da infecção, uma prática clínica segura, segurança de equipamentos, conhecimentos profissionais focados na segurança das pessoas e infra-estruturas adequadas.

Demonstrando a preocupação dos enfermeiros pela segurança e qualidade dos serviços, a enfermagem em Portugal tornou-se uma profissão auto-regulada, estatuto que coloca aos enfermeiros o enorme desafio. Para além do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, e apesar de já anteriormente citados, importa fazer-lhes referência, neste âmbito, por serem considerados outros pilares do quadro de referência para o exercício profissional, são eles: o Código Deontológico do Enfermeiro; os Padrões de

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Espera-se que os enfermeiros se apropriem destes instrumentos através da reflexão sobre as práticas clínicas e da introdução de estratégias formativas, de supervisão e avaliação necessárias.

É assumido nestes instrumentos reguladores e orientadores que compete aos enfermeiros, no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem, implementar metodologias promotoras da qualidade dos mesmos, assim como um sistema de registos de enfermagem que evidencie as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (OE, 2001).

2.7 – Qualidade nos serviços de saúde

A qualidade nos produtos e serviços sempre foi uma preocupação para a humanidade. Segundo documentos, já os egípcios tinham as devidas preocupações com a qualidade e precisão das suas pirâmides (Davies, 2003). A evolução do conceito de qualidade apresenta quatro grandes etapas que reflectem as diferentes perspectivas: Inspecção da qualidade; garantia da qualidade; controlo de qualidade total e gestão para a qualidade total (do inglês *total quality management* TQM ou em português GQT) (Davies, 2003).

Em relação à primeira etapa, a Inspecção ou Controlo de Qualidade, foi desenvolvida e aplicada no Reino Unido, nos anos vinte. O Controlo da Qualidade baseia-se em inspecções realizadas após a produção (Davies, 2003).

Nos anos 40 a 50, surge a Garantia de Qualidade, na qual a qualidade não é inspeccionada, mas é integrada nos processos desde o início, começa-se a dar ênfase à prevenção em vez da inspecção. Esta fase é ainda referida e categorizada, basicamente como um processo de inspecção às pessoas, equipamentos e processos (Davies, 2003).

O Controlo da Qualidade Total é um conceito importado do Japão em meados dos anos oitenta. Este conceito pretende que a qualidade seja desenvolvida na organização. Torna-se uma abordagem que pretende expandir o conceito de qualidade e a sua reflexologia, para além do processo produtivo integrando a qualidade em todas as actividades da empresa. Alguns profissionais preferem chamar-lhe de “*Assegurar a Qualidade*”, por se basear na aprovação por terceiros, auditorias dos sistemas, planeamento da qualidade, custos de qualidade, estudos das falhas e ou suas consequências, entre outros. Torna-se um passo para o conceito de Qualidade Total que surge no final dos anos oitenta, início dos anos noventa pretendendo que ocorra uma mudança na forma como a organização realiza os seus negócios,

actividades e desempenho. Este novo conceito pressupõe que a qualidade deve acompanhar todas as facetas da organização, esta deve ser gerida em função da qualidade, a todos os níveis e baseia-se em quatro princípios: ir ao encontro dos desejos dos consumidores; trabalhar para criar processos livres de erros; gerir pela prevenção; medir o custo da não-qualidade (Davies, 2003). Por vezes a Gestão para a Qualidade Total é referida como “*business excellence*”.

Em comparação entre as 4 formas de estar da organização face à qualidade, a aposta na Gestão para a Qualidade Total, permite às organizações uma visão para a liderança do mercado, sendo competitivas e basearem-se em crescimento sustentado, redução de custos de produção e no aumento de quotas de mercado. (Davies, 2003) Esta evolução revelou-se nos anos noventa e tornou-se essencial colocar em primeiro a qualidade, para as organizações poderem crescer de forma sustentada. Assim, conclui-se que apostar em melhor qualidade tem benefícios na produtividade, reduz custos e aumenta a margem de proveitos para toda a organização e todos os seus “*stakeholders*” (Davies, 2003).

Desde os finais dos anos oitenta que se tem observado crescentes interesses em perceber e gradualmente implementar elementos de contínuos melhoramentos na qualidade, ou de Gestão para a Qualidade Total, no sector da saúde (Counte e Meurer, 2001). Na teoria económica geral, a qualidade de um serviço, ou produto é sustentada e alargada com base nas inovações que vão surgindo num ambiente competitivo. No entanto, é reconhecido que o mercado dos cuidados médicos possui características que não se encaixam nestes padrões e pressupostos. Embora este paradigma possa ser percepcionado nos EUA, onde muita da pressão para os melhoramentos na qualidade dos serviços prestados se deve ao mercado, noutras sociedades, muita desta pressão se deve aos governos, que interpretam um papel muito mais activo na regulação da saúde (Counte e Meurer, 2001).

Os modelos e monopólio público desprezam as preferências dos clientes e, com este pressuposto, os prestadores de cuidados não têm de se esforçar em manter ou melhor a qualidade dos seus serviços. Estes prestadores estão numa poderosa posição para manipular os governos, especialmente, no que concerne a uma perspectiva corporativa e poderosa na sociedade, que muitas das profissões relacionadas com a saúde possuem. No entanto, neste tipo de ambiente, a população prefere manter o livre acesso à saúde (Counte e Meurer, 2001).

As estratégias de GQT representam uma mudança de paradigma para a aproximação às ciências de gestão, que também se tem verificado no sector da Saúde. Os conceitos-chave utilizados nas organizações de saúde para implementar a GQT podem variar, mas a maioria utiliza os mesmos princípios, que inclui: liderança forte, criação de um referencial de qualidade para a organização, mudança na cultura organizacional, foco no cliente,

Benchmarking, medição da qualidade e relatórios estatísticos, reconhecimento e gratificação, integração nos processos. A implementação de estratégias para a GQT coloca uma especial ênfase na responsabilidade conjunta da qualidade e custos dos processos. Quando implementada devidamente, proporciona à organização, a capacidade de reduzir potenciais desperdícios, bem como aumentar a qualidade dos seus *outcomes*. A GQT proporciona às organizações de saúde a oportunidade de criar um alto nível de competitividade e assim oferecer ganhos ao nível da qualidade e da produtividade.

Para determinar o nível de implementação das estratégias de GQT, podem ser utilizados diversos modelos, nos EUA, é comum usar-se o “*American gold standard*”, para a área da saúde é mais usado o *Malcolm Baldrige Award*, mas não tem tido muita aceitação. No Reino Unido o sistema de standardização para definir e implementar as estratégias de GQT é o *CHKS/HAQU*, enquanto grande parte da Europa utiliza o *European Foundation for Quality Management* (EFQM), ambos baseados em critérios da ISO 9000. A acreditação é um processo formal, pelo qual uma autoridade valida e reconhece a nível individual ou organizacional (como um hospital) a conformidade dos pressupostos e *standards* para os diferentes critérios da referida autoridade. A acreditação de uma organização é realizada através da solicitação a uma entidade exterior ao hospital, que avalia o grau de conformidade com uma série de *standards* determinados previamente (Bohigas, 1996). As entidades que realizam a acreditação publicam as suas normas que são actualizadas periodicamente.

Um hospital que deseja ser acreditado realiza o seu pedido de forma voluntária para a entidade que a irá realizar, esta, por sua vez, envia uma equipa de inspectores que realizam uma inspecção para verificar o grau de conformidade com as normas. Se esse grau é julgado como suficiente para a entidade acreditadora, esta entrega um certificado de acreditação, que tem um prazo de validade, na maioria dos casos de três anos. Muitos dos hospitais procuram a acreditação de forma a aumentar o seu prestígio, entre os profissionais e entre o seu público, em alguns casos o processo de acreditação, permite também, que essa instituição possa negociar um contrato-programa e/ou um orçamento mais vantajoso (Bohigas, 1996).

As entidades mais comuns a realizarem a acreditação são as seguintes: *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* — JCAHO (EUA); *Canadian Council on Health Services Accreditation* — CC (Canadá); *Australian Council on Healthcare Standards* — AC (Austrália); *Health accreditation and quality unit CHKS/HAQU* (Reino Unido); *New Zealand Council on Healthcare Standards* — NZC (Nova Zelândia)

Em Portugal, a Direcção Geral da Saúde (DGS), avançou com um modelo de acreditação para a qualidade em saúde que preconiza se baseia no modelo *ACSA* e

actualmente em fase de adaptação e aplicação à realizada portuguesa e tem como características: assentar em três pilares básicos como a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão das competências, avaliar a integração desses processos bem como o grau de cumprimento dos acordos de gestão contratualizados, integrar os vários níveis de prestação de cuidados de saúde e a avaliação da efectividade das medidas tomadas através de um conjunto de indicadores. É reconhecida a capacidade do projecto de acreditação para melhorar a comunicação intrahospitalar. Num qualquer hospital médio ou grande, as políticas e os procedimentos são frequentemente fragmentados, com diferentes departamentos a definirem as suas próprias políticas descontextualizadas de toda a organização. O processo de acreditação permite o estabelecimento de um maior senso, de pertença para com a organização, e de corporativismo e de trabalho de equipa (Vidall, 1998).

2.8 - Unidades de cuidados intensivos polivalentes

O Serviço / Unidade de Cuidados Intensivos define-se e reconhece-se em função de três critérios major. A prática que assenta num contínuo de acções e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia. A avaliação faz-se de harmonia com a função atribuída a cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos. A natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorre da missão atribuída a cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos. É a análise destas variáveis, quando feita de acordo com os objectivos, que permitem definir os recursos necessários para cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, bem como avaliar o respectivo desempenho.

A investigação, a monitorização contínua de cada um e do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar a “memória do Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos” e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais. As práticas e conhecimento que hoje se reconhecem como contributos da Medicina Intensiva são praticados em diferentes áreas, com missões, objectivos e metodologias distintos.

Neste conceito, incluem-se: unidades de cuidados intensivos: locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. E outras áreas, designadamente,

áreas de recobro: locais onde se prestam cuidados destinados à otimização do período pós-operatório e/ou pós-anestésico e também à observação, monitorização e tratamento de doentes, recém-submetidos a cirurgia e/ou procedimentos invasivos. São áreas em que o tempo de internamento é de curta duração; áreas de Cuidados Intermédios: locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia (definição do INE/DGS).

O número de Serviços /Unidades de Cuidados Intensivos tem vindo a aumentar progressivamente, por várias razões, a saber: alargamento do leque de indicações para a admissão de doentes; melhores e mais rápidos recursos de assistência intra e extra-hospitalar (diagnóstico precoce, intervenção cirúrgica mais agressiva, melhoria do transporte do doente grave, especialmente do politraumatizado); evolução noutras áreas médicas para as quais é necessário o apoio da medicina intensiva (manutenção de dadores de órgãos, transplantes).

O internamento em Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos é, por definição, um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si. Esse processo inicia-se no local e no momento em que se encontrava o doente, quando foi vítima do acontecimento que lhe condicionou o risco de vida. Nalguns casos, esse processo inclui o internamento em Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, mas o que se passa antes desse internamento pode ter consequências decisivas na evolução e no prognóstico. Pelas mesmas razões, o processo tem de continuar depois da alta do Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, em conformidade com as características e exigências de cada caso particular. A equidade e universalidade dos direitos de cidadania, a evolução da Ciência e a melhoria dos serviços criam pressões constantes e cada vez mais importantes para o atendimento de doentes em cuidados intensivos. Salienta-se a noção de que o nível de desempenho profissional necessário para lidar com o doente em risco de vida e o nível de recursos consumidos com os doentes graves exigem que a gestão dos recursos alocados à Medicina Intensiva seja profissionalizada, dedicada e com preparação específica para esse fim.

Por isso, os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos devem ser dirigidos por intensivistas qualificados para o efeito. Contudo, entre nós, a criação, organização e evolução dos Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos nunca obedeceram a normas específicas, ou planos estratégicos de saúde; eles foram sendo criados e desenvolvidos em função de

necessidades e percepções locais, de disponibilidade financeira e de “vontades” nas instituições hospitalares, nas quais ressalta o interesse e a disponibilidade de grupos de médicos que sentiam, de forma mais premente, essa necessidade.

A evolução da Medicina Intensiva permitiu, a breve trecho, constatar que: é uma área *polivalente* (multidisciplinar) do saber médico, não só pela forma como aborda os doentes, como pelo tipo de patologias que trata e ainda pela interdisciplinaridade a que obriga; a disponibilidade em camas tem de ser proporcionada às necessidades de saúde da população que o Hospital serve e ao número e tipo de solicitações para cuidados intensivos, quer de origem intra quer extra-hospitalar, a que cada unidade hospitalar é sujeita; os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos têm de ser dotados de recursos humanos (médicos e enfermeiros) qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 h por dia; o equipamento tem de ser adequado à missão que lhes é confiada, o que exige preparação adequada para rentabilizar, racionalizar e priorizar os vultuosos gastos determinados pelo tratamento dos doentes graves; a consciência global destes pressupostos deve obrigar a uma gestão local, regional e nacional, assente em princípios de racionalidade e planificação.

Para tal, é imperioso conhecer os recursos existentes, de forma a avaliar a sua utilização e antecipar necessidades futuras. (Portugal, Ministério da saúde, DGS, 2003). Diversa tem sido a terminologia utilizada para a caracterização do nível de assistência médica que pode ser posta ao serviço do doente grave (mono vs polivalente, alta vs média dependência, intensivos vs intermédios, etc.).

A classificação adoptada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva refere três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respectiva unidade hospitalar. Este conceito admite que possam coexistir diferentes níveis na mesma unidade hospitalar: Nível I, visando, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços/Unidades de nível superior. Nível II em que este tipo de unidade tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica. Nível III que corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem),

assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnósticos e terapêuticas necessárias; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente. A designação Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos (S/UCI) nos Hospitais Portugueses deve referir-se exclusivamente a Unidades de nível III (Portugal, Ministério da saúde, DGS, 2003).

O modelo de organização institucional de cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos deve ser definido em conformidade com a missão da instituição e a missão do Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos.

Assim sendo, os modelos de organização funcional podem variar entre instituições, sem que, por isso, se ponham em causa os princípios. Por definição, os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos (nível III) são polivalentes. Ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes por que se é responsável. Os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos devem ter modelos de articulação funcional com as áreas de tratamento de nível complementar, onde se encontrem doentes que possam necessitar de intervenção daqueles, contribuindo para a concretização do princípio de que a cada doente são proporcionados, quando deles necessitar, os cuidados indicados à luz do estado da arte. Nesse sentido, devem estar articulados, em função da missão que lhes está atribuída, com as funcionalidades determinadas pela implementação das vias verdes, as unidades intermédias e outras que se ocupam de doentes, que, embora sem estarem em situação crítica, necessitam de vigilância 24 horas, os serviços de urgência, os blocos operatórios, os sistemas de emergência intra-hospitalar. Quando indicado, pelo nível quantitativo de solicitações e/ou pela especificidade de procedimentos, podem-se desenvolver áreas de cuidados específicos para doentes com patologias específicas, como, por exemplo, queimados, coronários, patologias de cirurgia cardíaca e neutropénicos. (Portugal, Ministério da saúde, DGS, 2003)

Face ao exposto no quadro teórico e, atendendo ao objectivo e ao facto de os conceitos em estudo serem multifactoriais formularemos uma hipótese de estudo: os factores sócio-organizacionais condicionantes da satisfação laboral dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos são os que mais influenciam a qualidade geral dos serviços de saúde.

3 – METODOLOGIA

3.1 – Método e caracterização da amostra

O estudo que me proponho fazer irá utilizar o método descritivo-correlacional. Segundo Fortin (1999), este método consiste em explorar e determinar existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações.

O objectivo deste método é a descoberta de factores ligados a um fenómeno o que permite explorar relações entre variáveis a fim de conhecer as que estão associadas ao fenómeno estudo. A população-alvo deste estudo serão profissionais da área de enfermagem a exercerem funções em hospitais públicos devidamente creditados pela ordem dos enfermeiros e aptos, segundo os seus estatutos, a exercer a profissão de enfermeiro. A amostragem consistirá numa amostra aleatória simples.

Segundo Fortin (1999) esta é uma técnica segundo a qual cada um dos elementos que compõe a população alvo tem uma hipótese igual de ser escolhido para fazer parte da amostra. Para este estudo serão considerados como amostra todos os enfermeiros a exercer funções nas unidades de cuidados intensivos existentes numa organização de saúde do sector público empresarial da área da grande Lisboa. Devido a uma questão de acessibilidade, foi tomada a opção de utilizar as unidades de cuidados intensivos para a recolha de dados.

3.1.1 - Caracterização da Organização

Para melhor enquadrar a unidade de saúde, bem como o serviço avaliado, são apresentados, ainda que de forma resumida, alguns dados e indicadores referentes ao ano de 2010 que permitem a sua caracterização em termos de dimensão, nível de capacidade e forma de funcionamento, estatísticas de performance, total de efectivos envolvidos e total de utentes servidos.

O Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. (CHLC) é um estabelecimento público do SNS, dotado de personalidade jurídica; autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Foi criado por Decreto-lei e resulta da integração, por fusão, de quatro unidades hospitalares da zona de Lisboa, com histórias, percursos e culturas organizacionais bem diferentes, com o objectivo de recuperar e rentabilizar sinergias existentes.

É um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo-lhe reconhecido eficácia e eficiência, assumindo-se como uma instituição de referência.

Tem como área de influência directa 41 das 53 freguesias do Concelho de Lisboa e 10 das 18 freguesias do Concelho de Loures, variando segundo as especialidades e unidade hospitalar. A sua área geográfica de cobertura insere-se no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e constitui hospital de primeira linha para cerca de 508.750 habitantes. No entanto, as suas características de hospital de destino para referência diferenciada alargam o seu âmbito de influência para cerca de 1,5 milhões de habitantes.

O Centro Hospitalar Lisboa Central dispõe ainda de Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Anestesiologia, Anatomia Patológica, Imuno-Hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Patologia Clínica e Imagiologia), bem como Serviços de Urgência (Geral, Obstétrica e Pediátrica).

A capacidade de internamento média disponível em 2010 neste Centro Hospitalar foi de 1.128 camas, não considerando as 22 camas de berçário. Ao nível dos indicadores globais por linha de actividade, o Centro Hospitalar Lisboa Central registou cerca de 38.500 doentes saídos directos no ano de 2010 (cerca de 105 doentes/dia), registando uma demora média de 9,0 dias e uma taxa de ocupação de 81,92%. Assistiram-se ainda 255.400 doentes nos serviços de urgência (700/dia) e realizaram-se cerca de 558.800 consultas médicas, 30.728 intervenções cirúrgicas, 35.673 sessões de hospital de dia (136/dia útil) e 5.400 intervenções domiciliárias. Quanto à variação homóloga destes indicadores, verificou-se uma redução de cerca de 3,6% na lotação, com a consequente quebra de 3,1% nos doentes saídos. Assim, a demora média caiu cerca de 0,2% e a taxa de ocupação baixou de 81,3% para os 79,9%, reflectindo pior utilização da capacidade instalada. Nos restantes indicadores, assistiu-se aos aumentos de 1,4% dos doentes assistidos nos serviços de urgência, 0,4% de consultas médicas e decréscimo de 2% das intervenções cirúrgicas. O número de sessões de hospital de dia baixou 11,5% mas as intervenções domiciliárias aumentaram 12,6%. O número de partos também decresceu cerca de 4,8% de 2009 para 2010, sendo a taxa de cesarianas de 28,6% neste último ano. De referir ainda que 84% do total de doentes assistidos em 2010 tem no SNS a entidade financeira responsável pela cobertura da prestação de cuidados de saúde neste Centro Hospitalar.

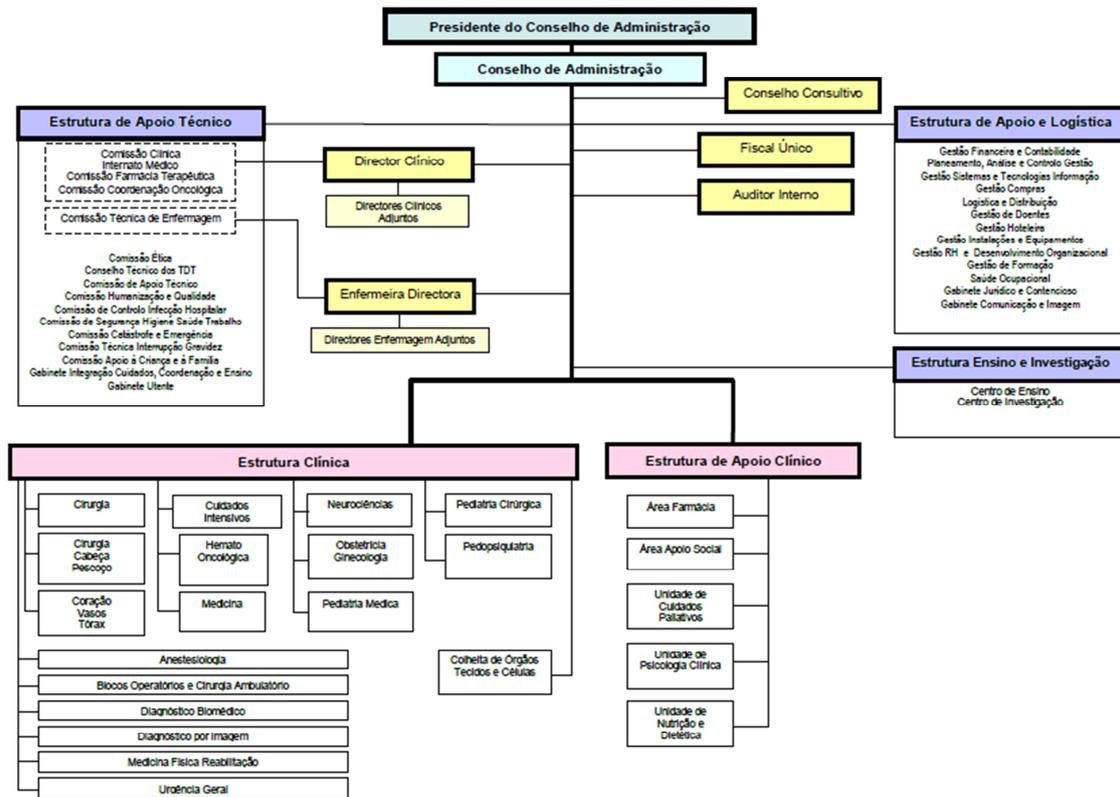
O índice de case-mix (ICM) é um coeficiente global de ponderação da produção, que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros em termos da complexidade da sua casuística. Para o Centro Hospitalar Lisboa Central, este índice, visto numa perspectiva de case-mix médico e cirúrgico assume os valores, normalizados, de 0,9541 e 2,1098 respectivamente, apresentando na sua globalidade um valor de 1,521. As patologias mais

frequentes no ano 2010 foram os GDH's 629, 373 e 125, grupos de diagnóstico em que se reflecte o peso da área materno-infantil, logo seguido das patologias do aparelho circulatório e coração. Verifica-se também uma ligeira melhoria face ao ano anterior, em que este índice apresentava um valor de 1,4842. Quanto à percentagem de primeiras consultas, este indicador de acesso subiu o valor de 26% em 2009 para 27% e 2010.

No entanto, verificou-se um aumento na percentagem de cirurgias de ambulatório no total da cirurgia programada, que foi, no ano de 2010, de cerca de 51,8%. Em relação ao desempenho económico-financeiro do Centro Hospitalar Lisboa Central no ano de 2010, verifica-se que os proveitos, cerca de 343.176 M.€, não cobriram a totalidade dos custos suportados, 380.236 M.€, sendo o Resultado Líquido negativo de cerca de 37,075 M.€. De referir ainda que os Custos com Pessoal representam cerca de 50,2% do total de custos e sofreram um decréscimo de cerca de 2,6% face ao ano anterior. Comparando o ano de 2010 com o ano anterior, o resultado operacional sofre uma variação positiva de 21%, tendo contribuído para tal decréscimo dos proveitos em 1,6% e dos custos em 0,5%. O investimento total realizado em 2010 por este Centro Hospitalar ascendeu a 13.645 M.€, constituindo acção prioritária a remodelação e conservação das instalações (31,1%). Cerca de 40,4% do total do investimento realizado foi aplicado em equipamento básico e as imobilizações em curso assumem 2.357 M€. Em 31 de Dezembro de 2010, o Centro Hospitalar Lisboa Central contava com cerca de 6000 efectivos: 57,1% pertencentes à Função Pública, e 42% com Contrato Individual de Trabalho, verificando-se uma redução de 3% face ao ano anterior. A redução em tempo equivalente a tempo completo (1 ETC = 1 efectivo em regime de 35h/semana) foi de 2,8%.

Da análise das habilitações literárias do pessoal, conclui-se mais de 44,6% possui licenciatura, embora ainda 43,26% de profissionais tenham habilitações inferiores ao 12º ano. O Regulamento Interno do Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. foi homologado por Sua Ex.^a o Secretário de Estado da Saúde, em 2010, do qual resultou a seguinte estrutura organizacional:

Figura 1 – Organigrama hospitalar - CHLC



A Missão, Valores e Objectivos deste Centro Hospitalar, referenciados em seguida, encontram-se disponíveis para consulta por todos os seus colaboradores, quer na Intranet quer na sua página Web. São referidos no Plano de Negócio (Business Plan), nos documentos sobre Política da Qualidade, nos Planos de Desempenho e nos Relatórios de Gestão e Contas.

Assim, este centro hospitalar tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A actividade deste Centro assegura a cada doente, cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente. A visão reflecte o facto do Centro Hospitalar Lisboa Central ser um hospital central, com ensino universitário e formação pós graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela Lisboa Central clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência. O Centro

Hospitalar Lisboa Central pauta a sua actividade pelos seguintes valores: competência técnica; ética profissional; segurança e conforto para o doente; responsabilidade e transparência; cultura de serviço centrada no doente; melhoria contínua da qualidade; cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática; actividade orientada para resultados; trabalho em equipa/multidisciplinar e multiprofissional; boas condições de trabalho.

Os objectivos são seguidamente elencados: prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; intervir na prevenção da doença; otimizar a utilização dos recursos disponíveis; constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados; promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de Lisboa Central; prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica; promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua; desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.

No Relatório de Gestão e Contas de 2010, refere-se ainda que este Centro Hospitalar desenvolve a sua missão centrado no doente, pautado por um conjunto de valores como a competência e a ética profissionais, inseridos numa cultura de responsabilização, transparência e de melhoria contínua da qualidade e tendo como referências fundamentais para a governação clínica, os seguintes pressupostos: responsabilizar a Instituição e os seus profissionais individualmente pela qualidade dos cuidados prestados, apostando na sua melhoria contínua, e aumentando assim a confiança dos Utentes do Centro Hospitalar, EPE; garantir a melhor articulação entre os diversos estratos profissionais procurando assim um correcto equilíbrio entre os recursos humanos e financeiros e a necessidade de práticas modernas e de qualidade adequadas às necessidades sentidas pelos doentes e expectáveis pelos profissionais; promover a abordagem sistemática da redução dos riscos para o doente através do desenvolvimento de uma cultura de segurança no Centro Hospitalar, EPE; planear as actividades e os cuidados centrados nas necessidades dos Doentes e das suas famílias, disponibilizando informação acessível, numa relação correcta, transparente e de profundo respeito pelo Doente; procurar diminuir ou mesmo anular a diversidade dos processos e resultados, obtendo uma uniformização facilitadora e coerente; projectar no quotidiano hospitalar a mais valia do trabalho multidisciplinar e de equipa; adoptar sistematicamente práticas baseadas em evidência, reduzindo e limitando os riscos inerentes à prática clínica.

Os conceitos de Missão, Visão e Proposta de Valor devem traduzir o objectivo de qualquer organização: onde está e onde quer chegar. É um conjunto que deve ser adoptado no dia-a-dia de todos os profissionais, alinhando os discursos e actuações de cada um. A definição de Missão, Visão e Valores serve para promover a convergência dos esforços humanos, materiais e financeiros, em busca de um objectivo comum. Esta situação justifica que os indicadores decorrentes desta gestão estratégica devam estar alinhados e devidamente integrados para a consecução destes fins.

3.1.2 - Caracterização do serviço/unidade

O serviço que serve de base a este estudo trata-se de uma unidade de cuidados intensivos e intermédios classificadas em nível III e nível I, respectivamente. Fundada em 1979, sendo uma das primeiras unidades de cuidados intensivos do país. Inicialmente eram cuidados doentes com patologias exclusivas do foro médico, mas desde de há quatro anos tornou-se uma unidade polivalente com doentes com patologias de todas as especialidades médicas e cirúrgicas.

Este serviço é constituído por uma ala de cuidados intensivos (nível III) com doze camas e com um enfermeiro por cada 2 doentes conforme recomendado pela DGS e uma ala de cuidados intermédios (nível I) com oito camas com um enfermeiro para quatro doentes. A equipa de enfermagem possui 59 enfermeiros organizados em cinco equipas funcionais especializados para prestar serviços de saúde a doentes em situação crítica com alto risco de vida. A equipa médica é constituída por 11 médicos com especialidade em medicina interna e sub-especialidade em medicina intensiva. Tem, ainda, uma equipa de treze assistentes operacionais.

Relativamente aos dados disponíveis sobre a produção deste serviço, estes estão compreendidos entre Janeiro a Julho de 2011, isto é, primeiro semestre sendo que verificou-se uma totalidade de 193 doentes admitidos para a ala de cuidados intermédios dos quais 33 transferidos do serviço de urgência, 1 das consultas externas, 157 transferências internas (outros serviços de internamento do centro hospitalar ou bloco operatório) e 2 de transferências externas (provenientes de outros hospitais). No que diz respeito aos cuidados intensivos, verificou-se 246 doentes admitidos, dos quais 114 provenientes do serviço de urgência, 118 de transferências internas e 14 de transferências externas. Os cuidados intermédios apresentaram uma taxa de mortalidade de 4,7% e 26,4% nos cuidados intensivos o que confirma a situação crítica dos utentes. Assim sendo a totalidade de dias de doentes

saídos são de 1187 na ala de cuidados intermédios e 2323 na ala de cuidados intensivos com uma demora média de 6,12 e 9,44 dias respectivamente nos cuidados intermédios e intensivos com taxas de ocupação de 93,34% nos cuidados intermédios e 91,86% nos cuidados intensivos. No ano de 2010, esta unidade (nível I e nível III) apresentou custos no valor de 7.171.930,02€ sendo que 4.785.147,81€ são custos directos e 2.386.782,21€ custos indirectos.

No que diz respeito aos custos directos, verificamos que 767.856,50 €, ou seja, 10,7% foram alocados a medicamentos, 462.756,28€, ou seja, 6,5% foram alocados a material de consumo clínico. Contudo, verifica-se uma percentagem de 39,2%, isto é, 2.810.887,86€ com remunerações totais do pessoal que inclui vencimentos base com suplementos de turno, horas extraordinárias, subsídios de férias e natal e de refeição. Especificamente, o pessoal de enfermagem é responsável por 904.722,64€ em remunerações base o que corresponde somente a 12,6% dos gastos com remunerações. A unidade de cuidados intensivos em estudo incorpora e partilha na sua missão, visão, valores e objectivos, as perspectivas do centro hospitalar onde se integra.

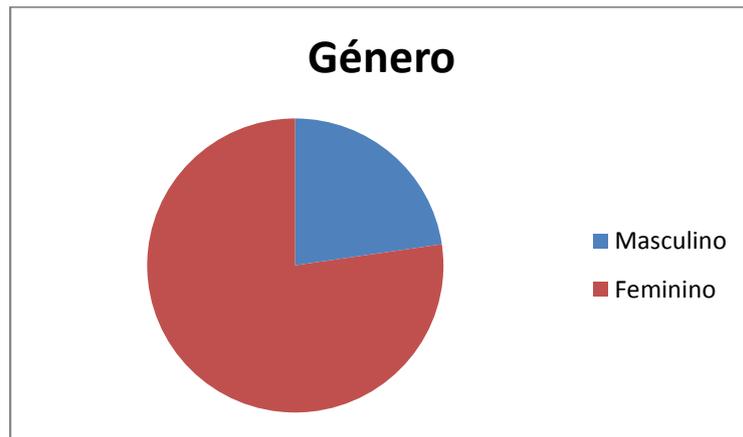
3.1.3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

A equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos comporta 55 enfermeiros na prestação de cuidados directos aos doentes/clientes mais quatro enfermeiros responsáveis por diversas áreas de apoio como sejam a logística, coordenação de actividades, entre outros, e a enfermeira chefe, perfazendo 60 enfermeiros na equipa.

No questionário participaram 44 enfermeiros mais 4 enfermeiros que integram o grupo que participou na realização do pré-teste do instrumento. Iremos sistematizar as características dos intervenientes que passam pela idade, género, vínculo laboral, categoria profissional que irá seguir a nomenclatura da antiga carreira uma vez que a nova carreira ainda não está implementada, habilitações literárias, tempo de serviço como enfermeiro e tempo a exercer funções no serviço.

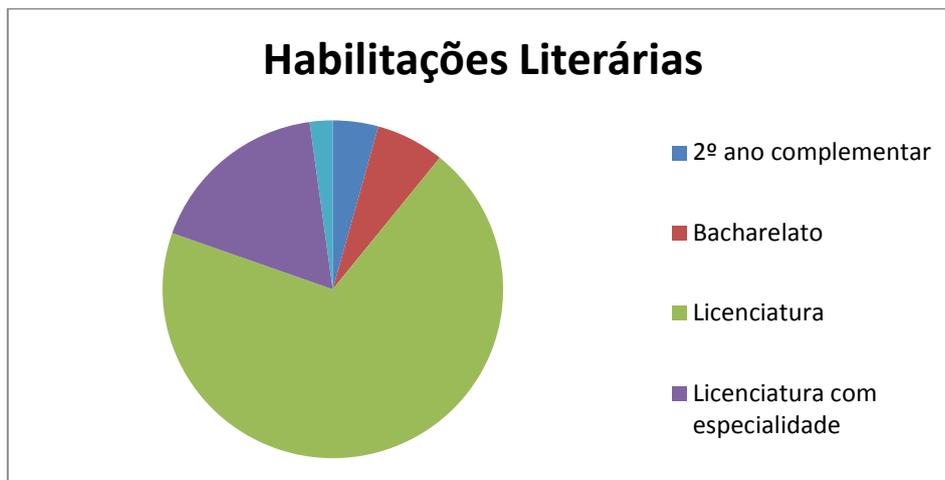
Constatamos que se trata de uma equipa jovem (42,9%) dos inquiridos com menos de 30 anos. Mas a maior parte da equipa (48,8%) tem mais de 35 anos.

Figura 2 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos por género



Neste gráfico que representa os géneros verificamos que a amostra representa o que acontece no universo da enfermagem portuguesa, de que o corpo de enfermagem português é maioritariamente formado por indivíduos do sexo feminino. No caso em estudo, trata-se de 77,3% de enfermeiras e 22,7% de enfermeiros.

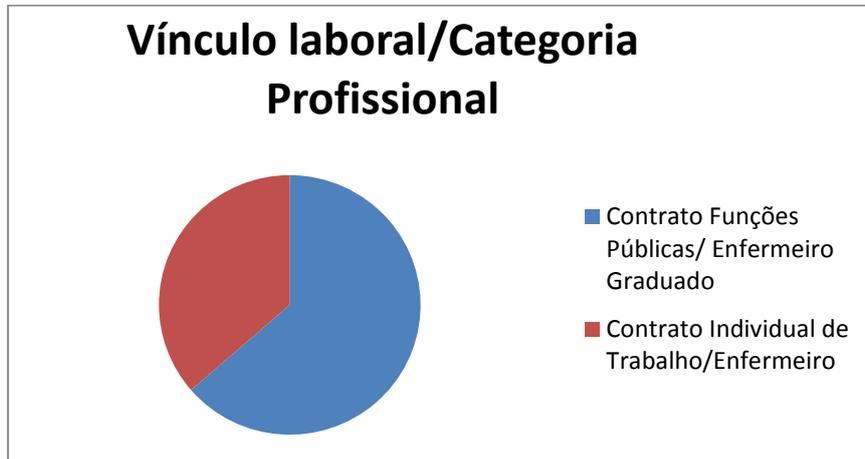
Figura 3 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos por habilitações literárias



As habilitações literárias dos enfermeiros inquiridos revelam o caminho para a uniformização de qualificações e competências. Verificamos que 72,7% têm o curso de licenciatura em enfermagem ou equivalente legal através do complemento para licenciatura em enfermagem. Desses enfermeiros licenciados individualizamos um grupo também licenciados mas com especialidade 18,2%. Este facto é revelador da necessidade dos enfermeiros evoluírem não só nas suas qualificações, como também nas suas competências utilizando a formação na especialidade para adquirir novos conhecimentos que permitem desenvolver e melhorar a qualidade dos serviços e cuidados de enfermagem. Existe, contudo,

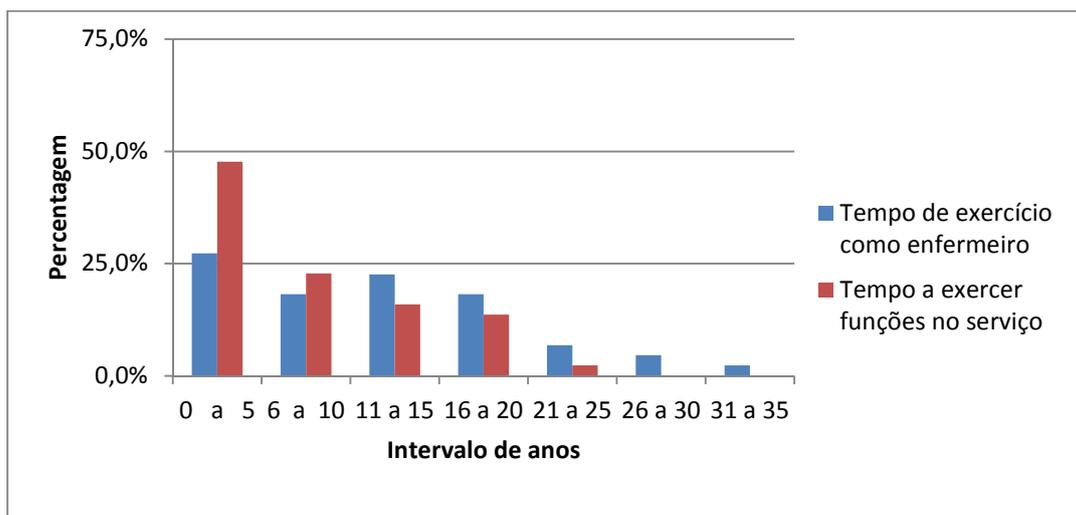
enfermeiros com o 2ºano complementar (4,5%) e bacharelato (6,8%). Assinalamos também a existência de 2,3% corresponde a 1 enfermeiro com o nível académico mais elevado neste serviço, de mestrado.

Figura 4 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos por vínculo laboral



Verificamos que a maior da equipa tem a estabilidade que, actualmente, é facultada pelo facto de se ser funcionário público, cerca de 63,6% dos inquiridos. Contudo os restantes 36,4% têm contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, o que confere também alguma estabilidade laboral. Existe paralelismo evidente entre o vínculo laboral e categoria profissional, sendo que, neste caso, utiliza-se a categoria profissional de acordo com a antiga carreira, uma vez que a nova carreira ainda não está implementada.

Figura 5 – Intervalos dos anos de exercício profissional e exercício de funções



O gráfico representa o tempo de trabalho como enfermeiro e o tempo de exercício de funções no serviço em estudo. Consta-se que a maior parte dos elementos tem cinco anos ou

menos de exercício de funções no serviço (47,7%) indicando que muitos enfermeiros iniciaram a sua vida activa neste serviço (27,3%).

3.2 – Instrumento de recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados para a realização do estudo serão os questionários. Segundo Fortin (1999) o questionário é uma técnica de colheita de dados que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos. Permite um melhor controlo dos enviesamentos e colheita mais rigorosa de informação. Deve ser utilizado quando se dispõe de pouco tempo para colher e analisar os dados obtidos.

Após revisão literária sobre satisfação laboral nas organizações e nos enfermeiros em particular, qualidade de vida laboral, qualidade dos serviços de saúde, evolução do conceito de enfermagem e noções sobre unidades de cuidados intensivos, pesquisamos sobre o instrumento de colheita de dados que nos sugere maior pertinência ao caso em estudo. Para a persecução do objectivo primordial deste estudo, correlacionar e explicar a satisfação dos enfermeiros com a qualidade dos serviços, importa confrontar os resultados de questionários que se direccionam respectivamente para a satisfação laboral e para a qualidade específica dos serviços de saúde. Depois da pesquisa sobre a existência de questionários suficientemente adequados para responder ao objectivo proposto, foram seleccionados dois (Anexo 1).

Os questionários são compostos por três partes: a primeira parte questionário refere-se à satisfação laboral. É composto por três séries de avaliações: na secção I procede-se à avaliação do grau de concordância, na secção II do grau de frequência e na secção III do grau de satisfação, que permitem avaliar aspectos concretos da situação laboral e do quotidiano de trabalho baseando-se em indicadores relacionados como sejam condições e ambiente de trabalho, auto-estima, interrelações sociais, necessidades, expectativas, articulação organização/meio. Consiste em 68 questões, algumas com alíneas exigindo todas elas o preenchimento de valores de 1 a 5 de acordo com a opinião do inquirido. Na secção existe uma questão de escolha múltipla (questão 10) que será tratada de forma isolada.

Este questionário procura ajustar-se às quatro dimensões (organizacional, simbólica, relacional e social) do modelo de análise do trabalho em contextos de servicialização proposto por Almeida (2005), onde o conceito de satisfação laboral surge como multidimensional e influenciado por múltiplos indicadores interdependentes (Quadro 1).

Quadro1 – Relação entre o conceito e dimensões

Satisfação Laboral	
Dimensões	Organizacional <ul style="list-style-type: none"> - Produto/serviço - Condições de trabalho - Organização/Procedimentos - Desempenho individual/global - Agentes e práticas motivantes - Relação motivação/desempenho
	Simbólica <ul style="list-style-type: none"> - Auto-imagem - Perspectivas de Futuro - Percepções - Valores - Expectativas
	Relacional <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de desenvolvimento pessoal - Interrelações sociais (colegas; utentes; chefias) - Ambiente de trabalho - Interação social na prestação dos serviços: - Cooperação e co-produção (trabalhadores/equipas/utentes)
	Social <ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de avaliação de desempenho - Consequências individuais/colectivas - Articulação interna (comunicação) - Articulação organização-meio

O questionário baseado neste quadro teórico (Quadro 1) avançado por Almeida (2005), reflecte de forma esquematizada a satisfação e a sua multiplicidade de factores. Como se verifica estão interligados contribuindo para uma explicação consistente da satisfação laboral. Cada indicador tem perguntas correspondentes organizadas num quadro (Anexo 2).

A segunda parte do questionário direcciona-se para a qualidade dos serviços (secção IV). Avaliar e medir um conceito como a qualidade reveste-se de uma complexidade elevada devido à subjectividade inerente a tal conceito. Por este facto, tornou-se impossível construir um instrumento que identifica-se e medisse as características-chave da qualidade em organizações de saúde de forma objectiva e que abarca-se as diferentes perspectivas existentes. Contudo Sower (2001) com o objectivo de construir um instrumento que

conseguisse analisar os aspectos multidimensionais da qualidade, realizaram uma extensa abordagem dos referenciais teóricos mais comuns para validar as suas pesquisas. Esta acção revelou a variabilidade de formas que existem para conceptualizar e medir a qualidade tornando confuso a escolha de uma forma sólida para a medir.

Assim Sower (2001) ao confrontarem as diferentes dimensões da qualidade de 6 perspectivas distintas, verificaram que existem de uma maneira geral aspectos comuns e aspectos diferentes o que impede objectivação concordante dado ser um conceito multidimensional. Contudo, este autor concluiu que o referencial existente com maior poder explicativo das dimensões da qualidade nas organizações de saúde é o da JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*).

No seguimento deste estudo, tornou-se consensual e objectivamente verificado que as 9 dimensões da qualidade propostas pela JCAHO são a melhor forma de avaliar e medir a qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde. As Nove dimensões propostas pela JCAHO consistem em: Eficácia (tratamentos e procedimentos em relação à condição do utente são aplicados correctamente atingindo os resultados esperados), Adequação (os diferentes procedimentos e cuidados são fornecidos face à situação clínica do utente tendo em conta os atuais conhecimentos), Eficiência (preocupação entre a relação dos resultados e os recursos/custos para os executar), Respeito e Preocupação (o utente e sua família estão envolvidos nas decisões de saúde estes cuidados são prestados com sensibilidade e respeito, tendo em conta as suas necessidades, expectativas e individualidade), Segurança (riscos dos tratamentos e o risco no ambiente de prestação de cuidados são activamente reduzidos, aplicando-se esta premissa ao utentes e profissionais de saúde envolvidos nos cuidados), Continuidade (são coordenados entre os profissionais e entre outros serviços ao longo do tempo), Efectividade (tratamentos, procedimentos e serviços prestados são realizados de forma correcta, tendo em conta o estado actual dos conhecimentos e visando o cumprimento do objectivo esperado para o utente), Oportunidade (procedimento, tratamento ou serviço necessário é prestado ao utente é adequada, isto é, consegue-se prestar os cuidados necessários no horário mais benéfico e com tempo necessário para garantir qualidade) e Disponibilidade de Meios (exame, procedimento, tratamento ou serviço necessário para um utente que necessite deste está disponível para atender as necessidades do utente).

Estas dimensões têm definições que garantem a objectividade necessária para uma aproximação estruturada a um conceito como a qualidade. Com base nestas dimensões, foi criado um instrumento para avaliar a qualidade de forma simples e directa. Pede-se aos profissionais, no caso enfermeiros, que respondam a um questionário que reflecte as 9

dimensões tendo como base a percepção dos cuidados prestados nos serviços e a qualidade geral dos serviços de saúde prestados na sua unidade segundo a sua percepção atribuindo pontuação numa escala de 0 a 20 pontos.

A secção V visa a recolha de dados sociodemográficos da amostra para tratamento estatístico que se prendem com variáveis individuais (idade, género, habilitações literárias) e variáveis organizacionais (vínculo e categoria laboral, tempo a exercer funções como enfermeiro e no serviço estudado)

Segundo Almeida (2005) os dados recolhidos devem ser organizados de acordo com as dimensões propostas que constituem indicadores de satisfação laboral que permitem um trabalho estatístico. Assim são formados os seguintes indicadores de satisfação laboral: ambiente de trabalho remetendo para os diferentes aspectos do trabalho como remuneração, formação, carga e horários de trabalho equipamentos de apoio, relação do colaborador com o trabalho entre outras; interrelações sociais remete-nos para a gestão de conflitos dentro do serviço, relações interprofissionais e interpessoais entre os colaboradores, espírito de equipa, relação com os utentes do serviço; organização/procedimentos está relacionado com a gestão de conflitos a nível de toda a organização, regras e procedimentos burocráticos, colaboração entre os diversos serviços da organização no sentido do cumprimento da missão; articulação interna (comunicação), como perceptível, transporta-nos para a importância da comunicação dentro da organização e impacto na sua dinâmica e performance; agentes e práticas motivantes aborda a gestão e liderança e a sua influência nos diferentes aspectos do quotidiano organizacional como gestão de conflitos, estipulação de objectivos entre outros; sistemas de avaliação de desempenho remete-nos para o impacto da avaliação na gestão das dinâmicas de equipa como factor de satisfação; articulação organização/meio leva-nos para a importância da responsabilidade social, imagem e prestígio da organização e influência na satisfação dos colaboradores; relação motivação/desempenho; auto-imagem, ou seja, forma como a organização preenche sentimentos de auto-realização dos seus colaboradores; expectativas, isto é, perspectivas para o futuro relação entre excelência e progressão nas carreiras; por fim, valores e competências remetendo-nos para o espaço que a organização confere na aplicação efectiva dos diferentes conhecimentos adquiridos.

Do mesmo modo assume-se que as variáveis que indicam a qualidade dos serviços de saúde referem-se às avançadas pela JCAHO, ou sejam, Eficácia, Eficiência, Oportunidade, Respeito e preocupação, Continuidade, Segurança, Efectividade, Disponibilidade de meios, Adequabilidade e Qualidade geral percebida.

3.3 – Procedimentos

Como procedimentos, após uma exaustiva revisão literária sobre satisfação laboral nas organizações de saúde e nos enfermeiros em particular, qualidade de vida laboral, qualidade dos serviços de saúde, evolução do conceito de enfermagem e noções sobre unidades de cuidados intensivos, pesquisamos sobre o instrumento de colheita de dados que nos sugere maior pertinência ao caso em estudo; enviado o devido pedido de autorização de aplicação de questionários ao conselho de administração do centro hospitalar onde se aplicou o questionário; realizada uma caracterização da organização e particularmente das unidades em causa, elaboração de caracterização sociodemográfica da amostra e posterior análise e discussão dos resultados.

De salientar que não foi permitida a aplicação do instrumento de recolha de dados a outros profissionais de saúde que não os enfermeiros. Não foi obtida resposta em tempo útil do conselho de administração para aplicação em todas as unidades de cuidados intensivos do referido centro hospitalar.

3.4 – Técnicas de tratamento de dados

No tratamento dos dados recolhidos serão utilizados três tipos de técnicas para atingir o objectivo principal deste trabalho. Assim, segundo Marôco (2011), de entre as várias formas de caracterizar a amostra assumem importância as medidas de tendência central (que procuram caracterizar a variável que ocorre com mais frequência), medidas de dispersão que caracterizam as observações em torno das estatísticas de tendência central e as medidas de associação que visam a caracterização da direcção e intensidade da variação comum entre variáveis no caso de amostras multivariadas.

Em sequência, utilizaremos frequências absolutas respectivas percentagens, médias e desvios-padrão (medidas de dispersão) e como medidas de associação utilizaremos o coeficiente de *Spearman* que, por ser uma medida de associação não paramétrica, não exigindo à partida nenhum pressuposto sobre a forma de distribuição das variáveis, parecem-nos ser as medidas mais adequadas para a análise.

Utilizaremos também o modelo de regressão linear múltipla que, segundo Marôco (2011) é uma técnica estatística descritiva e inferencial que permite a modelação de relações entre variáveis e prever o valor de uma variável dependente (ou de resposta) a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou preditoras).

4 - RESULTADOS

De acordo com a pergunta de partida para esta investigação – quais os factores que influenciam a satisfação laboral dos enfermeiros desta unidade e qual o impacto na qualidade dos serviços segundo a percepção dos enfermeiros – torna-se necessário, nesta fase da investigação, a descrição dos resultados obtidos pela aplicação dos questionários.

Para uma melhor sistematização dos dados, serão descritos de acordo com as secções que avaliam os diferentes graus. Assim, como já referido, a Secção I avalia o grau de concordância, a Secção II avalia o grau de frequência, a Secção III o grau de satisfação e, por fim a Secção IV avalia a percepção dos enfermeiros da qualidade dos cuidados/serviços prestados. Segundo Fortin (1999) para análise descritiva dos dados quantitativos, o investigador pode utilizar as medidas de tendência central, como a média, dando um ideia dos resultados uma vez agrupados e o desvio-padrão, enquanto medida de dispersão, indica como os resultados individuais se situam em relação à média. Os dados quantitativos devem ser expressos por ordem de grandeza ou de posto correspondente à escala ordinal.

Contudo, nas Secções I, II e III, por ter sido aplicada uma escala de Likert, não faz sentido a utilização das médias pelo que se optou por apresentação das frequências absolutas e suas percentagens para cada nível da escala.

4.1 – Análise descritiva dos dados recolhidos

Na Secção I apresentamos as frequências absolutas e percentagens dos dados que avaliam o grau de concordância (Quadro 2).

Como verificamos, avaliando o grau de concordância (1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente), podemos observar que a questão I24c (para melhorar a produtividade nos serviços é essencial: comunicação eficaz obteve uma frequência elevada com percentagem de 77,3% o que indica o acordo dos enfermeiros e, assim a noção de que a comunicação dentro de uma organização é de extrema importância para uma performance elevada contribuindo também para um grau de satisfação e qualidade de vida laboral elevadas.

Ao mesmo nível temos que uma chefia eficiente e trabalhadores competentes contribuem igualmente para performances elevadas. Nos antípodas, com frequências muito elevadas próximas do valor indicativo de discordo totalmente temos que a actividade sindical não contribuem para a qualidade de vida no trabalho reflectindo uma grande insatisfação.

Quadro 2 - Frequências e Percentagens – Secção I

Secção I	Pergunta	Escala de Likert (Nível)	Frequência Absoluta	Percentagem		
1	Gosto do tipo de actividades que me estão atribuídas	3	5	11,4%		
		4	30	69,8%		
		5	8	18,6%		
2	Em geral, executo as minhas actividades dentro do prazo	3	4	9,1%		
		4	31	70,5%		
		5	9	20,5%		
3	Sinto-me informado sobre os assuntos correntes do meu serviço	2	7	15,9%		
		3	23	52,3%		
		4	14	31,8%		
4	Recebo uma remuneração justa pelo trabalho que faço	1	25	56,8%		
		2	14	31,8%		
		3	3	6,8%		
		4	2	4,5%		
5	Acho que no meu emprego as minhas capacidades estão subaproveitadas	1	1	2,3%		
		2	9	20,5%		
		3	15	34,1%		
		4	12	27,3%		
		5	7	15,9%		
6	As desavenças entre colegas prejudicam o meu trabalho	1	2	4,5%		
		2	8	18,2%		
		3	17	38,6%		
		4	13	29,5%		
		5	4	9,1%		
7	Os aspectos mais relevantes do meu trabalho não são avaliados	2	6	13,6%		
		3	20	45,5%		
		5	2	4,5%		
8	Sinto que sou discriminado no meu trabalho	1	25	56,8%		
		2	14	31,8%		
		3	5	11,4%		
9	Sinto orgulho no trabalho que produzo	3	3	6,8%		
		4	26	59,1%		
		5	14	31,8%		
10	Sinto-me à vontade para abordar os meus superiores hierárquicos com dúvidas e sugestões	3	11	25%		
		4	23	52,3%		
		5	10	22,7%		
		1	1	2,3%		
		2	9	20,5%		
11	Tenho facilidade de acesso a acções de formação para aperfeiçoar as minhas competências	2	19	43,2%		
		4	12	27,3%		
		5	3	6,8%		
		2	1	2,3%		
		3	5	11,4%		
12	Sinto-me perfeitamente integrado neste serviço	3	3	6,8%		
		4	21	47,7%		
		5	17	38,6%		
		2	1	2,3%		
		3	5	11,4%		
13	Gosto de dar o meu melhor pelo serviço, mesmo sem ser solicitado	3	3	6,8%		
		4	25	56,8%		
		5	16	36,4%		
		1	6	13,6%		
		2	9	20,5%		
14	Sinto que o meu trabalho prejudica a minha saúde	3	3	6,8%		
		4	25	56,8%		
		5	16	36,4%		
		1	5	11,4%		
		2	15	34,1%		
15	Trabalhar neste serviço dá prestígio social	3	17	38,6%		
		4	6	13,6%		
		5	1	2,3%		
		1	6	13,6%		
		2	20	45,5%		
16	Os serviços cooperam e trocam informação de forma eficaz	3	15	34,1%		
		4	3	6,8%		
		3	9	20,5%		
17	Posso contar com a colaboração dos meus colegas quando tenho dificuldades	4	26	59,1%		
		5	9	20,5%		
		1	3	6,8%		
		2	22	50%		
		3	11	25%		
18	Se eu não fizer o que compete a outros, o trabalho do meu serviço fica prejudicado	4	8	18,2%		
		2	5	11,4%		
		3	14	31,8%		
		4	21	47,7%		
19	Eu recomendaria este serviço como um bom local de trabalho	5	4	9,1%		
		1	1	2,3%		
		2	2	4,5%		
		3	17	38,6%		
		4	18	40,9%		
20	As tarefas mais difíceis são as que me dão mais satisfação	5	6	13,6%		
		4	18	40,9%		
		3	17	38,6%		
		2	2	4,5%		
		1	1	2,3%		
21	O trabalho que eu faço é relevante para a comunidade	3	4	9,1%		
		4	23	52,3%		
		5	16	36,4%		
		1	1	2,3%		
		2	1	2,3%		
22	De futuro tenciono empenhar-me mais	3	14	32,6%		
		4	21	48,8%		
		5	5	11,6%		
		1	2	4,7%		
		2	1	2,3%		
23	Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram adquiridos principalmente:	Principalmente:				
		2	6	13,6%		
		3	17	38,6%		
		4	13	29,5%		
		5	8	18,2%		
		a)	Sistema educativo	3	1	2,3%
				4	27	61,4%
				5	16	36,4%
				1	1	2,3%
				2	5	11,4%
		b)	Na prática da profissão	3	11	25%
				4	24	54,5%
				5	3	6,8%
				2	1	2,3%
				3	3	6,8%
		c)	Nas acções de formação	4	30	68,2%
				5	10	22,7%
				1	1	2,3%
				2	14	31,8%
				3	14	31,8%
		d)	Em trabalhos de pesquisa de minha iniciativa	4	12	27,3%
				5	3	6,8%
				3	2	4,5%
4	16			36,4%		
5	26			59,1%		
24	Para melhorar a produtividade nos serviços é essencial:	Essencial:				
		1	1	2,3%		
		2	14	31,8%		
		3	14	31,8%		
		4	12	27,3%		
		a)	Uma disciplina rígida	5	3	6,8%
				3	2	4,5%
				4	16	36,4%
				5	26	59,1%
				1	1	2,3%
		b)	Chefia eficiente	2	9	20,5%
				3	16	36,4%
				4	13	29,5%
				5	3	6,8%
				1	11	25%
		25	Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de:	1	1	2,3%
				2	4	9,1%
				3	9	20,5%
				4	28	63,6%
				5	2	4,5%
		a)	Choque de personalidades	2	11	25%
				3	8	18,2%
				4	20	45,5%
5	5			11,4%		
2	2			4,5%		
b)	Falta de liderança	3	5	11,4%		
		4	21	47,7%		
		5	16	36,4%		
		1	1	2,3%		
		2	7	15,9%		
c)	Falhas na comunicação	3	11	25%		
		4	21	47,7%		
		5	4	9,1%		
		1	1	2,3%		
		2	16	37,2%		
d)	Injustiças próprias do sistema	3	15	34,9%		
		4	9	20,9%		
		5	2	4,7%		
		2	14	31,8%		
		3	11	25%		
e)	Deficientes condições de trabalho	4	16	36,4%		
		5	3	6,8%		
		2	2	4,7%		
		3	11	25%		
		4	13	30,2%		
f)	Incompetência profissional	4	20	46,5%		
		5	8	18,6%		
		2	2	4,7%		
		3	13	30,2%		
		4	20	46,5%		
g)	Competição entre colegas	5	8	18,6%		
		1	19	43,2%		
		2	16	36,4%		
		3	7	15,9%		
		4	2	4,7%		
26	Nos últimos dois anos foi possível melhorar a qualidade do meu trabalho devido a:	Devido a:				
		1	21	47,7%		
		2	16	36,4%		
		3	6	13,6%		
		4	1	2,3%		
		a)	Mudanças de legislação	1	11	25%
				2	13	29,5%
				3	14	31,8%
				4	5	11,4%
				5	1	2,3%
		b)	Resoluções do conselho de administração	1	4	9,1%
				2	4	9,1%
				3	16	36,4%
				4	21	47,7%
				5	2	4,5%
		c)	Informatização	1	11	25%
				2	15	34,1%
				3	12	27,3%
				4	5	11,4%
				5	1	2,3%
		d)	Actualização dos equipamentos	2	4	9,1%
				3	16	36,4%
				4	21	47,7%
5	2			4,5%		
1	11			25%		
e)	Actuação da gestão intermédia/coordenador de enfermagem	2	15	34,1%		
		3	12	27,3%		
		4	5	11,4%		
		5	1	2,3%		
		1	2	4,5%		
f)	Acções de formação	2	6	13,6%		
		3	16	36,4%		
		4	15	34,1%		
		5	5	11,4%		
		1	10	22,7%		
g)	Mudanças na minha situação laboral	2	20	45,5%		
		3	11	25%		
		4	1	2,3%		
		5	2	4,5%		
		1	6	13,6%		
h)	Plano de desempenho	2	19	43,2%		
		3	13	29,5%		
		4	5	11,4%		
		5	1	2,3%		
		1	1	2,3%		
i)	Orientações da minha chefia	2	11	25%		
		3	19	43,2%		
		4	13	29,5%		
		1	2	4,5%		
		2	2	4,5%		
j)	Razões pessoais	3	13	29,5%		
		4	23	52,3%		
		5	4	9,1%		
		1	27	61,4%		
		2	12	27,3%		
k)	Actividade sindical	3	5	11,4%		
		1	2	4,5%		
		2	3	6,8%		
		3	18	40,9%		
		4	16	36,4%		
27	O meu actual emprego corresponde às minhas expectativas	5	5	11,4%		
		2	7	15,9%		
		3	11	25%		
		4	21	47,7%		
		5	5	11,4%		
28	O grau de dificuldade das tarefas corresponde à minha hierarquia de funções	1	3	6,8%		
		2	9	20,5%		
		3	16	36,4%		
		4	13	29,5%		
		5	3	6,8%		
29	Com mais autonomia, eu seria mais eficaz no meu trabalho	1	11	25%		
		2	16	36,4%		
		3	11	25%		
		4	5	11,4%		
		5	1	2,3%		
30	O grau de exigência das chefias aumentou devido à avaliação do desempenho	2	16	36,4%		
		3	11	25%		
		4	5	11,4%		
		5	1	2,3%		
		1	11	25%		

A existência de discriminação nesta unidade é prática quase inexistente o que é positivo e estes dados revelam directamente uma grande discordância quanto à remuneração que não são consideradas justas uma vez relacionadas com o tipo de actividades e responsabilidades inerentes à profissão.

No seguimento do realizado para a secção I, para a análise dos dados da secção II em que é avaliado o grau de frequência (1 Nunca e 5 Sempre) utilizaremos também frequências e suas percentagens (Quadro 3).

Nestes dados (Quadro 3) verificamos que existe um distanciamento entre o conselho de administração e gestão intermédia e os enfermeiros evidenciado na questão que referencia o contributo para a produção e qualidade com valores na ordem de 93,1%, o mesmo é dizer, segundo os conceitos avançados por Mintzberg (2010), a desarticulação entre o vértice estratégico (conselho de administração e administrador da área) e o centro operacional (enfermeiros) provoca alterações na dinâmica da organização como um hospital, uma vez que a performance deste tipo de organização assenta maioritariamente no desempenho do centro operacional pois é ele que executa a missão de um hospital.

Contribui também para isto o facto de a estrutura organizacional de um hospital onde o centro operacional é o componente-chave apresentar uma grande autonomia quanto ao seu desempenho havendo assim uma standardização de qualificações o que provoca uma avaliação mais profunda e crítica da acção do vértice estratégico havendo uma maior exigência com a conduta deste.

Os resultados demonstram também que está inerente à conduta dos enfermeiros uma motivação elevada uma vez que as questões II6 (Sinto-me motivado para realizar um trabalho de qualidade) com valores nos níveis 3/4/5 de 90,9% e II3 (Esforço-me por fazer mais do que é necessário) apresentam frequências elevadas (77,3%) para o grupo de questões, verificando-se a existência de um capital humano latente que pode levar a altas performances. Contudo estas predisposições podem ser desperdiçadas por baixos índices de satisfação laboral.

Na questão 10 (Quadro 4) desta secção iremos apresentar os resultados no quadro específico visto ser uma pergunta cuja resposta se prende com a escolha das opções dadas.

Quadro 3 - Frequências e Percentagens – Secção II

Secção II	Pergunta	Escala de Likert (Nível)	Frequência Absoluta	Percentagem
1	Recebo orientações concretas sobre as tarefas que tenho que executar	1	3	6,8%
		2	6	13,6%
		3	17	38,6%
		4	16	36,4%
		5	2	4,5%
2	As minhas ideias e sugestões são tidas em consideração	1	1	2,3%
		2	7	15,9%
		3	21	47,7%
		4	15	34,1%
3	Esforço-me por fazer mais do que é necessário	1	1	2,3%
		2	1	2,3%
		3	11	25%
		4	23	52,3%
4	O trabalho do meu serviço é prejudicado por falhas de outros serviços	1	1	2,3%
		2	20	45,5%
		3	16	36,4%
		4	7	15,9%
5	Sou informado acerca do cumprimento dos objectivos sectoriais e/ou globais	1	8	18,2%
		2	21	47,7%
		3	12	27,3%
		4	1	2,3%
		5	2	4,5%
6	Sinto-me motivado para realizar um trabalho de qualidade	1	1	2,3%
		2	3	6,8%
		3	18	40,9%
		4	16	36,4%
		5	6	13,6%
7	O meu trabalho prejudica a minha vida privada	1	4	9,1%
		2	15	34,1%
		3	13	29,5%
		4	11	25%
		5	1	2,3%
8	O meu contributo para a produção e qualidade do meu serviço é reconhecido:			
a)	Pelos meus colegas	2	4	9,1%
		3	19	43,2%
		4	20	45,5%
		5	1	2,3%
		1	3	6,8%
b)	Pela minha chefia imediata	2	5	11,4%
		3	17	38,6%
		4	18	40,9%
		5	1	2,3%
		20	45,5%	
c)	Pelo administrador da minha área	2	19	43,2%
		3	4	9,1%
		4	1	2,3%
		1	24	54,5%
d)	Pelo conselho de administração	2	17	38,6%
		3	3	6,8%
		1	1	2,3%
e)	Pelos utentes	2	5	11,4%
		3	8	18,2%
		4	22	50%
		5	8	18,2%
		1	4	9,1%
9	As reuniões de trabalho em que participo são:			
a)	Bem conduzidas	2	4	9,1%
		3	14	31,8%
		4	22	50%
		5	4	9,1%
		1	1	2,3%
b)	Produtivas	2	4	9,1%
		3	20	45,5%
		4	14	31,8%
		5	5	11,4%
		1	1	2,3%
c)	Motivantes	2	12	27,3%
		3	20	45,5%
		4	8	18,2%
		5	3	6,8%
		1	18	40,9%
d)	Uma perda de tempo	2	12	27,3%
		3	12	27,3%
		4	1	2,3%
		5	1	2,3%
		1	1	2,3%

Quadro 4 – Questão 10

(Se fosse possível mudar algo relativamente à minha situação laboral no futuro próximo, optaria por:)

Opções	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
	Absoluta		
Mudar de função	1	2,3%	2,3%
Subir de categoria	17	39,5%	41,9%
Trocar de serviço	7	16,3%	58,1%
Mudar para outra instituição pública	2	4,7%	62,8%
Mudar para o sector privado	3	7,0%	69,8%
Passar à reforma	3	7,0%	76,7%
Outra opção	8	18,6%	95,3%
Não alterava nada	2	4,7%	100%

Podemos ver que há uma clara preocupação com a carreira sendo esta motivo de insatisfação dentro da classe. As mudanças para outro serviço são vistas como possível insatisfação com a dinâmica do mesmo ou com a necessidade dentro da profissão de existir mudanças cíclicas de serviço o que pode ser vista como uma vantagem.

Na Secção III utilizaremos o mesmo método para apresentar, organizar e analisar de forma descritiva os dados obtidos. Assim iremos apresentar os resultados das afirmações e as suas frequências para cada nível da escala de Likert e respectivas percentagens. De lembrar que esta secção visa a avaliação do grau de satisfação apresentando uma escala de 1 a 5 (sendo que 1 muito insatisfeito e 5 muito satisfeito).

Nesta secção (Quadro 5), como já referido, avalia-se a satisfação relativa às diferentes questões. Constatamos que existe uma grande insatisfação dos enfermeiros relativamente à conduta e acção do conselho de administração demonstrando um aparente desconhecimento mútuo dos contributos para o desempenho e dinâmica da organização. Fica também demonstrado o facto de existir um desfasamento, e isso ser sentido pelos enfermeiros entre o seu desempenho e a carreira. Isto remete-nos para os sistemas de avaliação de desempenho e sua ineficácia e para a ausência de um carreira de enfermagem funcionante, uma vez que a carreira antiga não tem evolução há anos e a carreira recentemente negociada não está em vigor e levanta muitas dúvidas dentro da classe. O facto de o sentimento de insatisfação existente relativo aos objectivos e a forma como são estipulados indica, claramente que estes são elaborados sem o envolvimento dos indivíduos que os vão executar, demonstrando uma grave falha nas hierarquias e assim na gestão dos serviços, pois o envolvimento dos colaboradores, no caso enfermeiros, levam ao *commitment* com a organização baixo e o posterior *feedback* dos resultados não são concretizados dentro da dinâmica da organização podendo influenciar de forma negativa o desempenho e produtividade da mesma.

Quadro 5 - Frequências e percentagens – Secção III

Secção III	Pergunta	Escala de Likert (Níveis)	Frequência Absoluta	Percentagem
1	Horário de trabalho	1	2	4,5%
		2	3	6,8%
		3	19	43,2%
		4	18	40,9%
		5	2	4,5%
2	Conforto e higiene no local de trabalho	1	1	2,3%
		2	1	2,3%
		3	14	31,8%
		4	24	54,5%
		5	4	9,1%
3	Serviços de apoio disponíveis	2	10	22,7%
		3	15	34,1%
		4	19	43,2%
4	Material informático	1	3	6,8%
		2	8	18,2%
		3	12	27,3%
		4	18	40,9%
		5	3	6,8%
5	Equipamento técnico	1	1	2,3%
		3	8	18,2%
		4	29	65,9%
		5	6	13,6%
		3	5	11,4%
6	Relação com os utentes	4	27	61,4%
		5	12	27,3%
		2	8	18,2%
7	Colaboração com outras entidades	3	28	63,6%
		4	7	15,9%
		2	1	2,3%
8	Serviço a que pertence actualmente	3	13	29,5%
		4	24	54,5%
		5	6	13,6%
		2	2	4,5%
		3	22	50%
9	Imagem do CHLC na comunidade	4	20	45,5%
		1	2	4,5%
		2	2	4,5%
10	Oportunidade de usar as competências adquiridas	3	15	34,1
		4	22	50%
		5	2	4,5%
		1	7	15,9%
		2	15	34,1%
11	Existência de sistemas de avaliação de desempenho	3	17	38,6%
		4	5	11,4%
		1	17	38,6%
		2	18	40,9%
		3	3	6,8%
12	Relação entre bem feito e promoção na carreira	4	6	13,6%
		1	3	6,8%
		2	15	34,1%
		3	21	47,7%
		4	4	9,1%
13	Trabalho fora do horário normal	5	1	2,3%
		2	9	20,5%
		3	24	54,5%
		4	9	20,5%
		5	2	4,5%
14	Quantidade de tarefas diárias a executar	2	2	4,5%
		3	19	43,2%
		4	20	45,5%
		5	3	6,8%
		2	8	18,2%
15	Variedade de tarefas diárias	3	18	40,9%
		4	17	38,6%
		5	1	2,3%
		1	1	2,3%
		2	21	47,7%
16	Ritmo de trabalho diário	3	20	45,5%
		4	2	4,5%
		2	1	2,3%
		3	18	40,9%
		4	24	54,5%
17	Regras e procedimentos burocráticos	5	1	2,3%
		2	3	6,8%
		3	16	36,4%
		4	23	52,3%
		5	2	4,5%
18	Eficiência dos colegas	1	2	4,5%
		2	9	20,5%
		3	24	54,5%
		4	9	20,5%
		1	3	6,8%
19	Espírito de equipa	2	24	54,5%
		3	13	29,5%
		4	4	9,1%
		1	17	38,6%
		2	20	45,5%
20	Actuação do conselho de administração	3	6	13,6%
		4	1	2,3%
		1	12	27,3%
		2	20	45,5%
		3	8	18,2%
21	Actuação da gestão intermédia (coordenador de enfermagem)	4	3	6,8%
		5	1	2,3%
		1	2	4,5%
		2	8	18,2%
		3	16	36,4%
22	Actuação da chefia funcional (enfermeiro-chefe)	4	14	31,8%
		5	4	9,1%
		1	5	11,4%
		2	22	50%
		3	12	27,3%
23	Sistema por objectivos	4	4	9,1%
		1	2	4,5%
		2	26	59,1%
		3	13	29,5%
		4	2	4,5%
24	Forma como são estipulados os objectivos anuais para o serviço	1	5	11,4%
		2	21	47,7%
		3	16	36,4%
		4	1	2,3%
		5	1	2,3%
25	Impacto da avaliação de desempenho na qualidade do trabalho individual	1	4	9,1%
		2	21	47,7%
		3	14	31,8%
		4	4	9,1%
		5	1	2,3%
26	Impacto da avaliação de desempenho na qualidade do trabalho de equipa/serviço	1	4	9,1%
		2	21	47,7%
		3	14	31,8%
		4	4	9,1%
		5	1	2,3%

Os resultados (Quadro 5) com as melhores percentagens prendem-se com o conforto e higiene no trabalho o que promove a qualidade de vida no trabalho levando a potenciais índices positivos na satisfação; o equipamento técnico, o que não é surpreendente uma vez que se trata de uma unidade de cuidados intensivos onde se encontram os melhores equipamentos para uma resposta adequada aos doentes com mais necessidades. Por fim verificamos que existe uma grande satisfação na relação com os utentes, independentemente do seu estado clínico o que indica bons níveis de motivação que não indica necessariamente de satisfação laboral.

Por fim, analisaremos de forma descritiva a secção IV relativa às dimensões avançadas pela JCAHO sobre a qualidade dos serviços em saúde. Utilizaremos as médias e desvio-padrão para cada dimensão com ordem de grandeza ascendente.

Quadro 6 – Secção IV – Médias e desvio-padrão

Dimensão	Média	Desvio-padrão
Continuidade	13,86	3,246
Eficiência	13,89	2,814
Oportunidade	14,25	2,771
Respeito e preocupação	14,34	3,057
Segurança	14,55	2,732
Eficácia	15,55	1,873
Adequabilidade	16,07	1,662
Efectividade	16,07	1,897
Disponibilidade de meios	16,07	2,225
Qualidade geral	15,91	1,342

Ao analisarmos estes dados, verificamos que existem três dimensões que, segundo a percepção dos enfermeiros deste estudo, apresentam as mesmas médias embora com desvio-padrão diferente, são eles a adequabilidade, isto é os procedimentos e serviços estão de, maneira geral adequados à condição do doente; os serviços (tratamentos ou procedimentos) são aplicados de forma correcta de acordo com o objectivo esperado para o doente e existe uma disponibilidade de meios que, na óptica dos enfermeiros é aceitável.

Estes resultados são obtidos numa unidade de cuidados intensivos com todas as condições necessárias para o funcionamento destes serviços segundo a DGS (2003) como já mencionado, logo estes resultados mais elevados são concordantes com o que seria de esperar num serviço tão especializado. Contudo, na face oposta estão dimensões como oportunidade

de serviços o que indica volumes de trabalho elevados apesar do ratio enfermeiro doente que é aqui cumprindo seguindo as directivas da DGS (2003) e que se devem à gravidade dos doentes, à imprevisibilidade sentida pelos profissionais e à grande rotatividade verificada nos cuidados intensivos. A eficiência obtém resultados baixos uma vez que confronta resultados e recursos nos cuidados prestados e que se explica pelo facto de nestes serviços o equipamento altamente diferenciado é também alto custo não sendo muitas vezes ponderada a sua utilização de acordo com o objectivo estipulado para cada doente. Estas decisões estão, normalmente, atribuídas aos médicos sem a consulta devida, e por vezes necessária da equipa médica nem da equipa clinica multidisciplinar como seria correcto. A continuidade dos cuidados deve-se, uma vez mais, a fenómenos de balcanização pois a cultura organizacional dos serviços promove algum confronto dentro da mesma organização que é o hospital. Os resultados com valores intermédios referem-se segurança dos cuidados à sua eficácia e ao respeito e preocupação com o doente e família. Verificamos que a eficácia obtém bons resultados mas seria de esperar mais tendo em conta o tipo de serviço o paradigma de doentes a quem são prestados os serviços.

4.2 – Análise correlacional dos dados recolhidos

Procederemos à verificação da correlação das variáveis acima descritas referentes à satisfação laboral e as variáveis referentes à qualidade dos serviços em saúde segundo a percepção dos enfermeiros utilizando o coeficiente de Spearman (R_S) e nível de significância ou *p value* com valores <0,05 (Quadro 7). Só serão analisadas as correlações das variáveis cujos os resultados tenham nível de significância ou *p value* seja inferior a 0,05 desprezando-se os demais resultados que não cumpram este critério.

Quadro 7 – Correlações entre as variáveis operacionais utilizando Coeficiente de Spearman

Variáveis de Satisfação Laboral	Coeficiente de Spearman e <i>p value</i>	Variáveis da Qualidade dos Serviços em Saúde									
		Eficácia	Adequabilidade	Eficiência	Respeito/Preocupação	Segurança	Continuidade	Efectividade	Oportunidade	Disponibilidade de Meios	Qualidade Geral
Ambiente de Trabalho	R_s	0,104	0,310	0,184	0,411	0,349	0,338	0,298	0,417	0,157	0,333
	<i>p</i>	0,514	0,045	0,244	0,007	0,024	0,028	0,055	0,006	0,320	0,033
Interrelações sociais	R_s	0,740	0,133	0,182	0,115	0,098	0,116	0,071	0,048	0,141	0,067
	<i>p</i>	0,638	0,394	0,242	0,463	0,534	0,457	0,651	0,758	0,366	0,675
Organização/ Procedimentos	R_s	0,130	0,281	0,223	0,387	0,341	0,222	0,396	0,566	0,196	0,410
	<i>p</i>	0,407	0,068	0,151	0,010	0,025	0,153	0,009	0,000	0,207	0,007
Articulação interna (comunicação)	R_s	-0,013	0,025	0,271	0,332	0,275	0,455	0,349	0,459	0,223	0,427
	<i>p</i>	0,935	0,873	0,075	0,028	0,071	0,002	0,020	0,002	0,145	0,004
Agentes e práticas motivantes	R_s	-0,049	0,078	0,215	0,376	0,310	0,275	0,163	0,321	0,167	0,397
	<i>p</i>	0,754	0,621	0,166	0,013	0,043	0,074	0,295	0,036	0,286	0,009
Sistemas de avaliação de desempenho	R_s	-0,111	-0,132	-0,130	0,049	0,159	0,122	0,007	0,204	0,264	0,323
	<i>p</i>	0,472	0,394	0,399	0,754	0,304	0,431	0,962	0,183	0,083	0,034
Organização/ Meio	R_s	0,216	0,241	-0,006	0,064	0,052	0,214	0,445	0,536	0,406	0,543
	<i>p</i>	0,159	0,115	0,967	0,681	0,739	0,162	0,002	0,000	0,006	0,000
Motivação/ Desempenho	R_s	0,012	-0,37	-0,054	0,257	0,209	0,105	0,034	0,042	0,322	0,057
	<i>p</i>	0,938	0,811	0,730	0,092	0,174	0,496	0,827	0,787	0,033	0,715
Auto-imagem	R_s	0,124	0,199	0,077	0,242	0,262	0,166	0,192	0,219	0,089	0,053
	<i>p</i>	0,429	0,200	0,625	0,118	0,090	0,288	0,218	0,158	0,569	0,739
Expectativas	R_s	-0,065	0,021	-0,50	0,226	0,263	0,328	0,051	0,026	0,105	0,069
	<i>p</i>	0,678	0,892	0,749	0,145	0,088	0,032	0,746	0,870	0,504	0,665
Valores e Competências	R_s	0,066	0,146	-0,130	0,325	0,141	0,075	0,213	0,042	0,248	0,147
	<i>p</i>	0,673	0,352	0,408	0,034	0,368	0,633	0,170	0,791	0,108	0,352

Segundo Bryman (2003) o critério usado para verificar a existência de correlação apresenta diferenças; valores abaixo de 0,19 evidenciam uma correlação muito baixa; 0,20 a 0,39 é baixa; 0,40 a 0,69 é moderada; 0,70 a 0,89 é alta e acima de 0,90 é muito alta. O coeficiente de Spearman é um método não paramétrico de avaliação de relações entre variáveis muito usado em ciências sociais (Bryman, 2003).

Tendo estes princípios em conta, avaliando todas as associações de variáveis com $p\text{ value}<0,05$ podemos inferir que: no indicador de ambiente de trabalho existe associação com a adequabilidade $R_s(42)=0,310$, $p=0,045(1)$; respeito e preocupação $R_s(42)=0,411$, $p=0,007(2)$; segurança $R_s(42)=0,349$, $p=0,024(3)$; continuidade $R_s(42)=0,338$, $p=0,028(4)$; oportunidade $R_s(42)=0,417$, $p=0,006(5)$ e Qualidade geral dos serviços percebida $R_s(41)=0,333$, $p=0,033(6)$. Podemos verificar que existe uma correlação moderada entre ambiente de trabalho e o respeito/preocupação e oportunidade por $p<0,05$, sendo as restantes correlações fracas. No indicador interrelações sociais verificamos alto ou muito alta sempre acima de $R_s(44)=0,74$ excepto na variável oportunidade em que $R_s(44)=0,48$ $p>0,05$.

No indicador organização/procedimentos existe correlação entre esta e respeito e preocupação $R_s(43)=0,376$, $p=0,01(7)$; segurança $R_s(43)=0,341$ $p=0,025(8)$; efectividade $R_s(43)=0,396$, $p=0,009(9)$; oportunidade $R_s(43)=0,566$, $p=0,007(10)$ e Qualidade geral dos serviços percebida $R_s(43)=0,410$, $p=0,007(11)$. Inferimos neste caso que de acordo com o nível de significância $p<0,05$ e com o critério utilizado para avaliar o coeficiente fornecido, há uma associação moderada entre este indicador e a oportunidade e Qualidade geral percebida sendo os restantes correlações fracas.

No indicador seguinte, a articulação interna (comunicação), há correlação entre esta e respeito/preocupação $R_s(44)=0,332$, $p=0,028(12)$; continuidade $R_s(44)=0,455$, $p=0,002(13)$; efectividade $R_s(44)=0,349$, $p=0,02(14)$; oportunidade $R_s(44)=0,459$, $p=0,002(15)$ e classificação geral $R_s(44)=0,427$, $p=0,004(16)$. Mais uma vez, utilizando os níveis de significância por $p\text{ value}$ e o coeficiente existe correlação moderada entre articulação interna e a continuidade, oportunidade e Qualidade geral dos serviços.

No que diz respeito ao indicador aos agentes e práticas motivantes, verifica-se correlação com o respeito/preocupação $R_s(43)=0,376$, $p=0,013(17)$; segurança $R_s(43)=0,310$, $p=0,043(18)$; oportunidade $R_s(43)=0,321$, $p=0,036(19)$ e Qualidade geral $R_s(42)=0,397$, $p=0,009(20)$. As correlações são todas fracas por $0,20<R_s<0,39$ excepto entre o indicador mencionado e a Qualidade geral percebida por $R_s>0,39$ e $p<0,05$.

Passando ao indicador sistemas de avaliação comprova-se estatisticamente que existe correlação fraca, atendendo aos critérios utilizados para esta avaliação, com a Qualidade geral percebida pelos enfermeiros sendo que $R_s(43)=0,323, p=0,034(21)$.

No indicador articulação organização/meio verificamos correlação estatística com efectividade $R_s(44)=0,445, p=0,002(22)$; oportunidade $R_s(44)=0,536, p=0,000(23)$; Disponibilidade de meios $R_s(44)=0,406, p=0,006(24)$ e Qualidade geral percebida $R_s(43)=0,543, p=0,000(25)$. Temos correlações mais robustas embora moderadas entre a articulação organização/meio com oportunidade e a Qualidade geral percebida dos serviços prestados.

No indicador motivação/desempenho verifica-se apenas correlação com a disponibilidade de meios sendo que $R_s(44)=0,322, p=0,033(26)$ o que indica associação fraca.

O indicador de auto-imagem tem associação alta ou muito alta por $R_s > 0,70$ com todas as variáveis relacionadas com a qualidade dos serviços de saúde, mas sempre com níveis de significância estatisticamente pouco expressivos por $p > 0,05$.

O indicador expectativas tem apenas correlação com a continuidade $R_s(43)=0,328, p=0,032(27)$, embora fraca.

Por fim, o indicador valores e competências verifica-se uma correlação apenas com respeito/preocupação sendo que $R_s(43)=0,325, p=0,034(28)$ esta também fraca.

Como podemos constatar, a qualidade geral atribuída aos serviços segundo a percepção dos enfermeiros tem correlação com quase todas as variáveis relacionadas com a satisfação laboral.

O indicador interrelações sociais apresenta correlações fortes com níveis de significância estatisticamente expressivos que nos remete para o *commitment* com o serviço contribuindo para níveis altos de performance da organização.

Verificamos também que o indicador auto-imagem possui correlação alta ou muito alta mas com níveis de significância pouco expressivos ($p > 0,05$).

Por outro lado, os indicadores organização/procedimentos e articulação organização/meio são os que possuem coeficientes de Spearman com valores considerados moderados, nomeadamente no indicador articulação/meio e todos com níveis de significância expressivos com $p < 0,05$. Note-se que estes indicadores são, ambos factores sócio-organizacionais. Verifica-se a existência de uma associação que necessita de uma explicação sobre o modo e o grau de influência na qualidade dos serviços de saúde, particularmente em cada dimensão avançada pela JCAHO e genericamente pela classificação atribuída pelos enfermeiros à qualidade geral dos serviços de saúde da sua unidade segundo a sua percepção.

No sentido de tentar prever o modo como estas relações se influenciam levando ao cumprimento do objectivo central deste trabalho o de verificar como os factores que condicionam a satisfação laboral dos enfermeiros influenciam a qualidade dos serviços de saúde prestados, a utilização de regressões estatísticas multivariadas podem responder a esta questão numa base consistente e conclusiva.

4.3 – Análise de regressão linear

Procederemos à avaliação, utilizando o modelo de regressão linear múltipla que, segundo Marôco (2011) é uma técnica estatística descritiva e inferencial que permite a modelação de relações entre variáveis e prever o valor de uma variável dependente (ou de resposta) a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou preditoras). Para o efeito, consideramos como variáveis dependentes as variáveis relacionadas com cada dimensão da qualidade avançada pela JCAHO e as variáveis independentes as variáveis que condicionam a satisfação laboral dos enfermeiros. Torna-se necessário definir critérios que irão orientar a interpretação dos resultados.

A aplicação do modelo de regressão linear multivariada será feita aplicando o método de *Stepwise*, que, segundo Marôco(2011) é um método híbrido de dois métodos existentes (*forward e backward*). Este método inicia-se só com uma variável independente (como no método *forward*) mas a significância da adição de cada nova variável independente é testada como no método *backward* em que cada variável com menor valor F da *ANOVA* da regressão linear (ou com maior *p value*) é comparada com um valor crítico F_{removal} e se o valor de F parcial for menor que F_{removal} , essa variável é removida do modelo.

O método *Stepwise* tem como vantagem a remoção de uma variável cuja a importância no modelo é reduzida pela adição de novas variáveis (Marôco, 2011). A multicolineariedade consiste na associação ou correlação forte entre as variáveis independentes pelo que a análise do modelo de regressão ajustado pode ser extremamente confusa e desprovida de significado, fazendo desta condição – que as variáveis independentes o sejam de facto – um dos principais pressupostos a validar durante a regressão linear. Em situações óptimas, as variáveis independentes não estão correlacionadas e o modelo ajustado bem com os coeficientes de regressão podem utilizar-se com fins inferenciais e de estimação (Marôco, 2011).

É pois necessário recorrer às diferentes formas de diagnóstico de multicolineariedade sob pena de existir um enviesamento dos resultados que tornará os modelos de regressão

pouco significativos e explicativos do fenómeno em estudo, pois as variáveis independentes deste estudo possui na sua globalidade correlações entre si embora fracas com $0,20 < R_s < 0,39$.

Segundo Marôco (2011), a melhor forma de diagnosticar multicolineariedade é verificar a análise da matriz de correlações bivariadas, mas não existe um valor confirmado a partir do qual se pode concluir com firmeza que haverá problemas na estimação do modelo de regressão linear, mas assume-se que $|R| > 0,75$ conduzem geralmente a problemas. Contudo a utilização da matriz de correlações só é válida para variáveis duas-a-duas o que não é o nosso caso.

Outra forma de diagnóstico que não tem os problemas da análise de matriz de correlações bivariadas é o factor de inflação da variância (VIF em inglês) onde se assume que valores de VIF superiores a 10 indicam problemas na estimação do modelo devido a presença de multicolineariedade nas variáveis independentes. Por fim outro modo de diagnóstico consiste na utilização pelo *SPSS Statistics* de um parâmetro designado por *Condition Index* que se baseia nos *eigenvalue* das variáveis independentes e que Belsley, Kuh e Welsch (1980) citado por Marôco (2011) referem que valores superiores a 30 indicam um sério problema na estimação do modelo de regressão. Assim sendo, não serão apresentados modelos que tem valores de $VIF > 10$, $Condition Index > 30$ e será aplicado o método *Stepwise* a todos os modelos explicativos das variáveis de qualidade dos serviços de saúde pelas variáveis independentes relacionadas com a satisfação laboral dos enfermeiros.

Quadro 8 – Regressão Linear – Variável dependente disponibilidade de meios

Variáveis independentes	Beta	p
Articulação organização/meio	0,445	0,008
Motivação/desempenho	0,393	0,018
R ² Ajustado	0,405	
F(2,25)	10,171	0,001

Neste modelo ajustado (dados completos em Anexo 4) da disponibilidade de meios, podemos verificar que a articulação organização/meio e a motivação e desempenho explicam 40,5% com $p=0,001$ portanto $< 0,05$ sendo um modelo válido (Quadro 8). Especificamente podemos traduzir este modelo segundo a equação Disponibilidade de meios = 0,445*articulação organização/meio+0,393*Motivação/desempenho (29). Constata-se que estes indicadores não explicam de forma consistente a disponibilidade meios, mas verifica-se

que o modelo é válido. A articulação da organização com o meio onde se insere favorece uma maior disponibilidade de meios, como meios humanos e técnicos. Exemplificando, os hospitais estão inseridos e trabalham com instituições educativas que podem fornecer os meios necessários a performances organizacionais de excelência e são fonte de incentivos e constante renovação de conhecimentos permitindo uma evolução e aumentos das dinâmicas dentro da organização, sendo factor de satisfação para os seus colaboradores.

O outro factor de satisfação que interfere com esta variável prende-se com o facto de bons desempenhos e motivação adequada serem preponderantes para o uso eficiente dos meios disponíveis bem como o uso adequado nas situações em que se justifique.

Quadro 9 – Regressão Linear – Variável Dependente Oportunidade

Variáveis independentes	Beta	<i>p</i>
Organização/procedimentos	0,591	0,000
Idade	0,421	0,006
R ² Ajustado	0,481	
F(3,33)	13,500	0,000

No modelo acima esquematizado (dados completos em Anexo 5), a Oportunidade como dimensão de qualidade dos serviços é explicada em 48,1% pelas variáveis independentes sendo um modelo válido com $p=0,000$ (Quadro 9). Tradução deste modelo é feita: $Oportunidade = Organização/procedimentos * 0,591 + idade * 0,421$ (30).

Neste modelo, particularmente, realçamos que o factor idade tem influência na questão da oportunidade dos serviços. Pode ser explicado pelo facto de enfermeiros com mais experiência sentirem que consegue a execução dos serviços em tempo útil e com qualidade para o objectivo desejado. Sendo esta equipa com faixa etária que revela alguma experiência, constatamos que este facto pode explicar uma das dimensões de qualidade, apelando à ideia de que é sempre importante a mistura de idades e experiências como forma de garantir qualidade, o mesmo se passando numa equipa de enfermeiros.

O conjunto de regras e procedimentos inerentes à organização podem contribuir, como se vê, para a prestação de um serviço num horário que garanta efectividade e qualidade ao procedimento.

Quadro 10 – Regressão linear – Variável Dependente Efectividade

Variáveis independentes	Beta	p
Organização/procedimentos	0,476	0,011
R ² Ajustado	0,197	
F(1,26)	7,605	0,011

A efectividade é explicada e influenciada pelo indicador organização/procedimentos em quase 20% o que é manifestamente pouco consistente (Quadro 10), contudo o modelo é válido $p=0.011$ sendo que, $\text{Efectividade} = \text{Organização/procedimentos} * 0,476$ (31) (dados completos em Anexo 6). Uma vez que a efectividade se prende com a correcção e pertinência dos procedimentos e serviços prestados, a organização e os seus procedimentos ou formas de trabalhar influenciam esta variável dependente provando que o funcionamento de uma organização contribui para a sua efectividade e que se os níveis de satisfação são elevados dos seus colaboradores maior será a efectividade.

Quadro 11 - Regressão linear – Variável Dependente Segurança

Variáveis independentes	Beta	P
Auto-imagem	0,416	0,019
Agentes e práticas motivantes	0,371	0,034
R ² Ajustado	0,261	
F(2,25)	5,780	0,009

Com este modelo de regressão (Quadro 11), a dimensão segurança é influenciada com efeito positivo pelas variáveis relacionadas com a satisfação, Auto-imagem e Agentes e práticas motivantes em 26,1% traduzindo-se esta relação $\text{Segurança} = 0,416 * \text{Autoimagem} + 0,371 * \text{Agentes e práticas motivantes}$ (32).

Trata-se de um modelo válido com Teste de ANOVA para regressão com $p < 0,05$ (dados completos em Anexo 7). Contudo pouco explicativo da influência das variáveis independentes na variável de resposta. Verifica-se, ainda assim, que a liderança e as práticas de gestão no investimento em recursos que aumentam as condições de trabalho contribuem para melhorar a segurança na prestação dos serviços.

Quadro 12 - Regressão linear – Variável Dependente Respeito e preocupação

Variáveis independentes	Beta	p
Auto-imagem	0,432	0,022
R ² Ajustado	0,155	
F(1,26)	5,963	0,022

A dimensão respeito e preocupação tem como variável preditora a Auto-imagem (Quadro 12) explicando este modelo em 15,5% o que o torna pouco consistente, sendo a validade deste modelo garantida $p=0,022$ (dados completos em Anexo 8). Contudo verifica-se que a o respeito e preocupação são mais activamente aumentados se os enfermeiros tiverem uma auto-imagem mais desenvolvida, conseguindo-se isto desenvolvendo a sua autonomia e reconhecimento na comunidade. A tradução deste modelo é: Respeito e preocupação $=0,432*$ Auto-imagem (33).

Quadro 13- Regressão linear – Variável Dependente Eficiência

Variáveis independentes	Beta	p
Agentes e práticas motivantes	0,689	0,000
Sistemas de avaliação	0,462	0,013
R ² Ajustado	0,359	
F (2,25)	8,546	0,001

A eficiência que consiste, na óptica deste trabalho, na preocupação entre a relação dos resultados e os recursos/custos para os executar é explanada por este modelo de regressão em 35,9% sendo a sua validade garantida por $p=0,001$ (Quadro 13). Eficiência $=0,689*$ Agentes e práticas motivantes $+0,462*$ Sistemas de avaliação (34). (Dados completos em Anexo 9)

As práticas motivantes dentro de uma organização, como pode ser observado, interferem na eficiência e assim na qualidade dos serviços. Preocupações organizacionais como as remunerações, o reconhecimento, a promoção da autonomia nos enfermeiro promovidos pela actuação da liderança nos seus diferentes níveis, bem como a estipulação conjunto dos objectivos contribuem para melhorar índices de eficiência, assim como um sistema de avaliação funcionante e eficaz, que necessita de ser percebida como justo e equitativo e uma carreira bem implementada são condições indispensáveis, sob pena de alterações negativas na performance da organização como ficou demonstrado.

Quadro 14 - Regressão linear – Variável Dependente Adequabilidade

Variáveis independentes	Beta	p
Organização/ procedimentos	0,381	0,045
R ² Ajustado	0,112	
F(1,26)	4,417	0,045

Este modelo de regressão (Quadro 14) tem como única variável preditora a organização/procedimentos como influencia na adequabilidade dos serviços (correção na adequação dos diferentes procedimentos e cuidados face à situação clínica do utentes tendo em conta os atuais conhecimentos). Este modelo explica 11,2% sendo válido por $p=0,045$ traduzindo-se em Adequabilidade=0,381*Organização/procedimentos (35) (dados completos em Anexo 10). Como a adequação se refere aos procedimentos aplicados ao utente é conclusivo que os procedimentos praticados dentro da organização influenciem esta dimensão da qualidade pois trata-se de verificar se a organização adequa as suas práticas de personalizada a cada utente fazendo com que este factor de satisfação laboral para os enfermeiros tem implicações na adequação dos serviços.

Iniciaremos a avaliação dos modelos regressivos da qualidade dos serviços percebida pelos enfermeiros, fito último e primordial deste trabalho. Assim iremos introduzir a variável género (que foi verificado ter influencia nos modelos regressivos da variável dependente Qualidade geral percebida dos serviços de saúde.)

Quadro 15- Modelo Regressão linear – Variável Dependente Qualidade geral

Variáveis independentes	Beta	p
Articulação organização/meio	0,457	0,004
Agentes e práticas motivantes	0,451	0,005
R ² Ajustado	0,506	
F(2,24)	14,312	0,000

Este modelo explica 50,6% o que apresenta uma qualidade aceitável (Quadro 15). Considera-se um modelo válido uma vez que $p=0.000$. a tradução por equação é a seguinte: Qualidade geral=0,457*Articulação organização/meio+0,451*Agentes e práticas motivantes (36) (dados completos em Anexo 3). Como constatamos, a qualidade geral percebida é influenciada por factores sócio-organizacionais da satisfação laboral, ou seja, a qualidade dos

serviços de saúde pode ser activamente aumentada se estes factores forem alterados pela organização, na sua estrutura decisória.

Quadro 16 - Regressão linear – Variável Dependente Qualidade geral – Impacto do género masculino

Variáveis independentes	Beta	p
Agentes e práticas motivantes	0,863	0,027
R ² Ajustado	0,680	
F(1,4)	11,642	0,027

Como já referenciado, o género tem impacto na construção dos modelos regressivos. Assim a variável preditora explica, tendo em conta apenas o género masculino, 68% do modelo de qualidade geral percebida dos serviços (Quadro 16). Trata-se um modelo válido com $p=0.027$, portanto $p<0,05$. Assim: Qualidade geral=0,863*agentes e práticas motivantes (37) (dados completos em Anexo 3). Note-se o género masculino são apenas 22,7% do total dos enfermeiros inquiridos mas que a partir deles se pode construir um modelo de regressão linear onde os agentes e práticas motivantes explicam e têm influencia na qualidade geral percebida, o mesmo é dizer que actuando em aspectos como partilha de objectivos, actuação das chefias, gestão adequada dos conflitos, vértice estratégico mais actuante se pode, do ponto de vista do género masculino, melhorar a qualidade dos serviços nesta unidade.

Quadro 17 - Regressão linear – Variável Dependente Qualidade geral – Impacto do género feminino

Variáveis independentes	Beta	p
Articulação organização/meio	0,487	0,009
Agentes e práticas motivantes	0,423	0,021
R ² Ajustado	0,498	
F(2,18)	10,905	0,001

Neste modelo de regressão linear sobre qualidade geral (Quadro 17), avaliamos o impacto do género feminino. Evidencia-se que o modelo é valido por $p=0,001$ sendo que as variáveis predictoras explicam 49,8% da variável de resposta. Qualidade geral percebida dos serviços=0,487*articulação organização/meio+0,423*Agentes e práticas motivantes (38) (dados completos em Anexo 3). Como podemos ver o género feminino explica quase na sua totalidade o modelo geral de regressão linear da qualidade geral percebida dos serviços.

Isto acontece porque são a maior parte da amostra, 77,3%. Verificamos que as práticas motivantes dentro da organização são preponderantes na melhora da qualidade dos serviços, mas também a articulação da organização com o meio envolvente que incluem parcerias com outras instituições, imagem e prestígio associado à organização, posicionamento relativo às demais organizações que produzem os mesmos serviços, responsabilidade social e importância das funções organizacionais para a comunidade.

As demais variáveis sócio-demográficas (Vínculo e categoria profissional, habilitações literárias, idade, tempo de exercício no serviço e como enfermeiro) apresentam elevadas taxas de colinearidade quando verificado o seu impacto no modelo de regressão linear da qualidade geral percebida dos serviços com $VIF > 10$ e $condition\ index > 30$ pelo que, como já referido, traria problemas na estimação dos modelos enviesando os resultados.

As variáveis dependentes Eficácia, Continuidade não são explicadas por estas variáveis independentes. No caso da eficácia verificamos não existirem modelo de regressão pelo método *Stepwise* e, quando utilizado o modelo *Backward*, a colinearidade apresenta valores elevados quando aplicados os métodos de diagnóstico (*VIF* e *Condition index*) enviesando os resultados. No caso da variável de resposta Continuidade, os modelos de regressão não possuem variáveis preditoras utilizando o método *stepwise*. Quando feita a tentativa de extrair um modelo para esta variável dependente pelo método *backward*, verifica-se que além de multicolineariedade elevada, o modelo não é estatisticamente válido porque $p\ value$ da ANOVA de regressão é $p > 0,05$ rejeitando-se o modelo proposto.

5 - CONCLUSÕES

A percepção dos colaboradores sobre a dinâmica da organização onde estão inseridos pode determinar o seu desempenho e assim a performance da organização como um todo (Walton,1973). O mesmo é de esperar de uma organização específica como é o hospital.

Como já referido, os enfermeiros são os profissionais aglutinadores dos serviços providenciados num hospital pois são eles o elemento de ligação entre os diversos serviços e o utente, centro da missão de um hospital, ou seja, pelo facto da especificidade e do mandato social inerente à profissão de enfermagem constitui um elo de ligação, sendo também estruturante a sua função na dinâmica de uma organização hospitalar.

Como verificámos a qualidade, conceito multidimensional e, por isso de difícil definição, é influenciada pela satisfação e, sendo a enfermagem a profissão aglutinadora e preponderante enquanto classe na dinâmica da organização hospitalar, podemos considerar que fazendo ajustamentos necessários, passíveis de serem realizados pela organização, permitem melhorar a qualidade dos serviços desenvolvendo a performance organizacional nos seus diferentes aspectos (financeiro, humano e técnico). Por fenómenos de balcanização característicos deste tipo de estrutura organizacional (burocracia profissional), existem diferentes culturas que conduzem a diferentes perspectivas no olhar sobre os factores que influenciam a satisfação.

No caso em estudo – unidades de cuidados intensivos polivalentes - concluímos que os indicadores avançados que condicionam a satisfação laboral dos enfermeiros interferem com a qualidade geral, enquanto variável, e com a qualidade enquanto conceito multidimensional.

Pela correlação das variáveis em estudo concluímos que factores sócio-organizacionais apresentam as correlações mais fortes com o confronto entre as variáveis relacionadas com a satisfação laboral e as relacionadas com a qualidade dos serviços.

Variáveis como o indicador organização/procedimentos que integram intervenções com gestão de conflitos, modos de reconhecimento do fazer bem dentro da organização, reuniões eficazes, ou seja, funcionalidades da organização influenciam a satisfação laboral segundo Almeida (2005), têm associação ou correlação com a dimensão oportunidade, ou seja, a relação entre estas duas variáveis não é explicada como causa-efeito uma da outra, mas que apenas que existe uma associação de intensidade moderada e válida entre as funcionalidades do hospital e a prestação de serviços executados pelos enfermeiros no que se refere ao tempo útil necessário para se garantir a qualidade.

Verifica-se o mesmo entre este indicador de satisfação ligado à organização é à percepção dos enfermeiros sobre a qualidade dos serviços prestados na sua unidade, o mesmo é dizer que as funcionalidades, os procedimentos desta organização associam-se na mesma direcção, isto é, surgem em conjunto, com a percepção de que a qualidade dos serviços pode ser desenvolvida com o indicador referido sobre satisfação. Esta ideia está concertada com a literatura produzida sobre este tema. As regras de funcionamento de organização que condicionam a direcção dada às actividades do trabalho têm relação com a qualidade dos serviços e com a performance inerente da organização. (Lino, 2004)

O indicador articulação da organização com o meio surge em paralelo com os mesmos indicadores de qualidade dos serviços supramencionados, ou seja, existe a percepção de que a imagem, o prestígio e o orgulho dos enfermeiros em trabalhar nesta organização interfere com a qualidade geral dos serviços e com a dimensão oportunidade. Walton (1973) referia a atenção que deve ser dada à relevância social do trabalho o que nos remetia para a importância da organização na comunidade, a visão que a comunidade tinha sobre a importância dessa organização e a responsabilidade social da mesma bem como a qualidade e sua performance.

Concluimos então que, para este grupo de enfermeiros, existe associação entre a qualidade geral e a articulação da organização com o meio social onde se insere. O indicador interrelações sociais que reúne factores como a gestão de conflitos dentro do serviço, relações interprofissionais e interpessoais entre os colaboradores, espírito de equipa, relação com os utentes do serviço tem associação forte com todas as dimensões de qualidade avançadas pela JCAHO excepto no caso da dimensão oportunidade. Trata-se de um indicador, segundo Almeida (2005), na esfera da dimensão relacional da satisfação laboral, contudo remete-nos para a dinâmica dentro da equipa, para o posicionamento do colaborador, enquanto individuo, relativamente aos demais profissionais e clientes que está consonante com o referido por Ahmed (2011) em que os factores individuais são preponderantes na explicação dos níveis de satisfação laboral, aliados aos factores organizacionais, reforçando que o *commitment* como posicionamento da colaborador face à organização, influencia a satisfação dos colaboradores, particularmente dos enfermeiros.

Contudo, como referido por Marôco (2011), uma correlação mede pura e simplesmente a associação entre duas variáveis sem qualquer implicação de causa-efeito entre ambas. Assim houve necessidade de decorrer ao método de regressão linear multivariada para tentar construir um modelo de explicação com o qual pudéssemos aceitar ou rejeitar a hipótese de investigação.

Concluimos que, através do modelo construído onde verificamos de que modo as variáveis de satisfação explicavam a qualidade dos serviços percebida pelos enfermeiros, a variável agentes e práticas motivantes dentro da organização e a articulação organização-meio são variáveis preditoras da variável de resposta, qualidade geral dos serviços percebida pelos enfermeiros e têm um efeito positivo na relação explicativa, isto é, desenvolvendo as variáveis de satisfação poderemos esperar um aumento na qualidade percebida o que confirma a hipótese avançada. Assim a gestão por objectivos onde se partilha e, em conjunto com as chefia, os colaboradores os fixam, a gestão eficaz da conflitualidade interna o que contribui para um melhor ambiente de trabalho, a actuação da chefia imediata, que no caso será o enfermeiro-chefe mas também do vértice estratégico [utilizando a nomenclatura proposta por Mintzberg (2010)] têm influência potenciando a qualidade dos serviços de saúde percebida pelos enfermeiros e explica cerca de 45,1% dos casos.

O indicador articulação organização-meio explica cerca de 45,7% do modelo de regressão avançado o que está em linha com o estudo de correlação avançado em que verificámos que este indicador de satisfação tinha as associações mais elevadas com as dimensões/indicadores de qualidade. O prestígio, a imagem social da organização, a responsabilidade social e a visão que os enfermeiros têm sobre a organização onde trabalham pode potenciar, segundo este modelo, a qualidade dos serviços neste serviço. Este facto tem outras implicações indirectas uma vez que a visão que este grupo profissional tem sobre seu local de trabalho pode ser ela própria desenvolvida pela aplicação de incentivos extensamente mencionados na literatura revista, como mecanismos de reconhecimento intraorganizacional, estabelecimento de carreiras e perspectivas de futuro, aplicação de remunerações consideradas justas em função do tipo de trabalho e responsabilidades inerentes reforçando também o *commitment* dos colaboradores com a organização.

Claro que estes factores atrás mencionados não explicam por si só o efeito na qualidade geral percebida mas devemos ter em atenção que o conceito de satisfação laboral não é estático, mas dinâmico e multifactorial. A literatura produzida auxilia estas conclusões. Conforme referenciado por Tsai (2011) no que respeita à influência da liderança e da gestão na satisfação laboral dos enfermeiros e a importância da organização e sua interacção com o meio onde se insere como factor condicionante na qualidade de vida laboral como afirma Walton (1973) ou mais recentemente Tamm (2010) ou Tarí (2011).

A realização deste estudo de investigação apresenta algumas limitações. A amostra é reduzida (N=44) o que torna os dados pouco representativos da população estudada

(enfermeiros) e as suas conclusões só se confinarem à unidade estudada sendo perigoso realizar uma generalização dos resultados. Isto fica agravado com o facto de se terem analisado cerca de 22 variáveis, o que é manifestamente elevado para o tamanho da amostra.

De realçar que foi pedida autorização para a aplicação dos questionários em todas as unidades de cuidados intensivos polivalentes do centro hospitalar em estudo não se tendo obtido a devida autorização em tempo útil o que conduziria a uma amostra substancialmente mais robusta. O instrumento aplicado era extenso e por isso de difícil adesão com questões que exigiriam a reflexão aprofundada por parte dos inquiridos que não as tinham desenvolvido antes. A escala utilizada para avaliar as dimensões da Qualidade, embora sustentada numa teoria sólida, deverá ser sujeita a um estudo de validação mais consistente e aprofundado. O método aplicado revelou ser robusto e explicativo das relações das variáveis em estudo mas se a amostra fosse mais representativa e de maiores dimensões mesmo com os critérios dos modelos de regressão linear aplicados, os resultados e conclusões poderiam ter sido outros. De notar que a unidade onde foram aplicados os questionários atravessa uma fase de reajustamentos organizacionais o que pode influenciar os tipos de respostas obtidas.

No futuro seria interessante a replicação do mesmo estudo noutro tipo de serviços dentro das organizações de saúde bem como a outros grupos profissionais na saúde, nomeadamente aos médicos uma vez que as suas decisões e funções têm grande importância na performance organizacional na saúde. A satisfação laboral, como provado, tem grandes implicações na qualidade dos serviços daí a sua avaliação ser importante na condução de uma política de gestão na organização virada também para os seus colaboradores, facto que poucas organizações em Portugal optam por fazer. Envolver os clientes na avaliação da qualidade dos serviços e avaliar as relações entre a satisfação dos profissionais produziria conclusões mais robustas e passíveis de generalização.

Em resumo final, com este estudo, concluímos que os factores sócio-organizacionais aqui avançados que influenciam a satisfação laboral dos enfermeiros trazem implicações para a qualidade dos serviços de saúde, cabendo a cada organização, na sua autonomia, intervir de modo a potenciar a qualidade e assim a sua performance. Concluímos que a articulação da organização com o meio onde se insere a organização de saúde e a gestão e liderança explicam, na sua maioria, o desenvolvimento, com efeito positivo, da qualidade dos serviços percebida pelos enfermeiros. Concluímos também que são os factores sócio-organizacionais que têm correlações mais intensas com as diferentes dimensões da qualidade em saúde aqui avançadas juntamente com aspectos interrelacionais nas organizações.

6 - BIBLIOGRAFIA

- Ahmed, I. (2011) Explicit and Implicit Factors of Job Satisfaction: A combination that works. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research In Business*, Vol2 nº12
- Almeida, P. P. (2005b), *Trabalho, Serviço e Serviços: Contributos para a Sociologia do Trabalho*, Porto, Edições Afrontamento.
- Bergamini, C. W. (1997) *Motivação nas organizações*. 4. ed. São Paulo: Atlas
- Benatti, M.C.C, NISHIDE V.M. (2000). Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Out.; 8 (5): p.13-20.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bolander, V. B. (1998), *Enfermagem Fundamental, abordagem psicofisiológica*, Lisboa, Lusodidacta
- Bohigas, L. (1996). Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation. *Internacional Journal for Quality in Health Care* , 8, pp. 583-589.
- Bryman, A. (2003). *Análise de dados em ciências sociais*, Oeiras, Celta Editora
- Campos, R (2005), *Satisfação da equipa de enfermagem do serviço de atendimento móvel das urgências no ambiente de trabalho*. Tese de doutoramento, Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande Norte
- Carvalho, A. (2006). Boletim informativo da Direcção dos Serviços de Enfermagem dos HUC. Coimbra: HUC.
- Coute, M., e Meurer, S. (2001). Issues in assessment of continuous quality. *Internacional Journal for Quality in Health Care* , 13, pp. 197-207.
- Davies, E. (Abril de 2003). Quality: It's historical context. *Engineering Management* , pp. 14-17.
- Dessler, G. (2003) *Administração de recursos humanos*. 2 ed. São Paulo: Pretince Hall
- Federighi, W.J, Salles, P.E (2006) Qualidade de vida no Trabalho: a visão dos trabalhadores, *O mundo da Saúde*, 2, 263-278
- Franco, M. G. (2001). Gestión Humana Basada en Competencias (II): Procesos de Gestión Humana Basados en Competencias. Gerard Erion e Barry Smith, in *Matrix, bem-vindo ao deserto do real*, Ed. Madras. S. Paulo.
- Graça, L. (1998). A Satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. In: Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa. Direcção de Saúde, Sub-Direcção para a qualidade, p.1-19.
- Hackman, J.R. e G. Oldham (1980), *Work Redesign*, New York: Addison-Wesley, Reading Mass.
- Hackman, J.R. e R. Wageman (1995), Total Quality Management: Empirical, Conceptual and Practical Issues, *Administrative Science Quarterly*, 40, 309-42.
- Herzberg, F. (1959) *Motivation to work*, Nova Iorque, Wiley
- Herzberg, F. (1966), *Work and nature of man*, Nova Iorque, Thomas Y. Cromwel
- Hipólito, J. A. M. Remuneração por competências: recompensando o desenvolvimento e a contribuição do profissional. *Revista Fae Business*. n.3, set. 2002 . p 28
- International Council of Nurses (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra: ICN
- International Council of Nurses (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições de Trabalho = Cuidados de Qualidade* (tradução). Genebra: ICN

- Joint Commission International (2007). Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para hospitais: Português Europeu, 3ª ed.. EUA: JCI.
- Julião, P. "(2001), *Qualidade de vida no trabalho*, Tese de Doutoramento. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade/USP
- Lawler, E. (1994), *Motivation in Work Organizations*, San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Lino, M. (2004) *Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidade de terapia intensiva*. Tese de doutoramento, São Paulo: Escola de Enfermagem/USP
- Locke, E A (1969) What is job satisfaction, *Organizational behavior and Human performance*, 4, pp.309
- Locke, E A; Henne, Douglas (1986) Work motivation theories, *Internacional Review of Industrial and Organizational Psychology* p1-35
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, Pero Pinheiro, Report Number, 5ªedição
- Martinez, M (2003) Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceptuais e metodológicos, *Cadernos de psicologia do trabalho*, 6, 58-79
- Martins, M (2002) *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, p.23
- Maslow, A. (1954), *Motivation and Personality*, Nova Iorque, Harper and Row
- Milkovitch, G. T.; Boudreau, J. W. *Administração de recursos humanos*. São Paulo: Atlas, 2000.
- Mintzberg, H. (2010), *Estrutura e dinâmica das organizações*, Publicações Dom Quixote, Lisboa
- Millicent, N.; Tarpey, R. (2010), Work scheduling satisfaction and work life balance for nurses: The perception of organizational justice, *Academy of Health Care Management Journal*, volume 6, número 1, p25
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS; Universidade Católica Portuguesa; Faculdade de Ciências Humanas (2004). As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Orton, J. D., & Weick, K. (1990). Loosely coupled systems: a reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15 (2), 203-223
- Pereira, A. (2008). Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. Referência, IIª série (8), p.51-58.
- Peretti, J.M. (1998). Recursos Humanos. Revista Referencia, 1ª série, Lisboa.
- Pizzoli, L. (2004) Enfermeiras e qualidade de vida no Trabalho. *Nursing*, 72, p42-47
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003 – 72 p.
- Reis Neto, M. T. *A remuneração variável na percepção dos empregados e suas consequências na motivação e no desempenho*. Minas Gerais: (Tese – Doutorado em Administração), 2004.
- Ruggiero, J. (2006). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35, 254-263.

Santana, P.; Vaz, A. (2009). Planeamento e Gestão de Recursos Humanos. In: Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui. A governação dos Hospitais. Lisboa: Casa das Letras, p.45-55.

Saupe, R. (2005) *Competence of health professionals for interdisciplinary work*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.521-36

Singh, P.; Loncar, N. (2010). Pay satisfaction, job satisfaction and Turnover Intent. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 65-3, 470-490

Schmidt, M. L. G. (2004). Estudos dos Afastamentos do Trabalho por Acidentes e Doenças Ocupacionais Junto a Uma Agência do INSS Localizada no Interior do Estado de São Paulo. In: 12º Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Goiânia: Anais, p.61-61.

Silva, R. B. (1987), *A Sociologia das organizações e a Problemática da satisfação com o trabalho na Sociedade da Comunicação*, tese de mestrado, ISCTE

Silva, F. P. (2000) Burnout; um desafio a saúde do trabalhador, *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 2, 2-23

Sousa, M. J.; Duarte, T. (2006) *Gestão de recursos humanos, métodos e práticas*, Lisboa, Lidel

Sower, F. *et al* (2001). The Dimension of Services for Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale. *Health Care Management Review*, 26, pp. 47-59

Spencer, L. M. e Spencer, S. M., (1993). *Competence at Work: Models for Superior Performance*. New York: John Wiley & Sons.

Tamm, K.; Eamets, R.; Mõtsmees, P. (2010) Relationship between Corporate Social Responsibility and Job Satisfaction: The Case of Baltic Countries, *University of Tartu - Faculty of Economics & Business Administration* p3-56

Tari, J. J. (2011); Research into Quality Management and Social Responsibility, *Journal of Business Ethics*, n.102, p623-638

Taylor, F. (1911); *Principals of scientific management*, New York and London, Harper & brothers

Tsai, Y. (2011), Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction, *BMC Health Service Research*, 11:98

Vidall, S. (1998). King's Fund Organisational Audit: More than ticks in boxes. *Journal of Quality Clinical Practice*, 18, pp. 83-88.

Vroom, V. (1964), *Work and Motivation*, Nova Iorque, John Wiley & Sons, Inc

Walton, R. (1973), Quality of working life: what is it? *Sloan Management Review*, 15

Westley, W.A. (1979), Problems and Solutions in quality of Working Life, *Human Relations*, 32 (2), 11-123.

7 – ANEXOS

7.1 – Anexo 1 – Exemplar do instrumento de recolha de dados

Questionário de satisfação laboral dos enfermeiros e qualidade dos serviços

O presente questionário é realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde ministrado pelo ISCTE – Business School.

Este questionário visa obter dados para correlacionar a satisfação no trabalho dos enfermeiros de cuidados intensivos com a qualidade dos serviços de saúde prestados.

O questionário está organizado em cinco secções. É importante que preencha todas as questões. Não deverá demorar mais de quinze minutos. Todas as respostas serão anónimas e confidenciais e os dados tratados de forma agregada.

No caso de alguma dúvida ou questão, estarei disponível para qualquer esclarecimento, através do correio electrónico (MGSS.tese@gmail.com).

Obrigado pelo seu tempo.

Com os melhores cumprimentos,

(João Miguel Lopes Casanova Felgueiras)

SECÇÃO I

Numa escala de 1 a 5 (sendo 1 **discordo totalmente** e 5 **concordo totalmente**) indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

(Marque com X)

	1	2	3	4	5
1- Gosto do tipo de actividades que me estão atribuídas					
2- Sinto-me informado sobre os assuntos correntes do meu serviço					
3- Em geral, executo as minhas actividades dentro dos prazos					
4- Recebo uma remuneração justa pelo trabalho que faço					
5- Acho que no meu emprego as minhas capacidades estão subaproveitadas					
6- As desavenças entre colegas prejudicam o meu trabalho					
7- Os aspectos mais relevantes do meu trabalho não são avaliados					
8- Sinto que sou discriminado no meu serviço					
9- Sinto orgulho no trabalho que produzo					
10- Sinto-me à vontade para abordar os meus superiores hierárquicos com dúvidas ou sugestões					
11- Tenho facilidade de acesso a acções de formação para aperfeiçoar as minhas competências					
12- Sinto-me perfeitamente integrado neste serviço					
13- Gosto de dar o melhor pelo serviço, mesmo sem ser solicitado					
14- Sinto que o meu trabalho prejudica a minha saúde					
15- Trabalhar neste serviço dá prestígio social					
16- Os serviços cooperam e trocam informação de forma eficaz					
17- Posso contar com a colaboração dos meus colegas quando tenho dificuldades					
18- Se eu não fizer o que compete a outros, o trabalho do meu serviço fica prejudicado					
19- Eu recomendaria este serviço como um bom local para trabalhar					
20- As tarefas mais difíceis são as que me dão mais satisfação					
21- O trabalho que eu faço é relevante para a comunidade					
22- De futuro tenciono empenhar-me mais					
23- Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram adquiridos principalmente:					
a) Sistema educativo					
b) Na prática da profissão					
c) Nas acções de formação					
d) Em trabalhos de pesquisa da minha iniciativa					
24- Para melhorar a produtividade nos serviços é essencial:					
a) Uma disciplina rígida					
b) Uma chefia eficiente					
c) Uma comunicação eficaz					
d) Trabalhadores competentes					
e) Utentes exigentes					
f) Um sistema de avaliação de desempenho					
25- Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de:					
a) Choque de personalidades					
b) Falta de liderança					
c) Falhas de comunicação					
d) Injustiças próprias do sistema					
e) Deficientes condições de trabalho					
f) Incompetência profissional					
g) Competição entre colegas					
26- Nos últimos dois anos foi possível melhorar a qualidade do meu trabalho devido a:					
a) Mudanças de legislação					
b) Resoluções do conselho de administração					
c) Informatização dos serviços					
d) Atualização dos equipamentos					
e) Atuação da gestão intermédia (coordenador de enfermagem)					
f) Acções de formação em que participei					
g) Mudanças na minha situação laboral					
h) Plano de desempenho					
i) Orientações específicas da minha chefia					
j) Razões pessoais					
k) Actividade sindical					
27- O meu actual emprego corresponde às minhas expetativas					
28- O grau de dificuldade das tarefas corresponde à minha hierarquia de funções					
29- Com mais autonomia, eu seria mais eficaz no meu trabalho					
30- O grau de exigência das chefias aumentou devido à avaliação do desempenho					

SECÇÃO II

Numa escala de 1 a 5 (sendo 1 **Nunca** e 5 **Sempre**), indique a frequência das seguintes situações: **(Marque com uma X)**

	1	2	3	4	5
1- Recebo orientações concretas sobre as tarefas que tenho de executar					
2- As minhas ideias e sugestões são tidas em consideração					
3- Esforço-me por fazer mais do que é necessário					
4- O trabalho do meu serviço é prejudicado por falhas de outros serviços					
5- Sou informado acerca do cumprimento dos objectivos sectoriais e/ou globais					
6- Sinto-me motivado para realizar um trabalho de qualidade					
7- O meu trabalho prejudica a minha vida privada					
8- O meu contributo para a produção e qualidade do meu serviço é reconhecido:					
a) Pelos meus colegas					
b) Pela minha chefia imediata					
c) Pelo administrador da minha área					
d) Pelo conselho de administração					
e) Pelos utentes					
9- As reuniões de trabalho em que participo são:					
a) Bem conduzidas					
b) Produtivas					
c) Motivantes					
d) Uma perda de tempo					

QUESTÃO 10

Se fosse possível mudar algo relativamente à minha situação laboral no futuro próximo, optaria por:

(Marque com uma cruz a opção escolhida)

- a) mudar de função __
- b) subir de categoria __
- c) trocar de serviço __
- d) mudar para outra instituição pública __
- e) mudar para o sector privado __
- f) passar à reforma __
- g) outra opção __
- h) não alterava nada __

SECÇÃO III

Numa escala de 1 a 5 (sendo 1 **muito insatisfeito** e 5 **muito satisfeito**), indique o grau de satisfação com os seguintes aspectos relativamente ao seu caso:

(Marque com uma X)

	1	2	3	4	5
1- Horário de trabalho					
2- Conforto e higiene do local de trabalho					
3- Serviços de apoio disponíveis					
4- Material informático					
5- Equipamento técnico					
6- Relação com os utentes					
7- Colaboração com outras entidades					
8- Serviço a que pertence atualmente					
9- Imagem do CHLC na comunidade					
10- Oportunidade de usar as competências adquiridas					
11- Existência de sistemas de avaliação de desempenho					
12- Relação entre bem feito e promoção na carreira					
13- Trabalho fora do horário normal					
14- Quantidade de tarefas diárias a executar					
15- Variedade de tarefas diárias					
16- Ritmo de trabalho diário					
17- Regras e procedimentos burocráticos					
18- Eficiência dos colegas					
19- Espírito de equipa					
20- Tratamento interno de conflitos, queixas ou problemas					
21- Informação interna sobre resultados do trabalho					
22- Atuação do conselho de administração					
23- Atuação da gestão intermédia (coordenador de enfermagem)					
24- Atuação da chefia funcional (enfermeiro-chefe)					
25- Sistema por objectivos					
26- Forma como são estipulados os objectivos anuais para o serviço					
27- Impacto da avaliação de desempenho na qualidade do trabalho individual					
28- Impacto do processo de avaliação na qualidade do trabalho da equipa/serviço					

Comentários/sugestões (não assine nem revele a sua identidade)

SECÇÃO IV

Nesta parte irão ser colocadas questões sobre a sua percepção dos cuidados prestados na sua unidade de cuidados intensivos. Classifique a sua unidade relativamente às características apresentadas de seguida. Para isso utilize a escala de 0 a 20 pontos, sendo **0** - Muito Mau e **20** - Muito Bom

Como avalia:

- 1- Sobre a eficácia dos tratamentos e procedimentos em relação à condição do utente, isto é, os cuidados prestados atingem os resultados esperados de forma geral. ____
- 2- Sobre a adequação dos diferentes procedimentos e cuidados face à situação clínica do utente tendo em conta os atuais conhecimentos. ____
- 3- Sobre a eficiência dos cuidados prestados, ou seja, existe preocupação entre a relação dos resultados e os recursos/custos para os executar. ____
- 4- Sobre o respeito e preocupação nos cuidados prestados, isto é, o utente e sua família estão envolvidos nas decisões de saúde; estes cuidados são prestados com sensibilidade e respeito, tendo em conta as suas necessidades, expectativas e individualidade. ____
- 5- Sobre a segurança do utente a quem são direccionados os cuidados, ou seja, os riscos dos tratamentos e o risco no ambiente de prestação de cuidados são activamente reduzidos, aplicando-se esta premissa ao utentes e profissionais de saúde envolvidos nos cuidados. ____
- 6- Sobre a continuidade dos cuidados, estes são coordenados entre os profissionais e entre outros serviços ao longo do tempo. ____
- 7- Sobre a efectividade dos tratamentos, procedimentos e serviços prestados, são realizados de forma correcta, tendo em conta o estado actual dos conhecimentos e visando o cumprimento do objectivo esperado para o utente. ____
- 8- Sobre a oportunidade de um procedimento, tratamento ou serviço necessário prestado ao utente é adequada, isto é, consegue-se prestar os cuidados necessários no horário mais benéfico e com tempo necessário para garantir qualidade. ____
- 9- Sobre a disponibilidade de um exame, procedimento, tratamento ou serviço necessário para um utente que necessite deste. (os cuidados necessários estão disponíveis para atender as necessidades do utente. ____

Classifique de uma forma geral e na sua perspectiva os serviços prestados na sua unidade (numa escala de 0 a 20) . ____

SECÇÃO V

Sexo: M____ F____ Idade: ____

Habilitações literárias: _____

Vínculo laboral: _____

Categoria profissional: _____

Tempo de trabalho como enfermeiro: _____

Tempo a exercer funções no serviço: _____

7.2 – Anexo 2 - Quadro de Conceitos, Dimensões, Indicadores e Perguntas correspondentes

Conceito	Dimensão	Indicador	Pergunta
Satisfação no trabalho	Relacional	Ambiente de Trabalho	I.1 – Gosto do tipo de tarefas que me estão atribuídas. I.21 – O trabalho que eu faço é relevante para a comunidade I.20 – As tarefas mais difíceis são as que me dão mais satisfação. I.11 – Tenho facilidade de acesso a acções de formação para aperfeiçoar as minhas competências. I.29 – Com mais autonomia, eu seria mais eficaz no meu trabalho. I.4 – Recebo uma remuneração justa pelo trabalho que faço. I.14 – Sinto que o meu trabalho prejudica a minha saúde. II.7 – O meu trabalho prejudica a minha vida privada. I.25 e) – Os conflitos e tensões de trabalho resultam de deficientes condições de trabalho III.1 – Horário de trabalho III.8 – Serviço a que pertença actualmente III.2 – Conforto e higiene no trabalho III.14 – Quantidade e tarefas diárias a executar. III.15 – Variedade de tarefas diárias. III.16 – Ritmo de trabalho diário. III.5- Equipamento técnico.
		Interrelações Sociais	I.25a) – Os conflitos e tensões no trabalho resultam de choques de personalidades. I.6 – As desavenças entre colegas prejudicam o meu trabalho. I.25g) Os conflitos e tensões no trabalho resultam de competição entre colegas. I.25f) Os conflitos e tensões no trabalho resultam de incompetência profissional. I.8 – Sinto que sou discriminado no meu serviço. I.12 – Sinto-me perfeitamente integrado nesta instituição I.17 - Posso contar com a colaboração dos meus colegas quando tenho dificuldades. II.8d) O meu contributo para a produção e qualidade do meu serviço é reconhecido pelo CA II.8c) – O meu contributo para a produção e qualidade do meu serviço é reconhecido pelo administrador da minha área. II.8e) – O meu contributo para a produção e qualidade do meu serviço é reconhecido pelos utentes, II.8b) – O meu contributo para a produção e qualidade do meu serviço é reconhecido pela minha chefia imediata. II.8a) – O meu contributo para a produção e qualidade do meu serviço é reconhecido pelos meus colegas. III.19 – Espírito de equipa. III.6 – Relação com utentes.
	Organizacional e social	Organização/ Procedimentos	I.25d) – Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de injustiças próprias do sistema. I.28 – O grau de dificuldade das tarefas corresponde à hierarquia de funções. III.17 – Regras e procedimentos burocráticos. III.18 – Eficiência dos colegas III.7 – Colaboração com outras entidades. I.10 – Sinto-me à vontade para abordar os meus superiores hierárquicos com dúvidas ou sugestões. II.9a)- As reuniões de trabalho em que participo são bem conduzidas. II.9b) – As reuniões de trabalho em que participo são produtivas. II.9c) – As reuniões em que participo são uma perda de tempo. II.9d) – As reuniões em que participo são uma perda de tempo. II.4 – O trabalho no meu serviço é prejudicado por falhas de outros serviços.
		Articulação Interna (Comunicação)	I.25c) – Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de falhas de comunicação. I.2- Sinto-me informado sobre os assuntos correntes do meu serviço. III.21 – Informação interna sobre os resultados do trabalho. II.5 – Sou informado acerca do cumprimento dos objectivos sectoriais e/ou globais. I.16 Os serviços cooperam e trocam informação eficaz II.1 – Recebo orientações concretas sobre tarefas que tenho de executar.
		Agentes e Práticas Motivantes	I.25b) – Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de falha de liderança. III.22 – Actuação do Conselho de administração III.23 – Actuação da administração intermédia. III.24 – Actuação da chefia hierárquica imediata. III.25 – Actuação da chefia funcional. III.20 – Tratamento interno de conflitos, queixas ou problemas III.27 – Forma como são estipulados os objectivos anuais para o serviço. III.26 – Sistema de gestão por objectivos.
		Sistemas de avaliação de desempenho	III.11 – Existência de sistemas de avaliação de desempenho. III.28 – Impacto da avaliação de desempenho na qualidade do trabalho individual. III.29 – Impacto da avaliação de desempenho na qualidade do trabalho da equipa. I.7 – Os aspectos mais relevantes do meu trabalho não são avaliados. I.30 – O grau de exigência das chefias aumentou devido à avaliação do desempenho.
		Articulação Organização/ Meio	I.15 – Trabalhar nesta instituição dá prestígio social. III.9 – Imagem do CHLC na comunidade I.19 – Eu recomendaria esta instituição como um bom local para trabalhar
		Relação Motivação/ Desempenho	II.6 – Sinto-me motivado para realizar um trabalho de qualidade. II.3 – Esforço-me por fazer mais do que é necessário. I.13 – Gosto de dar o meu melhor pela instituição, mesmo sem ser solicitado.
		Simbólica	Auto-imagem
	Expectativas		III.12 – Relação entre trabalho bem feito e promoção na carreira. I.27 – O meu actual emprego corresponde às minhas expectativas. I.22 – De futuro tenciono empenhar-me mais.
Valores e Competências	I.23a) – Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram adquiridos principalmente no sistema educativo. I.23b) – Os conhecimentos necessários à função que desempenho forma adquiridos principalmente na prática da profissão. I.23d) – Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram principalmente em trabalhos de pesquisa da minha iniciativa. III.10 – Oportunidade de usar as competências adquiridas.		

7.3 – Outputs do SPSS de Regressão linear das diferentes variáveis

7.3.1 – Método *Stepwise* (Anexo 3) – Variável dependente Qualidade Geral e impacto do género

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,601 ^a	,361	,335	1,085
2	,738 ^b	,544	,506	,935

Quadro 18 – Sumário do modelo de regressão - Qualidade geral

ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,593	1	16,593	14,106	,001 ^a
	Residual	29,407	25	1,176		
	Total	46,000	26			
2	Regression	25,021	2	12,511	14,312	,000 ^b
	Residual	20,979	24	,874		
	Total	46,000	26			

Quadro 19 – Análise de validade do modelo – Qualidade geral

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Indicador organização\meio	Indicador Agentes e práticas motivantes
1	1	1,987	1,000	,01	,01	
	2	,013	12,528	,99	,99	
2	1	2,970	1,000	,00	,00	,00
	2	,018	12,841	,01	,55	,76
	3	,012	16,006	,99	,45	,24

Quadro 20 – Análise de multicolineariedade do modelo

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta		Tolerance	VIF
1	(Constant)	11,121	1,316		8,452		
	Indicador organização\meio	,503	,134	,601	3,756	1,000	1,000
2	(Constant)	8,777	1,362		6,443		
	Indicador organização\meio	,383	,122	,457	3,144	,899	1,112
	Indicador Agentes e práticas motivantes	,200	,064	,451	3,105	,899	1,112

Quadro 21 – Coeficientes de regressão – variável Qualidade geral

Model Summary^{b,c}

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,863 ^a	,744	,680	,751

Quadro 22 – Sumário do modelo de regressão com impacto do género masculino

ANOVA^{b,c}

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	6,574	1	6,574	11,642	,027 ^a
	Residual	2,259	4	,565		
	Total	8,833	5			

Quadro 23 – Análise de validade do modelo pelo teste de ANOVA

Coefficients^{a,b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	9,313	2,032		4,583	,010	
	Indicador Agentes e práticas motivantes	,420	,123	,863	3,412	,027	1,000

Quadro 24 - Coeficientes de regressão das variáveis independentes com impacto do género masculino

Collinearity Diagnostics^{a,b}

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Indicador Agentes e práticas motivantes
1	1	1,989	1,000	,01	,01
	2	,011	13,172	,99	,99

Quadro 25 – Análise de multicolineariedade do modelo

Model Summary^{c,d}

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,622 ^a	,387	,354	1,092
2	,740 ^b	,548	,498	,963

Quadro 26 – Sumário do modelo de regressão com impacto do género feminino

Coefficients^{a,b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	10,556	1,578		6,691	,000	
	Indicador organização\meio	,556	,161	,622	3,460	,003	1,000
2	(Constant)	8,341	1,643		5,075	,000	
	Indicador organização\meio	,435	,149	,487	2,916	,009	,899
	Indicador Agentes e práticas motivantes	,189	,075	,423	2,534	,021	,899

Quadro 27 – Coeficientes de regressão com o impacto do género feminino

ANOVA^{c,d}

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	14,286	1	14,286	11,975	,003 ^a
	Residual	22,667	19	1,193		
	Total	36,952	20			
2	Regression	20,245	2	10,122	10,905	,001 ^b
	Residual	16,708	18	,928		
	Total	36,952	20			

Quadro 28 – Análise de validade do modelo impacto do género feminino

Collinearity Diagnostics^{a,b}

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Indicador organização\meio	Indicador Agentes e práticas motivantes
1	1	1,989	1,000	,01	,01	
	2	,011	13,163	,99	,99	
2	1	2,972	1,000	,00	,00	,00
	2	,017	13,141	,02	,46	,83
	3	,011	16,606	,98	,54	,16

Quadro 29 – Análise de multicolineariedade do modelo qualidade geral com impacto género feminino

7.3.2 – Método *Stepwise* (Anexo 4) – Variável Dependente – Disponibilidade de meios

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,553 ^a	,306	,279	2,110
2	,670 ^b	,449	,405	1,918

Quadro 30 – Sumário do modelo de regressão da variável de disponibilidade de meios

ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	51,013	1	51,013	11,463	,002 ^a
	Residual	115,702	26	4,450		
	Total	166,714	27			
2	Regression	74,794	2	37,397	10,171	,001 ^b
	Residual	91,920	25	3,677		
	Total	166,714	27			

Quadro 31 – Análise de validade do modelo - Disponibilidade de meios

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	7,284	2,543		2,865	,008		
	Indicador organização\meio	,878	,259	,553	3,386	,002	1,000	1,000
2	(Constant)	2,496	2,981		,837	,410		
	Indicador organização\meio	,706	,245	,445	2,877	,008	,924	1,083
	Indicador motivação\desempenho	,550	,216	,393	2,543	,018	,924	1,083

Quadro 32 – Coeficientes de regressão variável disponibilidade de meios

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Indicador organização\meio	Indicador motivação\desempenho
1	1	1,988	1,000	,01	,01	
	2	,012	12,677	,99	,99	
2	1	2,973	1,000	,00	,00	,00
	2	,017	13,293	,01	,77	,50
	3	,010	17,426	,99	,23	,50

Quadro 33 – Análise de multicolineariedade - Variável Disponibilidade de meios

7.3.3 - Método *Stepwise* (Anexo 5) – Variável Dependente Oportunidade

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,585 ^a	,342	,317	2,300
2	,721 ^b	,519	,481	2,005

Quadro 34 – Sumário do modelo de regressão – Variável dependente oportunidade

ANOVA^c

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	71,478	1	71,478	13,517	,001 ^a
	Residual	137,486	26	5,288		
	Total	208,964	27			
2	Regression	108,500	2	54,250	13,500	,000 ^b
	Residual	100,464	25	4,019		
	Total	208,964	27			

Quadro 35 – Análise da validade do modelo de regressão com o teste *ANOVA*

Collinearity Diagnostics^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	-3,091	4,795		-,645	,525		
Indicador organização\procedimentos	,568	,154	,585	3,677	,001	1,000	1,000
(Constant)	-8,699	4,570		-1,904	,069		
Indicador organização\procedimentos	,574	,135	,591	4,263	,000	1,000	1,000
Idade	,158	,052	,421	3,035	,006	1,000	1,000

Quadro 36 – Coeficientes de regressão – variável dependente Oportunidade

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Indicador organização\procedimentos	Idade
1	1	1,996	1,000	,00	,00	
	2	,004	22,021	1,00	1,00	
2	1	2,965	1,000	,00	,00	,00
	2	,031	9,817	,03	,06	,93
	3	,004	27,640	,97	,94	,07

Quadro 37 – Análise Multicolineariedade – Oportunidade

7.3.4 – Método *Stepwise* (Anexo 6) – Variável dependente – Efectividade

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,476 ^a	,226	,197	1,831

Quadro 38 – Sumário do modelo de regressão - Efectividade

ANOVA^b

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	25,499	1	25,499	7,605	,011 ^a
Residual	87,179	26	3,353		
Total	112,679	27			

Quadro 39 – Análise da validade do modelo de regressão – Efectividade

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	5,622	3,818		1,472	,153		
1 Indicador organização\procedimentos	,339	,123	,476	2,758	,011	1,000	1,000

Quadro 40 – Coeficientes de regressão – Efectividade

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Indicador organização\procedimentos
1	1	1,996	1,000	,00	,00
	2	,004	22,021	1,00	1,00

Quadro 41 – Análise de multicolineariedade - Efectividade

7.3.5 – Método *Stepwise* (Anexo 7) – Variável dependente - Segurança

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,423 ^a	,179	,147	2,792
2	,562 ^b	,316	,261	2,598

Quadro 42 – Sumário do modelo de regressão – Segurança

ANOVA^c

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	44,168	1	44,168	5,666	,025 ^a
Residual	202,689	26	7,796		
Total	246,857	27			
2 Regression	78,052	2	39,026	5,780	,009 ^b
Residual	168,805	25	6,752		
Total	246,857	27			

Quadro 43 – Análise da validade modelo de regressão - Segurança

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	2,290	5,127		,447	,659		
Indicador Auto-imagem	,698	,293	,423	2,380	,025	1,000	1,000
2 (Constant)	-4,124	5,565		-,741	,466		
Indicador Auto-imagem	,686	,273	,416	2,513	,019	1,000	1,000
Indicador Agentes e práticas motivantes	,375	,168	,371	2,240	,034	1,000	1,000

Quadro 44 – Coeficientes de regressão - Segurança

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Indicador Auto-imagem	Indicador Agentes e práticas motivantes
1	1	1,995	1,000	,00	,00	
	2	,005	19,381	1,00	1,00	
2	1	2,975	1,000	,00	,00	,00
	2	,020	12,180	,03	,15	,86
	3	,005	24,991	,97	,85	,13

Quadro 45 – Análise de multicolineariedade do modelo - Segurança

7.3.6 – Método *Stepwise* (Anexo 8) – Variável Dependente Respeito e Preocupação

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,432 ^a	,187	,155	2,823

Quadro 46 – Sumário do modelo de regressão – Respeito e preocupação

ANOVA^b

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	47,519	1	47,519	5,963	,022 ^a
	Residual	207,195	26	7,969		
	Total	254,714	27			

Quadro 47 – Análise da validade do modelo de regressão – Respeito e preocupação

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,623	5,184		,313	,757		
	Indicador Auto-imagem	,724	,296	,432	2,442	,022	1,000	1,000

Quadro 48 – Coeficientes de regressão - Respeito e preocupação

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Indicador Auto-imagem
1	1	1,995	1,000	,00	,00
	2	,005	19,381	1,00	1,00

Quadro 49 – Análise de multicolineariedade - Respeito e preocupação

7.3.7 – Método *Stepwise* (Anexo 9) – Variável Dependente Eficiência

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,484 ^a	,234	,205	2,433
2	,637 ^b	,406	,359	2,185

Quadro 50 – Sumário do modelo de regressão – Eficiência

ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	47,049	1	47,049	7,948	,009 ^a
	Residual	153,916	26	5,920		
	Total	200,964	27			
2	Regression	81,603	2	40,802	8,546	,001 ^b
	Residual	119,361	25	4,774		
	Total	200,964	27			

Quadro 51 – Análise da validade do modelo de regressão – Eficiência

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	6,231	2,806		2,220	,035		
	Indicador Agentes e práticas motivantes	,442	,157	,484	2,819	,009	1,000	1,000
2	(Constant)	9,081	2,734		3,322	,003		
	Indicador Agentes e práticas motivantes	,630	,157	,689	4,006	,000	,804	1,244
	Indicador Sistemas de avaliação de desempenho	-,472	,175	-,462	-2,690	,013	,804	1,244

Quadro 52 – Coeficientes de regressão do modelo - Eficiência

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Indicador Agentes e práticas motivantes	Indicador Sistemas de avaliação de desempenho
1	1	1,986	1,000	,01	,01	
	2	,014	12,124	,99	,99	
2	1	2,965	1,000	,00	,00	,00
	2	,021	11,863	,23	,12	,99
	3	,013	14,841	,76	,87	,01

Quadro 53 – Análise de Multicolineariedade - Eficiência

7.3.8 – Método *Stepwise* (Anexo 10) – Variável Dependente – Adequabilidade

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,381 ^a	,145	,112	1,632

Quadro – 54 – Sumário do modelo de regressão - Adequabilidade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	11,757	1	11,757	4,417	,045 ^a
	Residual	69,208	26	2,662		
	Total	80,964	27			

Quadro 55 – Análise da validade do modelo de regressão - Adequabilidade

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	8,916	3,402		2,621	,014		
Indicador organização\procedimentos	,230	,110	,381	2,102	,045	1,000	1,000

Quadro 56 – Coeficientes de regressão do modelo – Adequabilidade

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Indicador organização\procedimentos
1	1	1,996	1,000	,00	,00
	2	,004	22,021	1,00	1,00

Quadro 57 – Análise de multicolineariedade - Adequabilidade