

*Engagement* no trabalho dos profissionais das Unidades de Cuidados  
de Saúde Primários e a sua relação com a Performance e a Satisfação  
no trabalho

Sofia Alexandra Pereira Garcia

Projeto de Mestrado  
Em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador(a):

Prof. Doutor André Biscaia, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School

Outubro 2012

*All our dreams can come true, if we have the courage to pursue them*

*Walt Disney*

## RESUMO

O *engagement* no trabalho é um estado afetivo-motivacional positivo, recompensador, relacionado com o bem-estar no trabalho caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção. Está relacionado com os recursos e exigências do trabalho, influenciado a performance e é um preditor da satisfação no trabalho. Os cuidados de saúde primários são os elementos primordiais de um sistema de saúde, sendo compostos, entre outros, pelas USF (A e B) e as UCSP. Com este estudo pretende-se verificar se as USF B, que apresentam uma constituição baseada na escolha voluntária dos seus elementos, maior autonomia funcional e estrutura com melhores recursos, possuem equipas com mais *engagement* no trabalho assim como uma melhor performance e maior satisfação no trabalho. Realizou-se um estudo transversal, observacional e analítico. Para medir o *engagement* no trabalho utilizou-se a versão portuguesa do questionário “Utrecht Work Engagement Scale”, de Schaufeli e Bakker e para a satisfação no trabalho o questionário de André Biscaia. Como indicadores de performance foram usados um questionário de avaliação da satisfação do cidadão baseado no questionário EUROPEP e o número de reclamações/1000 inscritos. Verificou-se que as USF B possuíam um maior valor de *engagement* no trabalho (difere apenas das UCSP). Os melhores resultados de performance e de satisfação no trabalho pertencem às USF B. O *engagement* no trabalho possui uma correlação positiva e moderada com a satisfação no trabalho. Constatou-se ainda que quando se pretende usar o *engagement* no trabalho como um conceito unidimensional pode-se usar a versão resumida do UWES, poupando-se tempo e recursos.

**Palavras-chave:** *engagement* no trabalho; unidades de cuidados de saúde primários; satisfação no trabalho; performance

**Classificações do JEL:** I15 (Health and Economic Development); M29 (Business Economics)

## **ABSTRACT**

Work engagement is a, positive, fulfilling, affective-motivational state of work related wellbeing, and is characterized by vigor, dedication and absorption. Is related to job resources and demands, influenced the performance and is a predictor of job satisfaction. Primary health care are the primordial element of a healthcare system, and contain among others, USF (A and B) and UCSP. With this study it is intended to check if the USF Model B' teams, that presents a constitution based on the voluntary choice of his elements, greater functional autonomy and a structure with better resources, have more work engagement, better performance and higher job satisfaction. This was an observational, transversal and analytic study. The instrument used to measure work engagement was the Portuguese version of "Utrecht Work Engagement Scale" developed by Schaufeli and Bakker. For the evaluation of job satisfaction it was used the questionnaire developed by André Biscaia. As performance indicators there it was used a questionnaire to evaluate the satisfaction of citizens based on the questionnaire of EUROPEP and the number complaints/1000 registered patients. It was found that the USF B had a bigger work engagement (differs only from UCSP). The best performance and job satisfaction scores belong to USF B. The work engagement has a positive moderate correlation with job satisfaction. It was found that if work engagement is to be used as a unique concept it is possible to use the abbreviated version of UWES, saving time and resources.

**Key words:** work engagement; units of primary health care; job satisfaction; performance

**JEL Classification System:** I15 (health and Economic Development); M29 (Business Economics)

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer ao meu orientador Professor Doutor André Biscaia por toda a sua disponibilidade, orientação, apoio e presença neste caminho de construção do projeto.

Agradeço à Prof. Doutora Maria do Carmo Botelho pelo apoio prestado na parte estatística do trabalho.

Aos meus pais por sempre terem acreditado em mim e pela força que deram.

Aos meus amigos em especial à Rosa pela força que me deu mesmo nas alturas mais difíceis.

## INDICE

<b>RESUMO</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>III</b>
<b>INDICE</b>	<b>IV</b>
<b>INDICE DE FIGURAS E TABELAS</b>	<b>V</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>20</b>
<b>MÉTODOS</b>	<b>23</b>
POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
AMOSTRA DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CIDADÃO	24
INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	25
ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	27
<b>RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b>	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>53</b>
ANEXO A – QUESTIONÁRIO <i>ENGAGEMENT</i> (UWES) (SANTOS, 2011)	54
ANEXO B – QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO NO TRABALHO (BISCAIA, 2010)	55
ANEXO C – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CIDADÃO	56
ANEXO D – VARIÁVEIS A ESTUDAR	58
ANEXO E – VALIDAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS DOS TESTES APLICADOS E TABELAS AUXILIARES DOS RESULTADOS	59

## INDICE DE FIGURAS E TABELAS

<b>FIGURA 1 - MODELO DAS EXIGÊNCIAS-RECURSOS DO TRABALHO (MODELO JD-R) (APRESENTAÇÃO SCHAUFELI, UNIVERSIDADE UTRECH, 2011).....</b>	<b>4</b>
<b>FIGURA 2 – MODELO DOS GANHOS EM ESPIRAL (APRESENTAÇÃO SCHAUFELI, UNIVERSIDADE UTRECH, 2011).....</b>	<b>7</b>
<b>FIGURA 3 – MODELO DO CONTÁGIO EMOCIONAL (APRESENTAÇÃO SCHAUFELI, UNIVERSIDADE UTRECH, 2011).....</b>	<b>10</b>
<b>FIGURA 4 - MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA E EXTERNA (CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO, DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO REGIONAIS DE SAÚDE).....</b>	<b>13</b>
<b>FIGURA 5 – MODELO CONCEPTUAL DO ESTUDO .....</b>	<b>20</b>
<b>FIGURA 6 – ORGANIGRAMA DA ESTRUTURA FUNCIONAL E ORGANIZATIVA DOS ACES DE CASCAIS, SUAS UNIDADES FUNCIONAIS E SEUS REPRESENTANTES LEGAIS .....</b>	<b>23</b>
<b>TABELA 1 – TAXA DE RESPOSTA POR UNIDADE FUNCIONAL NA SATISFAÇÃO NO TRABALHO E <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO.....</b>	<b>31</b>
<b>TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO NA SATISFAÇÃO NO TRABALHO E <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO.....</b>	<b>32</b>
<b>TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA POR UNIDADE FUNCIONAL NA SATISFAÇÃO NO TRABALHO E <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO .....</b>	<b>33</b>
<b>TABELA 4 – TAXA DE RESPOSTA E QUESTIONÁRIOS ENTREGUES NA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CIDADÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>TABELA 5 – TAXA DE RESPOSTA POR UNIDADE FUNCIONAL NA SATISFAÇÃO CIDADÃO ....</b>	<b>34</b>
<b>TABELA 6 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA NA AVALIAÇÃO SATISFAÇÃO CIDADÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>TABELA 7 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DA ESCALA DE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES17) POR TIPO DE UNIDADE.....</b>	<b>36</b>
<b>TABELA 8 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DA ESCALA DE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES9) POR TIPO DE UNIDADE.....</b>	<b>37</b>
<b>TABELA 9 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DO <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES17) POR GRUPO PROFISSIONAL .....</b>	<b>37</b>
<b>TABELA 10 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DO <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES17) POR GRUPO PROFISSIONAL .....</b>	<b>38</b>
<b>TABELA 11 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES17) POR GÊNERO .....</b>	<b>38</b>
<b>TABELA 12 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES9) POR GÊNERO.....</b>	<b>38</b>
<b>TABELA 13 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES17) EM RELAÇÃO AO TEMPO QUE O PROFISSIONAL ESTÁ NO CENTRO DE SAÚDE....</b>	<b>39</b>
<b>TABELA 14 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES9) EM RELAÇÃO AO TEMPO QUE O PROFISSIONAL ESTÁ NO CENTRO DE SAÚDE.....</b>	<b>39</b>

<b>TABELA 15 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES17) EM RELAÇÃO AO TEMPO DE EXERCÍCIO DA ATUAL ATIVIDADE PROFISSIONAL</b>	<b>40</b>
<b>TABELA 16 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO (UWES9) EM RELAÇÃO AO TEMPO DE EXERCÍCIO DA ATUAL ATIVIDADE PROFISSIONAL</b>	<b>40</b>
<b>TABELA 17 – NÚMERO DE METAS ATINGIDAS EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS AVALIADAS POR TIPO DE UNIDADES</b>	<b>41</b>
<b>TABELA 18 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO Nº DE ÁREAS ATINGIDAS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÁREAS AVALIADAS (QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO DO CIDADÃO) POR TIPO DE UNIDADE</b>	<b>41</b>
<b>TABELA 19 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO Nº DE ÁREAS ATINGIDAS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÁREAS AVALIADAS (QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO DO CIDADÃO) POR TIPO DE UNIDADE</b>	<b>42</b>
<b>TABELA 20 – COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO LINEAR DE PEARSON ENTRE VARIÁVEIS SATISFAÇÃO NO TRABALHO E Nº ÁREAS ATINGIDAS, Nº RECLAMAÇÕES E <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO E ENTRE <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO E Nº ÁREAS ATINGIDAS, Nº RECLAMAÇÕES</b>	<b>43</b>
<b>GRÁFICO 1 – VALORES MÉDIOS DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO E SEUS FATORES E DO <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO POR TIPO DE UNIDADE</b>	<b>43</b>
<b>TABELA 21 – COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE O <i>ENGAGEMENT</i> NO TRABALHO E OS FATORES DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO</b>	<b>44</b>
<b>TABELA 22 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS VALORES DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO POR TIPO DE UNIDADE</b>	<b>45</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCARDS – Departamento de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde

Modelo JD-R – Modelo das Exigências-Recursos do Trabalho

Teoria COR – Teoria da Conservação dos Recursos

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistências Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

USF – Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários são os elementos primordiais de um sistema de saúde, pois são eles que estão na linha da frente em contato com o cidadão. São estruturas importantes na promoção da saúde nos cuidados preventivos, curativos e de reabilitação. As unidades que prestam cuidados de medicina geral e familiar às pessoas e famílias são as unidades de saúde familiar (USF) e as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) (Biscaia et al, 2008).

As USF são constituídas por equipas multiprofissionais, com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa rede com as outras unidades funcionais do ACES (agrupamento de centros de saúde). As USF modelo A correspondem a uma fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa. Este modelo tem a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, renumerada como serviço extraordinário, e contratualizar o cumprimento de metas, que se revertem em incentivos institucionais para a USF. As USF modelo B são aquelas onde existe um maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa existe, estando preparadas para a contratualização de desempenho mais exigente e para o processo de acreditação. Neste modelo existe um regime retributivo especial para todos os profissionais, incluindo a renumeração base, bem como suplementos e compensações pelo desempenho (Biscaia et al, 2008).

As UCSP são unidades elementares que assentam em equipas multiprofissionais, com autonomia organizativa e técnica, apresentando uma carteira de serviços idêntica à das USF. Contudo o grau de exigência das metas é diferente entre estes dois tipos de unidade, sendo que o grau de exigência da UCSP é ajustado ao seu nível de meios e à sua organização. As UCSP não recebem incentivos institucionais nem financeiros para os profissionais (Metodologia de Contratualização, 2010).

No contexto atual onde a principal preocupação é com a prevenção da doença e principalmente com a promoção da saúde, a psicologia ocupacional também começa a explorar os pontos positivos do trabalho de modo a conseguir a compreensão do seu sentido e seu efeito. Neste sentido surge o interesse pelo tema *engagement* no trabalho, sendo este considerado um estado afetivo-motivacional, positivo, recompensador, relacionado com o bem-estar no trabalho e que é caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção.

Vários estudos relacionaram o *engagement* no trabalho com os recursos e exigências do trabalho (modelo JD-R), verificando que influenciavam os resultados obtidos.

Trabalhadores com mais recursos podem possuir maior *engagement* no trabalho e trabalhadores com maior *engagement* no trabalho tendem a possuir mais energia para usar os recursos existentes no trabalho e mais motivados para criar novos recursos (Hakanen e Roodt, 2010).

Torna-se interessante, então, perceber se existe diferença de *engagement* no trabalho dos profissionais dos três tipos de unidades de cuidados de saúde primários, e se estas diferenças resultam em performances diferentes. Temos como indicadores de performance a avaliação da satisfação do cidadão e o número de reclamações por mil inscritos (indicadores de performance de comportamento).

O *engagement* no trabalho é considerado um preditor da satisfação no trabalho (Alarcon e Edwards, 2011) e, nesse sentido pretende-se igualmente verificar a relação entre estas duas variáveis nos três tipos de unidades.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nos últimos anos a psicologia tem sofrido uma evolução no sentido de se preocupar mais com o bem-estar mental em vez de manter o foco predominantemente na doença mental. Martin Seligman em 1998 inicia o movimento pela Psicologia Positiva, aclamando a necessidade de mudança do foco da psicologia historicamente centrado na compreensão e tratamento de patologias, para uma visão onde se valoriza aspetos “virtuosos” do ser humano. Assim, o propósito da Psicologia Positiva é o estudo da força humana e do seu funcionamento ideal em vez de estar focada na doença, na incapacidade, na desordem, na deterioração e na resolução dos piores problemas. Esta mudança positiva também é importante na Psicologia Ocupacional, é importante explorar os pontos positivos, de modo a obter plena compreensão do sentido e efeito do trabalho (Bakker *et al.*, 2008; Shaufeli e Bakker, 2010; Yunes, 2003). É neste espírito da Psicologia Positiva que surge o interesse pelo tema *engagement* no trabalho.

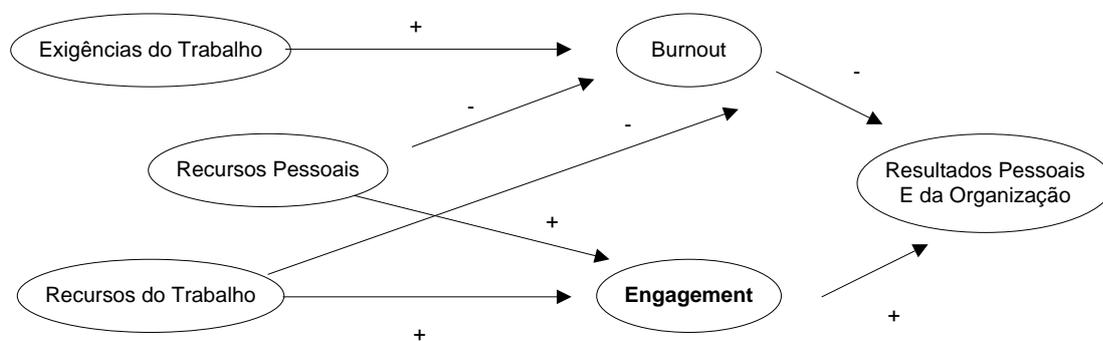
*Engagement* no trabalho, é um estado afetivo-motivacional, positivo, recompensador, relacionado com o bem-estar no trabalho, que também pode ser visto como o pólo positivo do contínuo *burnout-engagement*. Os trabalhadores com *engagement* têm elevados níveis de energia, estão entusiasmados com o seu trabalho e estão frequentemente tão imersos no seu trabalho que o tempo passa a voar (Bakker *et al.*, 2008).

O *engagement* no trabalho, é um estado de espírito relacionado com o trabalho caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção. O vigor é caracterizado por elevados níveis de energia e resiliência mental durante o trabalho, por uma vontade de investir no seu próprio trabalho e pela persistência, mesmo em situações de dificuldades. A dedicação reporta a se estar fortemente envolvido com o seu trabalho, experimentando uma sensação de significado, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio em relação ao trabalho. A absorção é caracterizada por uma concentração total e uma abstração feliz no trabalho, onde o tempo passa rapidamente (Bakker e Bal, 2010).

Sendo um estado motivacional, os trabalhadores quando apresentam elevado *engagement* no trabalho empenham-se de modo a atingir objetivos desafiantes, de modo a serem bem sucedidos. O *engagement* no trabalho vai para além de responder a situações imediatas, os trabalhadores estabelecem um compromisso pessoal para cumprirem esses objetivos, denotando-se a energia que trazem para o seu trabalho. Estes trabalhadores não guardam a

energia apenas para algo importante, usam-na nas suas tarefas diárias, são pessoas atentas, consideram os detalhes importantes para atingirem a essência dos problemas desafiantes. Os trabalhadores com elevado *engagement* no trabalho devido a estarem tão absorvidos pelo seu trabalho para além de perdem a noção do tempo, diminuem a sua resposta a distrações. (Bakker e Leiter, 2010).

Os estudos sobre *engagement* no trabalho têm usado maioritariamente como enquadramento teórico o **modelo das exigências-recursos do trabalho** (modelo JD-R). Este modelo inclui dois conjuntos específicos de condições de trabalho, as exigências e os recursos do trabalho, considerando-os como preditores do bem-estar do empregado, independentemente do grupo ocupacional (Hakanen e Roodt, 2010).



**Figura 1** - Modelo das Exigências-Recursos do Trabalho (Modelo JD-R) (apresentação Schaufeli, Universidade Utrecht, 2011)

As exigências do trabalho são atributos que potencialmente provocam tensão se se exceder a capacidade adaptativa do trabalhador. Estas exigências são características físicas, sociais ou organizacionais de um trabalho que requerem um investimento de competências ou de esforço físico e/ou psicológico do trabalhador que podem resultar num custo fisiológico e/ou psicológico. São exemplo de exigências a sobrecarga do trabalho, conflito função/papel, insegurança, ambiguidade de função, elevadas exigências emocionais colocadas pelos clientes (Hakanen e Roodt, 2010, Pinto e Chambel, 2008).

Os recursos do trabalho correspondem às condições de trabalho que proporcionam recursos para cada trabalhador. Os recursos referem-se às características físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais de um trabalho que são funcionais na medida que ajudam a atingir objetivos, reduzem as exigências do trabalho e os custos físicos e psicológicos a elas associados, estimulam a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e profissional. Podem ser

a nível da organização (pagamento, oportunidade de carreira, segurança do trabalho), das relações interpessoais e sociais (suporte supervisor e de colegas, ambiente de trabalho), da organização do trabalho (funções claras e participação nas decisões) e da própria tarefa (variedade de competências, identidade da tarefa, significância da tarefa, autonomia, feedback da performance) (Hakanen e Roodt, 2010, Pinto e Chambel, 2008).

De um modo geral verifica-se que as exigências e os recursos do trabalho estão correlacionados negativamente, até porque elevadas exigências podem impedir a mobilização de recursos do trabalho. O modelo JD-R propõe ainda que elevadas exigências e escassos recursos podem criar o ambiente favorável ao *burnout* e um baixo *engagement* no trabalho. Por outro lado, elevados recursos do trabalho quer combinados com altos ou baixos níveis de exigências podem resultar em elevada motivação e *engagement* no trabalho (Hakanen e Roodt, 2010).

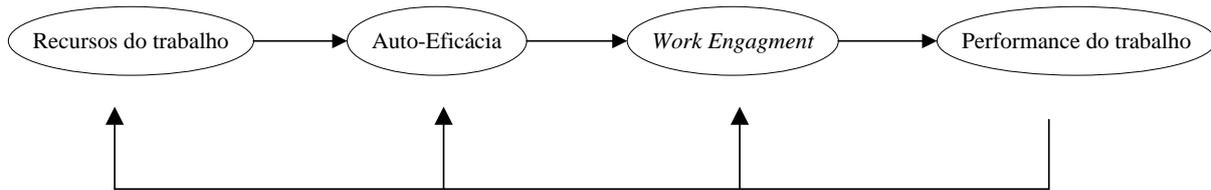
Um dos pressupostos do modelo JD-R é que os dois tipos de condições de trabalho (recursos e exigências) referidos anteriormente podem invocar dois processos psicologicamente diferentes contudo relacionados. Um processo de perda de saúde, com um esgotar de energia, no qual as elevadas exigências do trabalho consomem recursos mentais e físicos dos trabalhadores que levam ao *burnout* e eventualmente a problemas de saúde. Um processo de motivação positiva no qual os recursos do trabalho promovem o *engagement* no trabalho e o compromisso organizacional (Hakanen e Roodt, 2010).

É de referir que para além dos modelos do stress e motivacional, outras abordagens estabeleceram a ligação entre a pesquisa e a prática, tais como a da qualidade de vida no trabalho (e.g., Levine, Taylo e Davis, 1984) e da saúde das organizações (e.g., Cooper e Cartwright, 1994), dando ênfase ao papel dos recursos nas organizações. Várias teorias apoiam a importância do impacto dos recursos no bem-estar psicológico, sendo os recursos valorizados pelo facto de poderem satisfazer as necessidades. A **teoria da conservação dos recursos (COR)** é baseada no pressuposto que vários recursos são fatores relevantes no ganho de novos recursos e na melhoria do bem-estar. A capacidade dos recursos em facilitar a aquisição de novos recursos conduz aos conceitos de recursos em cadeia (os recursos tendem a não existir isolados, mas sim em agregados) e aos ganhos e perdas em espiral (Hakanen e Roodt, 2010). A teoria COR propõe um modelo de motivação humana pois a aquisição e acumulação de recursos é considerada como sendo o caminho fundamental que inicia e mantém o comportamento das pessoas. Esta teoria diferencia quatro tipos de recursos

(objetos, condições, características pessoais e energias) que as pessoas deverão adquirir e manter de modo a adaptar-se ao seu ambiente com sucesso.

O modelo da conservação de recursos centra-se, então, na ideia de recursos, definidos como aqueles objetos (ex: casa, comida, ferramentas), características pessoais (competência profissional, convicções de eficácia), condições (ex: ocupação, suporte social, controlo do trabalho), ou energias (ex: tempo, dinheiro, conhecimento, autonomia e envolvimento nas tomadas de decisão) que são valorizados pelo indivíduo ou que servem como um meio para a obtenção dos objetos, características pessoais, condições ou energias. Ou seja, recursos são coisas que as pessoas valorizam e portanto esforçam-se (mantêm-se motivadas) para as obter, manter e proteger e que as ajudam a lidar com as exigências do trabalho, como os problemas diários e o stress (Salanova, Schaufeli, Xanthopoulou e Bakker, 2010, Salanova, Agut e Peiró, 2005 Demerouti e Cropanzano, 2010).

O stress ocorre quando os recursos são ameaçados ou perdidos, ou quando os indivíduos investem os recursos e não obtêm os benefícios previstos. A teoria COR tem dois pressupostos. O primeiro é que as pessoas têm que investir os seus recursos de modo a lidar com as condições stressantes e para se prevenirem de resultados negativos. Por exemplo, os empregados podem usar o apoio social dos seus colegas sob a forma de assistência pessoal, de modo a lidar com a temporária sobrecarga de trabalho. Consequentemente a teoria COR prevê que aqueles com melhores recursos (ex, mais apoio dos colegas) são menos vulneráveis ao stress, e aqueles com menos recursos (ex, menos apoio dos colegas) são mais vulneráveis ao stress. O segundo pressuposto é que as pessoas devem investir recursos de modo a proteger-se contra futuras perdas de recursos, readquirir os seus recursos e obter novos recursos. Por exemplo, Hofob, Jonhson, Ennis e Jackson (2003) demonstraram que o acréscimo de recursos (suporte social e mestria) durante um período de nove meses estava associado a uma diminuição no sofrimento emocional das mulheres urbanas. Para além disso, os indivíduos esforçam-se tanto para protegerem os seus recursos atuais como também para acumulá-los. A teoria COR prevê que aqueles que possuírem mais recursos também são mais competentes no ganho de recursos, ou seja o ganho inicial de recursos gera futuros ganhos, ao que se chama ganhos em espiral (Salanova, Schaufeli, Xanthopoulou e Bakker, 2010).



**Figura 2** – Modelo dos Ganhos em Espiral (apresentação Schaufeli, Universidade Utrech, 2011)

Assumindo que existem ganhos em espiral entre os recursos do trabalho e o *engagement* implica que eles se fortaleçam um ao outro. Quando os empregados estão providos com os recursos de trabalho necessários, podem ficar ao longo do tempo com mais *engagement* no trabalho, e empregados com mais *engagement* tendem a ter mais energia para tirar melhor benefício dos recursos do trabalho existentes e a estarem mais motivados para criar novos recursos (Hakanen e Roodt, 2010).

Estudos sobre o relacionamento entre pessoas demonstraram consistentemente que determinados recursos do trabalho, tais como o suporte social de colegas e superiores, feedback do desempenho, a autonomia e as oportunidades de progressão de carreira estão positivamente associados com o *engagement* no trabalho. No estudo de Schaufeli e Bakker (2004) sobre quatro diferentes grupos profissionais, verificaram uma evidência para relação positiva entre três recursos do trabalho (feedback do desempenho, suporte social, treino com supervisão) e o *engagement* no trabalho (vigor, dedicação e absorção) (Bakker e Bal, 2010).

Vários estudos realizados sobre as consequências do *engagement* no trabalho demonstraram a sua relação positiva com os resultados tais como satisfação no trabalho, baixo absentismo, baixa rotatividade, elevado compromisso (*commitment*) organizacional e performance (Salanova, Agut e Peiró, 2005).

A experiência e as emoções positivas do *engagement* no trabalho deverão facilitar comportamentos vantajosos no trabalho tais como um aumento da ligação à organização, satisfação no trabalho, desempenho e menor propensão para se demitir (Alarcon e Edwards, 2011).

Alarcon e Edwards demonstraram com o seu estudo que o *engagement* no trabalho é um preditor da satisfação no trabalho. Das três dimensões do *engagement* as que demonstraram uma correlação significativa com a satisfação no trabalho, foram a dedicação e a absorção. Indivíduos que experienciem um sentido de dedicação podem reinvestir recursos, tempo e

esforço no local de trabalho. Este investimento pode-se manifestar como satisfação no trabalho (Alarcon e Edwards, 2011).

Christian, Garza e Aughtier (2011) na sua revisão procederam à distinção entre *engagement* no trabalho e os constructos satisfação no trabalho, compromisso organizacional e envolvimento no trabalho. Satisfação no trabalho é uma atitude muitas vezes definida como um “julgamento avaliativo positivo (ou negativo) que se faz acerca de um posto ou situação de trabalho” (Weiss, 2002:175). A satisfação no trabalho e o *engagement* diferem fundamentalmente pelo *engagement* no trabalho ter uma conotação de ativação (entusiasmo, estado de alerta, excitação, euforia) opostamente à satisfação que é mais semelhante à saciedade (contentamento, calma, serenidade, relaxamento). A satisfação no trabalho é uma descrição avaliativa das condições de trabalho ou características (por exemplo “Eu gosto do meu salário”), o que caracteriza uma atitude de trabalho, enquanto o *engagement* no trabalho é uma descrição de experiências do individuo resultantes do trabalho (por exemplo “Eu sinto-me cheio de energia enquanto trabalho”). O *commitment* organizacional é caracterizado por uma ligação emocional à organização que resulta da partilha de valores e interesses. *Engagement* no trabalho difere deste *commitment* de duas maneiras. Primeiro o *commitment* referencia um vínculo afetivo com os valores da organização como um todo, enquanto o *engagement* no trabalho representa a perceção baseada no trabalho em si ou nas funções do trabalho. Segundo, o *engagement* é um constructo amplo na medida que envolve um investimento holístico do ser como um todo em termos de energias cognitivas, emocionais e físicas. No sentido em que o *commitment* representa um estado de ligação emocional, é sugerido que o *commitment* possa ser uma característica do *engagement*, mas não o suficiente para ser considerado o estado *engagement*. O envolvimento no trabalho é definido como um estado cognitivo ou crença de identificação psicológica. Refere-se à crença cognitiva que o trabalho satisfaz as próprias necessidades e representa o grau em que o individuo se identifica fortemente com esse trabalho, tanto no local de trabalho como fora dele. O envolvimento reflete a centralidade de performance de um individuo, pois representa o grau em que o desempenho de um empregado afeta a sua autoestima. *Engagement* no trabalho difere do envolvimento, por um lado porque o envolvimento é um constructo cognitivo e como resultado pode ser considerado um aspeto do *engagement* no trabalho, em vez de equiparado a ele. Por outro lado, envolvimento no trabalho refere-se em que medida a situação profissional, em sentido lato, é essencial para a identidade do individuo. Assim, ela não se refere a tarefas

específicas do trabalho, mas sim a aspetos do trabalho, incluindo até que ponto o trabalho pode satisfazer as necessidades de cada indivíduo. É esperado que a relação do *engagement* com as atitudes do trabalho seja positiva e moderada, demonstrando validade discriminante (Christian, Garza e Aughtier, 2011, Schaufeli e Bakker, 2010).

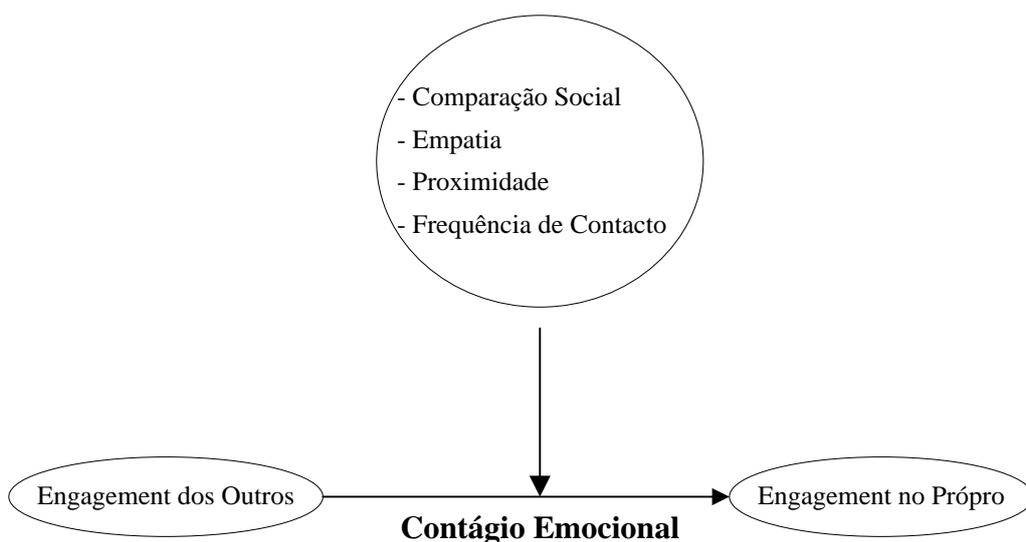
Segundo Demerouti e Cropanzano (2010) **performance** é um termo difícil de definir uma vez que as pessoas executam várias tarefas no seu trabalho, e algumas delas nem estão referidas na descrição formal das suas tarefas. Assim, são encontradas diferentes definições. Investigadores que estudam trabalhadores felizes/produativos normalmente limitam-se a uma única dimensão da performance “global”, enquanto os investigadores que estudam o modelo da conservação dos recursos (COR) delinearão três fatores distintos de performance: processo da performance, resultado (outcome) da performance ou ambos. A abordagem pelo processo tem por base as ações ou comportamentos que as pessoas se comprometem a ter de modo a atingir a performance ou o que fazem no seu trabalho. A abordagem pelo resultado define performance em relação aos produtos ou serviços que são produzidos e se estes estão alinhados com os objetivos estratégicos da organização (Demerouti e Cropanzano, 2010).

A performance pode-se dividir em quatro tipos de indicadores: indicadores de performance motivacional (performance contextual, motivação intrínseca dos trabalhadores em vez de extrínseca, iniciativa pessoal e comportamento de proatividade), indicadores de performance de gestão de recursos humanos (absentismo, rotatividade), indicadores de performance económicos (volume de negócio financeiro, desempenho da unidade de negócio – produtividade, fidelização de clientes) e indicadores de performance de comportamento (desempenho académico, qualidade de serviços percebida pelos clientes, auto relatos de erros médicos, acidentes de trabalho, avaliação de eficácia e desempenho, inovação pessoal e unidade trabalho) (apresentação Schaufeli, Universidade Utrech, 2011).

Para os autores que defendem o modelo COR, performance pode-se ainda dividir em duas dimensões, intra-papel e extra-papel. A performance intra-papel é definida como os resultados e comportamentos exigidos oficialmente que favorecem diretamente os objetivos da organização. Apesar disto ser bastante importante, não descreve toda a performance do indivíduo no trabalho. A performance extra-papel ou contextual é definida como um comportamento discricionário (comportamentos que não fazem parte dos requisitos da função) por parte do empregado, que se acredita que promove o funcionamento eficaz de uma organização, sem necessariamente influenciar diretamente a produtividade do empregado. A

performance extra-papel abrange comportamentos de cidadania organizacional (comportamentos que não fazem parte dos requisitos da função, são atos de cooperação, ajuda, sugestões, altruísmo dirigidos à organização), mas também inclui aspetos como a iniciativa pessoal e o exercício construtivo de voz (influência do indivíduo, de forma construtiva, a mudar as práticas organizacionais, de modo a diminuir as situações erradas ou injustas, do seu ponto de vista), que demonstram comportamentos proativos para com a organização. Para além disso, os comportamentos de cidadania podem ser direcionados tanto para a organização como para os indivíduos (Demerouti e Cropanzano, 2010).

Normalmente considera-se o *engagement* no trabalho como uma variável de nível individual. Contudo a performance é normalmente o resultado do empenho de um conjunto de indivíduos. É concebível que o *engagement* no trabalho de alguns membros de uma equipa possa contagiar ou ter impacto nos outros. Assim, o *engagement* no trabalho de equipa pode ser um fenómeno emergente que beneficiara positivamente a performance. Não existem muitos estudos que possam comprovar esta teoria, mas Demerouti e Cropanzano (2010) acreditam que existem fortes razões teóricas para acreditar que existe *engagement* a nível de equipa. Um dos mecanismos possíveis é o chamado cruzamento ou contágio emocional, que pode ser definido como a permuta de experiências positivas (ou negativas) de uma pessoa para outra.



**Figura 3** – Modelo do Contágio Emocional (apresentação Schaufeli, Universidade Utrech, 2011)

Se os colegas conseguem influenciar-se uns aos outros com o seu *engagement* no trabalho, poderão obter uma melhor performance como equipa. De facto existe alguma evidência experimental deste contágio emocional. Como Demerouti e Cropanzano (2010) referiram, Borsade (2002) realizou um estudo onde examinou a transferência de humor entre as pessoas e a sua influência sobre a performance. Deste estudo verificou-se que o contágio de humor positivo resultou conseqüentemente num comportamento mais cooperativo e num melhor desempenho de tarefas. Num estudo realizado por Bakker, Van Emmerik e Euwema (2006) constatou-se que o nível de *engagement* no trabalho da equipa estava relacionado com o nível de *engagement* de cada individuo. Trabalhadores com mais *engagement* no trabalho que transmitam o seu otimismo, atitude positiva e proatividade aos seus colegas, criam uma espírito de equipa positivo independentemente das exigências e recursos a que foram expostos (Demerouti e Cropanzano, 2010). No estudo de Bakker, Van Emmerik e Euwema (2006) ficou por responder se este cruzamento do *engagement* no trabalho também se traduz numa melhor performance de equipa (Bakker e Leiter, 2010).

Contudo, alguns estudos indicam que o *engagement* no trabalho está positivamente relacionado com a performance objetiva quer do departamento quer a nível da unidade. O primeiro estudo a evidenciar esta relação foi a pesquisa conduzida por Salanova, Agut e Peiró (2005). Utilizando uma amostra de funcionários de atendimento ao público das unidades de serviço do restaurante e hotel, mostraram que os níveis de *engagement* no trabalho foram positivamente relacionados com as avaliações dos clientes da performance, através do clima organizacional. O clima organizacional focaliza o esforço e a competência do empregado na prestação de serviços de qualidade, que por sua vez produz experiências positivas aos clientes, bem como percepções positivas de clientes da qualidade de serviço. O clima organizacional refere-se à percepção compartilhada dos empregados das práticas, procedimentos e comportamentos que são retribuídas, sustentadas e esperadas pela organização no que diz respeito ao serviço ao cliente e à qualidade de serviço ao cliente. Os níveis de *engagement* no trabalho dos empregados têm um impacto positivo no clima organizacional dos hotéis e restaurantes, com um aumento da empatia que os empregados demonstram para com os seus clientes bem como para o serviço que lhes proporcionam. Salanova, Agut e Peiró (2005) conseguiram provar que o clima organizacional por um lado medeia a relação entre os recursos da organização e o *engagement* no trabalho (reportado pelos empregados) e por outro a performance dos empregados (avaliada pelos clientes) e a fidelização do cliente (Demerouti

e Cropanzano, 2010, Salanova, Agut e Peiró, 2005). Ou seja eles conseguiram provar o seu modelo, no qual os recursos organizacionais e o *engagement* no trabalho precediam o clima organizacional e este por sua vez precedia a performance dos empregados e a fidelização do cliente (Bakker e Leiter, 2010).

Os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde, adotando importantes funções na promoção de saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e garantindo a continuidade desses cuidados noutros serviços.

Desde 2006 decorre um processo de reorganização dos serviços de prestação de cuidados dos CSP em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Estas modificações têm como objetivo, quer de modo direto ou indireto, a melhoria dos cuidados aos utentes e a maximização do impacto na sua saúde e na saúde da população, nomeadamente: melhoria do acesso (em cobertura, disponibilidade e prontidão de atendimento), melhoria da qualidade dos processos assistenciais, maior efetividade (ganhos em saúde) e melhor relação custo-efetividade dos cuidados de saúde, maior satisfação dos utentes, maior satisfação no trabalho dos profissionais, ganhos de eficiência e redução de desperdícios.

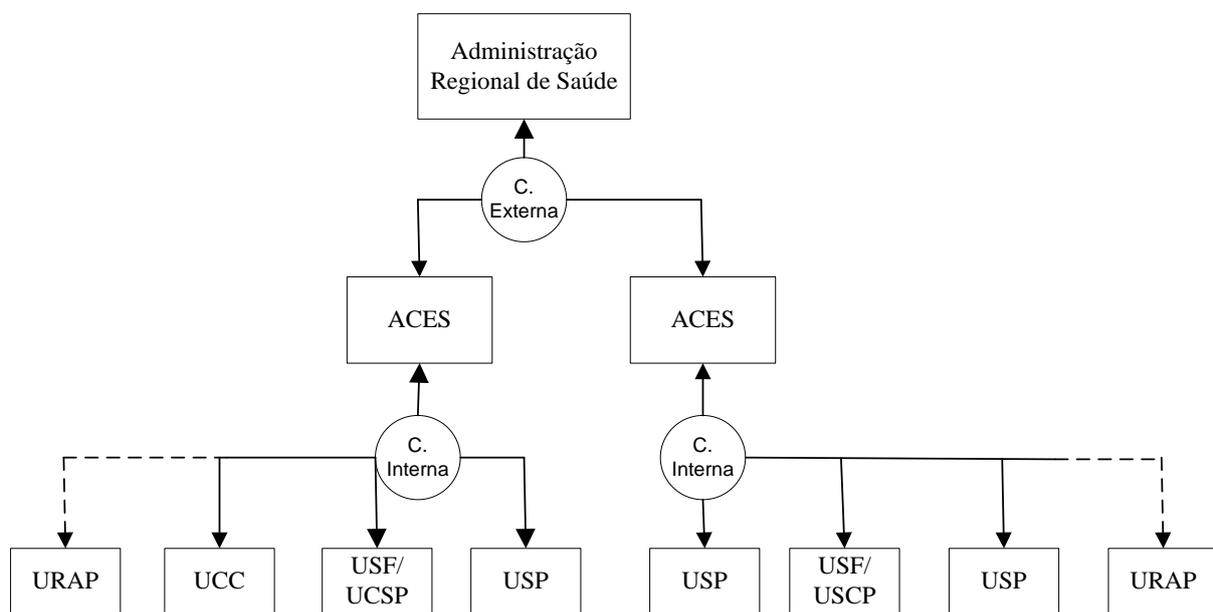
A criação dos ACES do Serviço Nacional de Saúde bem como o estabelecimento do seu regime de organização e funcionamento é deliberado pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Tem por fim, descentrar a gestão e permitir que a tomada de decisões sobre recursos essenciais à prestação dos cuidados se desloque dos serviços distritais (as ex “sub-regiões de saúde”) para o ACES. O objetivo, é que nos ACES existam poder e responsabilidade suficientes para que quem vive e conhece os problemas de perto possa decidir de modo acertado e célere (Metodologia de Contratualização, 2010).

Os elementos essenciais da reorganização dos centros de saúde são as unidades funcionais e o trabalho em equipa orientado para atingir objetivos concretos. Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES. Estas equipas têm características e missões específicas (MSCP, 2012).

As equipas multiprofissionais que prestam cuidados à pessoa e à família são as unidades de saúde familiar (USF) e as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP); as que prestam cuidados seletivos a grupos com necessidades especiais e intervenções na

comunidade são as unidades de cuidados na comunidade (UCC); as que prestam diagnóstico e vigilância do estado de saúde da população (função de observatório local de saúde) e as de proteção e promoção da saúde da população, de grupos e intervenção comunitário são as unidades de saúde pública (USP).

A unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) é constituída por uma equipa multiprofissional flexível e aberta que comporta competências complementares de apoio às restantes equipas/unidades funcionais. Proporciona apoio assistencial, consultadoria e promove ou participa em projetos de saúde próprios ou comuns a várias unidades e ao ACES.



**Figura 4** - Modelo de contratualização interna e externa (Cuidados de saúde primários – metodologia de contratualização, Departamento de Contratualização, Administração Regionais de Saúde)

De entre os cinco tipos de unidades funcionais destacam-se as USF e as UCSP, pelo seu número e por representarem 80% dos custos dos ACES. Existem em funcionamento 338 USF (dados de setembro 2012), que cobrem 4175493 utentes (o que permitiu um ganho de cobertura de 524757 utentes), onde trabalham 6558 profissionais, dos quais 2356 médicos, 2333 enfermeiros e 1869 administrativos. Em situação de candidatura aceite encontram-se 409 USF, o que vai potenciar um ganho de cobertura de 652814 utentes, nas quais trabalham 7760 profissionais. Existem em funcionamento cerca de 450 UCSP (dados de fevereiro de 2012) (Metodologia de Contratualização, 2010, MS, 2012, MCSP, 2012).

A fração de custos totais que pode ser modificada por boas práticas clínicas e por boas práticas de gestão local, com redução de desperdício e ineficiência, poderá ser superior a 65%. A maior parte destes custos é determinada pelas decisões dos profissionais da “linha da frente”. Vários estudos de investigação (nacionais e internacionais) em serviços de saúde demonstraram que as linhas de orientação e normas de atuação clínica, apesar de necessárias, não são suficientes para que as práticas desnecessárias e inadequadas se alterem e para que a amplitude de desempenhos se atenuem. Para isso, é necessário existir dinâmicas de equipas com objetivos, responsabilização, avaliação de resultados e uma cultura de racionalidade e de qualidade técnico-científica. Assim, é preciso instituir e desenvolver saberes e práticas de governação clínica e de saúde, cujos pilares são os conselhos clínicos dos ACES e os conselhos técnicos das unidades funcionais (MS, 2012).

As equipas multiprofissionais/unidades funcionais devem guiar-se por objetivos contratualizados de processo, resultados e de eficiência e ter o seu desempenho monitorizado e avaliado.

Os Diretores Executivos / Conselhos Clínicos (com o apoio dos departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (DCARDS), desenvolvem a respetiva contratualização interna com as Unidades de Saúde Familiar (USF). O mesmo modelo foi adaptado para as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

O processo de contratualização tem dois momentos distintos, a contratualização externa, formalizada com a assinatura do Contrato Programa, e a contratualização interna, formalizada com a assinatura de Cartas de Compromisso.

O contrato programa são acordos celebrados entre o ACES e o Conselho Diretivo da ARS através do qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACES e os recursos afetos ao seu cumprimento e se designam as regras relativas à respetiva execução. A nível nacional são definidos 14 indicadores (peso de 60%), cada região (eixo regional) seleciona 6 indicadores de acordo com as áreas prioritárias de intervenção, escolhidas localmente, sendo 2 específicos para cada ACES (eixo local, com um peso de 20%). A definição dos 6 indicadores regionais é da responsabilidade da ARS, contudo os 2 indicadores podem ser definidos conjuntamente com o respetivo ACES, de acordo com as necessidades em saúde apuradas da sua área de incidência.

A contratualização interna consiste na descrição da atividade que será desenvolvida pelas várias unidades funcionais dentro do ACES, com o intuito de envolver os profissionais de

saúde, responder às necessidades de saúde da população e às prioridades assistenciais definidas pelo diretor executivo e conselho clínico do ACES. A contratualização interna deve considerar para além dos indicadores específicos da unidade funcional, os indicadores constantes do plano de desempenho e do contrato programa do ACES, com o objetivo de assinalar que do trabalho de cada equipa dependem os resultados assistenciais alcançados pelo ACES. O processo de negociação interna e externa é dinâmico e contínuo (Metodologia de Contratualização, 2010)

As **Unidades de Saúde Familiar (USF)** são unidades com autonomia organizativa, funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem uma carteira básica de serviços aos cidadãos inscritos.

A criação da USF é um processo voluntário da base para o topo. Assim existe um envolvimento dos profissionais de saúde, quer na escolha da equipa, na organização da USF (autonomia organizativa), na definição do plano de ação, sendo a gestão da USF em função de objetivos, havendo uma corresponsabilização das equipas.

São unidades que possuem a sua própria organização interna, a gestão é descentralizada, ou seja tem maior autonomia na sua gestão e possuem a seu próprio conselho técnico.

É da competência do conselho técnico a orientação necessária para o cumprimento das normas técnicas, a melhoria contínua dos cuidados de saúde, a avaliação da satisfação dos cidadãos inscritos na USF e dos profissionais das equipas, elaborar e manter atualizada o manual de boas práticas e organizar e supervisionar as ações de formação contínua e investigação.

No modelo organizacional da USF o plano de ação é fundamental, é onde constará a carteira de serviços prestados (básica e adicional), o compromisso assistencial (prestação cuidados incluídos na carteira de serviços de acordo com o Despacho Normativo nº 9/2009, de 16 de Fevereiro), o horário de funcionamento, o sistema de atendimentos de utentes (marcação de consultas e renovação de prescrições), as regras de intersubstituição dos profissionais da equipa e a articulação com outras unidades funcionais.

A ênfase do trabalho de equipa nas USF, e a autorregulação daí resultante exige uma alteração de atitude e de cultura organizacional. As USF devem dirigir a sua atividade pelos seguintes princípios: conciliação (prestação de cuidados de saúde), cooperação (entre todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos), solidariedade (assumida por cada elemento da equipa de modo a garantir as obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional),

autonomia (auto-organização funcional e técnica com o objetivo de cumprir o plano de ação), articulação (entre a USF e as outras unidades funcionais), avaliação (objetiva e permanente) e gestão participativa (envolvimento de todos os profissionais de modo a melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação no trabalho) (Metodologia de Contratualização, 2010, DL nº 298/2007, MCSP, 2012).

Nem todas as USF (A, B e C) estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF tem por base o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo aos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

A USF de modelo A corresponde à fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa, ao mesmo tempo que é o primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual e/ou onde não exista o costume nem a prática de avaliação de desempenho técnico-científica em saúde familiar.

A USF de modelo B é uma unidade funcional com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar deve ser uma prática efetiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes (metas com valores médios mais elevados).

Às USF modelo B para além dos incentivos institucionais (estes também são atribuídos às USF A) são atribuídos incentivos financeiros aos profissionais.

Para a atribuição de incentivos institucionais terão que ser contratualizados 15 indicadores, quatro na área de acesso, oito na área de desempenho assistencial, um na área da qualidade percebida e dois na área do desempenho económico. Para cada indicador será definido um valor de referência. Este valor é atualizado anualmente, resultado do consenso entre os Departamentos de Contratualização das ARS e a ACES, sendo considerados os objetivos de cada plano de saúde e o histórico observado nos últimos três anos.

Paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços, cada USF implementa um plano de acompanhamento interno, promovendo assim, um processo de autoavaliação, tendo por fim atingir a acreditação.

Para se proceder a avaliação da USF, o acompanhamento dos indicadores deve ser feito pela UAG com o apoio do DCARDS, de forma automatizada, ou seja, sem trabalho adicional para os elementos da USF (Metodologia de Contratualização, 2010, MCSP, 2012).

Quando se procede à avaliação do compromisso contratualizado e se verifica que as metas foram atingidas, dá resultado à atribuição de um incentivo institucional. Contudo, o não cumprimento dos indicadores propostos pode implicar a passagem de USF Modelo B para Modelo A, ou em último recurso a extinção da USF.

As USF a que tenha sido atribuído incentivo institucional, têm que elaborar um plano para aplicação do incentivo. A elaboração deste plano permite que a iniciativa e a seleção do investimento parta da equipa. O plano para aplicação do incentivo deve descrever como será distribuído o orçamento obtido, nomeadamente na distribuição de informação técnica, na participação de conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional. Este programa deve estar enquadrado num programa de melhoria continua.

A atribuição de incentivos aos profissionais das USF é regulada pelo Decreto-lei nº 298/2007 de 22 de agosto, pela Portaria nº 301/2008 de 18 de abril, clarificados pelo “Regulamento para Cálculo das Remunerações dos Profissionais Integrados em USF de Modelo B”, homologado pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde a 23 de abril de 2008.

A renumeração dos médicos integra três elementos: a renumeração básica que está indexada a um vencimento correspondente a 35h o que equivale a uma carteira de 1550 utentes; suplementos que estão associados ao aumento da lista de utentes, aos domicílios efetuados e ao alargamento de horário; e a compensação pelo desempenho (execução de atividades específicas e da carteira adicional).

A renumeração dos enfermeiros contempla uma renumeração base, suplemento associado ao alargamento de período de funcionamento. Acresce de uma atribuição anual de incentivos financeiros. A atribuição de incentivos financeiros depende da realização de metas contratualizadas referentes a atividades resultantes de vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, de vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de diabéticos e de hipertensos.

A renumeração dos administrativos integra a renumeração base e suplemento associado ao alargamento de horário. A atribuição de incentivos financeiros é igual à dos enfermeiros.

A USF de modelo C tem como característica a existência de um contrato programa. Podem ser equipas do setor público ou privado, cooperativo ou social. São um modelo experimental

com caracter supletivo a regular por diploma próprio. Atualmente, não existe nenhuma em funcionamento.

As candidaturas aos vários modelos de USF são voluntárias. Todo o processo de construção da candidatura por parte das equipas multiprofissionais constitui uma oportunidade de reflexão e balanço sobre a qualidade dos cuidados prestados, como também das práticas organizacionais que têm moldado o funcionamento dos Centros de Saúde (Metodologia de Contratualização, 2010, MCSP, 2012).

As **Unidades de Cuidados Saúde Personalizados** (UCSP) são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros e pessoal área administrativa). A atividade das UCSP apresenta autonomia organizativa e técnica, e é integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES. As UCSP prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, continuidade, globalidade e qualidade dos mesmos, ou seja apresenta uma carteira de serviços idêntica à da USF. O que difere é o grau de exigência das metas, as da UCSP terão que ser ajustadas ao nível de meios e organização de cada unidades e as UCSP não recebem incentivos institucionais nem financeiros para os profissionais.

As UCSP devem dirigir a sua atividade pelos seguintes princípios: conciliação (assegurar a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem negligenciar os objetivos de eficiência e qualidade), cooperação (de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos de acessibilidade, globalidade e continuidade), articulação (ligação entre a atividade desenvolvida pela UCSP e as outras unidades funcionais do ACES) e avaliação (objetiva e permanente, de modo a permitir a adoção de medidas corretivas dos desvios que possam colocar em causa os objetivos do plano de ação).

O plano de ação da UCSP representa o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de modo personalizado e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

O compromisso assistencial das UCSP é composto pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços definida para estas unidades funcionais. A UCSP pode propor ou receber propostas do ACES para desenvolver as carteiras adicionais. O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador e o

ACES, da qual deve constar a afetação dos recursos necessários ao cumprimento do plano de ação e o manual de articulação entre o ACES e a UCSP.

O processo de compromisso ou contratualização interna deve integrar metas ajustadas ao grau de desenvolvimento de cada UCSP, sem prejudicar os requisitos mínimos das necessidades da população, nomeadamente garantir níveis adequados de imunização e de prevenção secundária dos problemas de saúde mais dominante e importantes para a proteção da saúde da população. (Metodologia de Contratualização, 2010, MS, 2011, MCSP, 2012)

## OBJETIVO

O objetivo geral do presente estudo é perceber como o *engagement* no trabalho medeia a relação entre o tipo de unidade de cuidados de saúde primários (USF A, USF B e UCSP) e os seus resultados (indicadores de performance de comportamento). Também se pretende verificar a correlação entre o *engagement* no trabalho e a satisfação no trabalho, uma vez que segundo Christian, Garza e Aughter (2011) são constructos diferentes, e como Alarcon e Edwards (2011) demonstraram com o seu estudo o *engagement* no trabalho é um preditor da satisfação no trabalho.

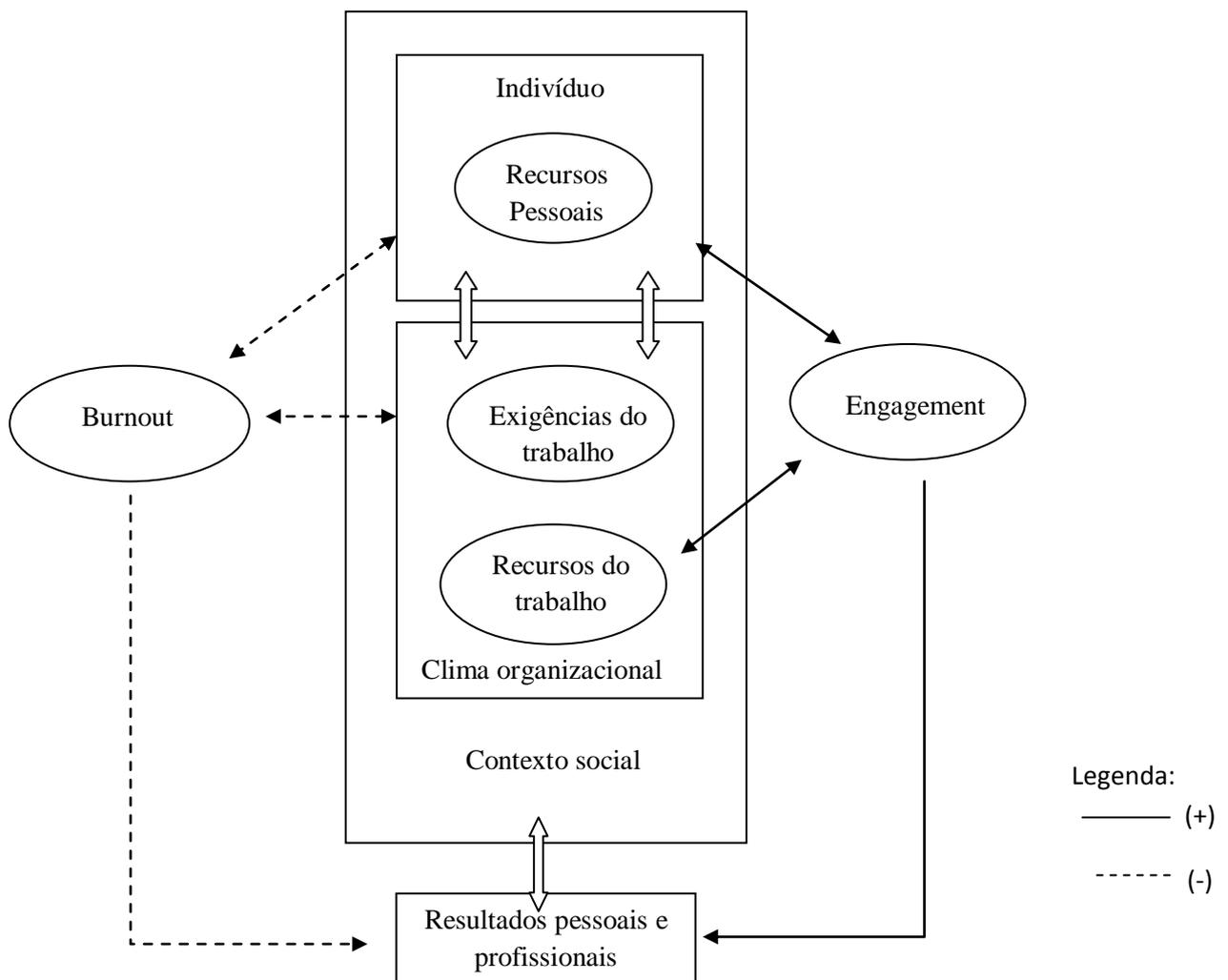


Figura 5 – Modelo conceptual do estudo

Com base no modelo das exigências-recursos do trabalho desenvolvido por Schaufeli (2011), o qual foi desenvolvido tendo por base os estudos de Schaufeli e Bakker (2004, 2009), Hakanen et al (2006, 2008), Korunka et al (2009) e Llorens et al (2006), no modelo do ganho em espiral (Schaufeli, 2011) e no modelo do contágio emocional (Schaufeli, 2011) foi desenvolvido um modelo conceptual do estudo. Como referiram Hakanen e Roodt (2010), elevados recursos do trabalho (existam ou não exigências) podem resultar em *engagement* no trabalho. Mauno, Kinnunen e Ruokolainen (2007) conseguiram estabelecer a ligação entre *engagement* com os seus preditores (recursos do trabalho). Tendo as três unidades de saúde estruturas diferentes (Biscaia et al, 2008), logo recursos e exigências diferentes, pretende-se verificar com este estudo como varia o nível de *engagement* no trabalho nos três tipos de unidades. Como Salanova, Augut e Peiró (2005) pretenderam perceber como o *engagement* no trabalho medeia a relação entre os recursos organizacionais e o clima organizacional e este precede a performance, pretende-se com este estudo perceber a relação entre o *engagement* no trabalho e os resultados profissionais (performance comportamental - medida pela satisfação do cidadão com os serviços prestados e nº de reclamações/1000 inscritos).

Sendo o *engagement* no trabalho um facilitador de comportamentos que levam à satisfação no trabalho (Alarcon e Edwards, 2011), pretende-se verificar este pressuposto. A satisfação no trabalho nos médicos de família é composta por seis fatores (Biscaia, 2010) (pressão e exigência no trabalho; condições para o exercício profissional; interesse do trabalho; adequação para o trabalho; recompensa pelo trabalho; relações interpessoais e autonomia), que são característicos de recursos e exigências. Pretende-se verificar se existe relação entre o *engagement* no trabalho e os seis fatores da satisfação no trabalho.

Com este estudo pretende-se verificar se as USF Modelo B, caracterizadas por um modo de constituição baseado na escolha voluntária dos seus elementos, uma maior autonomia funcional e uma estrutura com melhores recursos, possuem equipas com mais *engagement* no trabalho e logo com melhor performance. Sendo equipas com melhor *engagement* terão uma satisfação no trabalho maior.

**Objetivo 1:** caracterizar o *engagement* no trabalho nos três tipos de unidade de cuidados saúde primários (UCSP, USF A e USF B)

**Objetivo 2:** estudar o *engagement* no trabalho (escala com 17 perguntas e a escala com 9 perguntas) associado ao grupo profissional, ao género, ao tempo que o profissional está no centro de saúde e ao tempo que o profissional exerce a atual atividade profissional.

**Objetivo 3:** relacionar o *engagement* no trabalho com os resultados obtidos por tipo de unidade

3.1: relacionar o *engagement* no trabalho com o número de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas na satisfação do cidadão, por tipo de unidade.

3.2: relacionar o *engagement* no trabalho com o número de reclamações por mil inscritos, por tipo de unidade

**Objetivo 4:** caracterizar a satisfação no trabalho nos três tipos de unidade de cuidados de saúde primários (UCSP, USF A e USF B).

**Objetivo 5:** estudar a relação entre o *engagement* no trabalho e a satisfação no trabalho

## MÉTODOS

O estudo realizado foi um estudo observacional, transversal e analítico.

O estudo foi realizado no ACES de Cascais. A estrutura e funcionamento deste ACES (ACES XI, dos 22 que constituem a ARSLVT) tem por base o Decreto-Lei nº28/2008, a partir do qual agrupou os Centros de Saúde de Cascais e Parede. O ACES de Cascais é composto por cinco tipo de unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar (oito USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (cinco UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidade de Saúde Pública e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. São órgãos do ACES o Conselho Executivo (constituído pelo diretor executivo, que preside e pelos dois presidentes dos outros dois conselhos), o Conselho Clínico e o Conselho da Comunidade. A direção executiva possui dois serviços de apoios à gestão: o Gabinete do Cidadão e a Unidade de Apoio à Gestão (figura 6).

A direção do ACES está sediada na unidade de São João do Estoril. Esta estrutura abrange cerca de 190625 habitantes (Instituto Nacional de Estatística – censos 2011)



**Figura 6** – Organograma da estrutura funcional e organizativa dos ACES de Cascais, suas unidades funcionais e seus representantes legais

## **População e Amostra**

Para o estudo da Satisfação no trabalho e *Engagement* no trabalho foi selecionada toda a população disponível ou seja todos os profissionais do ACES de Cascais (ver tabela 2) mas como os objetivos do estudo incidem sobre as populações das USF e das UCSP, os dados trabalhados incidem apenas sobre os profissionais destas unidades.

O questionário foi disponibilizado e respondido *online*, o acesso ao mesmo foi efetuado por códigos distribuídos, individualmente e de acordo com uma listagem nominal, a cada profissional. Estes códigos (utilizador e palavra-passe) não permitiam identificar os profissionais, as respostas foram anónimas.

A participação dos profissionais foi voluntária e o preenchimento do questionário demorava cerca de 10 minutos.

A recolha dos dados decorreu durante o mês de novembro de 2011.

## **Amostra da Avaliação da Satisfação do Cidadão**

Para a realização da avaliação da Satisfação do Cidadão a seleção da amostra baseou-se no método probabilístico sistemático. Foi entregue um questionário a cada quatro pessoas que entrava na unidade e que já tivesse tido alguma consulta médica ou de enfermagem ou usufruído de outro serviço do ACES durante todo o período de funcionamento num dia predeterminado. No caso dos utentes menores de 15 anos, responderam os pais ou responsáveis (as respostas eram em relação aos cuidados com os filhos e os dados de identificação dos filhos). As pessoas que não sabiam ler ou escrever foram informadas que poderiam solicitar ajuda de um acompanhante.

O questionário foi preenchido na unidade e colocado na urna respondente.

O estudo foi realizado durante o mês de outubro de 2011 em todas unidades do ACES de Cascais, com a exceção das USP, UCC e URAP.

## **Instrumentos de Recolha de Dados**

Para o estudo do *engagement* no trabalho foi adotado a versão portuguesa do questionário “Utrecht Work Engagement Scale”, desenvolvido por Wilmar Schaufeli e Arnold Bakker (Martins, 2009). Usou-se a adaptação do questionário para português de Portugal (Santos 2011), uma vez que o do manual (Martins, 2009) estava traduzido em português do Brasil.

O questionário é composto por 17 questões, seis caracterizam a dimensão vigor (questões: 1, 4, 8, 12, 15 e 17), cinco referem-se à dimensão dedicação (questões: 2, 5, 7, 10 e 13) e as restantes seis medem a dimensão absorção.

A escala de medição das 17 questões é uma escala de 7 pontos, em que os valores mais elevados representaram uma frequência maior de ocorrência das situações descritas e zero ausência de ocorrência (0 – Nenhuma vez; 6 – Todos os dias) (ver anexo A).

Para avaliar a consistência interna da escala foi utilizado o Coeficiente de Alpha de Cronbach. Considera-se que o instrumento tem fiabilidade apropriada quando o  $\alpha$  é pelo menos 0,7 (Maroco e Garcia-Marques, 2006). Obteve-se um alpha de cronbach para o questionário UWES 17 de 0,90, o que é bastante bom. Para o questionário com 9 perguntas (UWES 9) obteve-se um alpha de cronbach de 0,89, que também é bastante bom.

Este questionário encontra-se validado em vários estudos, nomeadamente em estudos que clarificam o papel do *engagement* nos processos relacionados à saúde e bem-estar do trabalhador (Martins, 2009). Em Portugal também já foram realizados estudos com esta escala (Marques Pinto e Chambel, 2008). Esta versão do questionário foi validada para a população em estudo por Jaime Martins (Martins, 2012).

Para a avaliação da satisfação no trabalho foi utilizado o questionário desenvolvido por André Biscaia (Biscaia, 2010).

O questionário é constituído por 22 questões, que permitem avaliar seis fatores relativos a seis dimensões da satisfação no trabalho: fator 1 - pressão e exigência no trabalho (questões 2, 3, 4, 5 e 15), fator 2 - condições para o exercício profissional (questões 19, 21 e 22), fator 3 - interesse do trabalho (questões 1, 7, 8 e 9), fator 4 - adequação para o trabalho (questões 16, 17, 18 e 20), fator 5 - recompensa pelo trabalho (questões 12, 13 e 14) e fator 6 - relações interpessoais e autonomia (questões 6, 10 e 11).

Para responder às 22 questões é utilizada uma escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1 e 5, sendo 1 a menor pontuação possível (máxima insatisfação – muito em desacordo) e 5 a maior pontuação possível (a máxima satisfação – muito de acordo), o 3 é o ponto médio, acima do qual há satisfação e abaixo há insatisfação.

Este questionário encontra-se validado (validades de conteúdo e teórica adequadas e alpha cronbach global de 0,8245) para os médicos de clinica geral e médicos de medicina geral e familiar portugueses (Biscaia, 2010) e já foi utilizado nos outros grupos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários em vários ACES com resultados relevantes e interpretáveis (ACES Cascais, 2012) (ver anexo B).

A avaliação da satisfação do cidadão foi medida com um questionário adaptado do Questionário Europep do Centro de Estudos e Investigação em saúde da Faculdade de Economia de Coimbra (ACES Cascais, 2011)

O questionário é composto por quatro partes. Na parte A foram avaliadas áreas de satisfação e insatisfação dos utilizadores do ACES de Cascais em relação aos médicos (da questão 1 à 9), aos enfermeiros (da questão 10 à 18), aos secretários clínicos (da questão 19 à 26) e à organização, acessibilidade e conforto (da questão 27 à 37). Com a parte B obtiveram-se avaliações globais em relação ao médico de família e à unidade onde está inscrito (questão 38 e 39), com a parte C avaliações sobre o Gabinete do Cidadão (da questão 40 à 42). A parte D permitiu a caracterização do respondente.

A escala de medição da parte A do questionário é uma escala de 5 pontos, sendo o valor 1 correspondente ao mau e o 5 a excelente (ver anexo C).

Para se considerar como meta atingida, que existe satisfação numa dada área (parte A do questionário), tem que se obter uma percentagem de 50% ou mais de respostas nas duas opções mais elevadas (muito boa ou excelente) das cinco existentes e simultaneamente 15% ou menos nas duas mais baixas (razoável ou má).

As variáveis com relevância para o estudo são (ver anexo D):

- o tempo que exerce no centro de saúde,
- as metas atingidas na avaliação da satisfação do cidadão (parte A do questionário),
- o número de reclamações por mil inscritos,
- a satisfação no trabalho,

- o estado de *engagement* no trabalho dos profissionais e
- tipo de unidade.

O tipo de unidade considerado para o estudo são as UCSP, USF A e USF B e candidatas ao modelo B (que serão tratadas apenas por USF B). Decidiu-se agrupar as USF B e as candidatas ao modelo B no mesmo grupo, uma vez que as USF candidatas ao modelo B já possuem uma estrutura, funcionamento e dinâmica semelhantes às das B, para se poderem candidatar a este modelo

Na base de dados as variáveis são:

- satisfação no trabalho é representada por pontuação global,
- *engagement* no trabalho é representado por UWES17, quando se usa o questionário completo,
- *engagement* no trabalho é representado por UWES9, quando se usam apenas 9 das 17 questões (excluem-se as perguntas 2, 3, 6, 12, 13, 15, 16 e 17, segundo Martins, 2009).

### **Análise Estatística dos Dados**

Para a análise dos dados obtidos, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 18).

Segundo Laureano (2011) aplica-se o teste paramétrico *One-way ANOVA* quando se está perante uma variável quantitativa (dependente) e se pretende comparar a sua média em dois ou mais grupos populacionais independentes (k grupos) definidos por uma variável qualitativa (independente).

Usou-se este teste para verificar a diferença entre as médias do *engagement* no trabalho (variável dependente, quantitativa) nos três diferentes tipos de unidade (variável independente, qualitativa nominal) e para verificar a diferença entre as médias da satisfação no trabalho (variável dependente, quantitativa) nos três tipos de unidade (variável dependente, qualitativa nominal) e ainda para verificar a diferença de médias do *engagement* no trabalho

(variável dependente, quantitativa) e os diferentes grupos profissionais (variável independente, qualitativa).

Para a execução do teste *one-way ANOVA* é necessário a verificação de pressuposto, nomeadamente: a independência das amostras e a homogeneidade das variâncias da variável dependente.

Para verificar a homogeneidade das variâncias realiza-se o teste de Levene, cujas hipóteses são:

H<sub>0</sub>: os grupos de profissionais, definidos pela variável independente, têm a mesma variância da variável dependente obtida, ou seja, a variância é idêntica entre os grupos

H<sub>a</sub>: existe pelo menos um grupo de profissionais, definido pela variável independente, que tem variância da variável dependente diferente das demais, ou seja, a variância é diferente em pelo menos um dos grupos. A regra de decisão baseia-se de não rejeitar H<sub>0</sub> se  $\text{Sig} > \alpha = 0.05$  e de rejeitar H<sub>0</sub> (aceitar H<sub>a</sub>) se  $\text{Sig} \leq \alpha = 0,05$  (Laureano, 2011).

O teste paramétrico *t* para duas amostras independentes aplica-se quando temos uma variável quantitativa (dependente) e queremos comparar a sua média em dois grupos populacionais independentes definidos pela variável qualitativa (independente) (Laureano, 2011).

Utilizou-se este teste para verificar se os valores da média do *engagement* no trabalho (variável dependente), é diferente nos dois géneros (feminino; masculino – variável independente), no tempo que os profissionais trabalham no centro de saúde (5 ou menos anos; mais de 5 anos – variável independente) e no tempo em que exerce a atual profissão (10 ou menos anos; mais de 10 anos – variável independente).

Para a execução do teste *t* para duas amostras independentes tem que se verificar dois pressupostos: a independência das amostras e as duas amostras serem retiradas de populações normalmente distribuídas. Este teste apenas se pode aplicar se conhecer a relação das variâncias, a qual é dada pelo teste de Levene (Laureano, 2011).

Para perceber a relação entre as metas atingidas (variável dependente) no questionário da satisfação do cidadão com a escala do *engagement* no trabalho (UWES17) moderada pelo tipo de unidade, aplicou-se o teste Anova com dois fatores fixos.

Sendo este teste uma extensão da One-Way Anova assume os mesmos pressupostos deste modelo (Pestana e Cageiro, 2008). Como o pressuposto da homogeneidade das variâncias não foi cumprido decidiu-se aplicar outros testes. Assim, para verificar a diferença entre as médias

das metas atingidas no questionário da satisfação do cidadão (variável dependente) por tipo de unidade (variável independente) aplicou-se o teste One-Way Anova. Para testar se existe relação entre as variáveis *engagement* no trabalho (UWES17) e as metas atingidas no questionário da satisfação do cidadão aplicou-se o teste de correlação linear de Pearson, uma vez que uma das variáveis é passível de tratamento quantitativo (é uma escala de Linkert com 7 pontos) e a outra é uma variável quantitativa (nº de metas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas na satisfação do cidadão) (Laureano, 2011; Pestana e Gageiro, 2008).

O teste Anova com dois fatores fixos também foi aplicado para estabelecer a relação entre o nº de reclamações/1000 inscritos com a escala de *engagement* no trabalho moderada pelo tipo de unidade. O pressuposto da homogeneidade das variâncias também não foi cumprido. Seguiu-se um raciocínio semelhante ao anterior. Aplicou-se o teste Anova One-Way para analisar a diferença entre o nº de reclamações/1000 inscritos por tipo de unidade. Aplicou-se o teste de correlação linear de Pearson para testar se existe relação entre a escala de *engagement* no trabalho e o nº de reclamações/1000 inscritos.

Quando estamos perante duas variáveis quantitativas, uma dependente (ou explicada) e outra independente (ou explicativa) e se pretende descrever a relação linear entre elas pode-se utilizar o modelo de regressão linear simples (Laureano, 2011).

Pensou-se neste modelo para descrever a relação entre o *engagement* (variável independente) e a satisfação no trabalho (variável dependente).

Para a realização do modelo de regressão linear tem que se verificar alguns pressupostos. Dois estão implícitos: a variância amostral é diferente de zero e a variável independente é não aleatória, o que significa que estes valores são fixos mesmo recolhendo diferentes amostras. Os restantes pressupostos têm que se verificar: a relação entre as variáveis é linear; os erros (variável aleatória residual) podem ser valores positivos e negativo, logo a sua média é zero; a variância dos erros é sempre constante para qualquer valor da variável independente (homocedasticidade dos erros); os valores dos erros seguem uma distribuição normal (Laureano, 2011).

Como o pressuposto da homocedasticidade dos erros não foi cumprido não se prosseguiu com o teste, uma vez que a qualidade do modelo ficaria comprometida. Contudo, aplicou-se o teste de correlação linear de Pearson para testar se existe relação entre as duas variáveis.

Aplicou-se o teste One-Way Anova para verificar se existe diferença nas médias da satisfação no trabalho por tipo de unidade.

## RESULTADOS

Para a avaliação da satisfação no trabalho foram distribuídos 350 acessos *online*, o que corresponde à totalidade dos profissionais do ACES de Cascais em exercício no momento da avaliação, tendo sido obtidas 280 respostas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 80,0% (tabela 1). Com a seleção da população apenas para as unidades USF e UCSP, foram considerados 256 acessos *online*, dos quais se obtiveram 198 respostas, passando-se a ter uma taxa de resposta de 77,3%.

Unidade Funcional	Respondentes	Total no ACES	Taxa de resposta %
UCSP Alcabideche	13	21	61,90
UCSP Cascais	15	23	65,22
UCSP Estoril	11	15	73,33
UCSP Parede	23	29	79,31
USF Alcals	11	19	57,89
USF Artemisa	10	20	50,00
USF Cidadela	18	25	72,00
USF Costa do Estoril	16	18	88,89
USF Emergir	23	24	95,83
USF Kosmus	13	14	92,86
USF Marginal	26	27	96,30
USF S. Domingos Gusmão	19	21	90,48
EXT S.D. Rana	3	3	100,00
EXT Carcavelos	5	7	71,43
URAP	19	20	95,00
USP	10	14	71,43
UAG	16	21	76,19
CDP	5	5	100,00
UCC Cascais Care	14	14	100,00
UCC Girassol	10	10	100,00
<b>Total</b>	<b>280</b>	<b>350</b>	<b>80,00</b>

**Tabela 1** – Taxa de resposta por unidade funcional na satisfação no trabalho e *engagement* no trabalho

A população em estudo (tabela 2) apresenta 86,0% dos inquiridos do sexo feminino e 14,0% do sexo masculino. A maioria dos trabalhadores tem idade igual ou superior a 40 anos (80,1%). No que diz respeito ao regime de trabalho 71,4% dos profissionais trabalha 35h por semana, 19,4% 42h e 9,2% possui outro regime. Em relação ao tipo de contrato de trabalho a maioria (67,5%) dos inquiridos trabalha com um contrato de trabalho de funções públicas a tempo indeterminado, 12,5% possui um contrato de trabalho a termo certo, 11,8% um contrato de trabalho sem termo, 0,7% um contrato de trabalho a termo resolutivo incerto, nenhum trabalha em condições de prestação de serviços e 7,4% dos profissionais tem outro tipo de contrato. Em relação ao tempo que exerce no centro de saúde atual e ao tempo de exercício da atual profissão, 64,6% dos inquiridos exerce no centro de saúde atual há mais de 5 anos e 81,5% há mais de 10 anos que exerce a atual atividade profissional.

Variável	Categoria	População	
		N	%
Qual é o seu sexo?	Masculino	38	14,0%
	Feminino	234	86,0%
Qual é a sua idade?	Menos de 40 anos	54	19,9%
	40 anos ou mais	217	80,1%
Qual é o seu regime de trabalho?	35 horas	195	71,4%
	42 horas	53	19,4%
	Outro	25	9,2%
Que tipo de contrato tem neste Centro de Saúde?	1 Contrato de trabalho sem termo	32	11,8%
	2 Contrato de trabalho a termo certo	34	12,5%
	3 Contrato de trabalho a termo resolutivo incerto	2	0,7%
	4 Prestação de Serviços	0	,0%
	5 Contrato Trabalho Funções Públicas a tempo indeterminado	183	67,5%
	6 Outro	20	7,4%
Há quanto tempo está no Centro de Saúde acual?	5 ou menos anos	96	35,4%
	Mais de 5 anos	175	64,6%
Qual o seu tempo de exercício na atual atividade profissional?	10 ou menos anos	50	18,5%
	Mais de 10 anos	220	81,5%

**Tabela 2** – Caracterização da população na satisfação no trabalho e *engagement* no trabalho

Na caracterização da nova população por unidades funcionais, verifica-se que possui características semelhantes à população total.

De referir que as USF B no que diz respeito ao regime de trabalho são as que possui menos (55,1%) profissionais no regime das 35h por semana (20,3% no regime das 42h por semana e 24,6% em outro regime).

		Amostra por tipo de unidade					
		UCSP		USF A		USF B	
		N	N %	N	N %	N	N %
Qual é o seu sexo?	Masculino	9	16,4%	5	7,6%	14	20,3%
	Feminino	46	83,6%	61	92,4%	55	79,7%
Qual é a sua idade?	Menos de 40 anos	8	14,8%	13	19,7%	15	21,7%
	40 anos ou mais	46	85,2%	53	80,3%	54	78,3%
Qual é o seu regime de trabalho?	35 horas	40	72,7%	49	74,2%	38	55,1%
	42 horas	13	23,6%	16	24,2%	14	20,3%
	Outro	2	3,6%	1	1,5%	17	24,6%
Que tipo de contrato tem neste Centro de Saúde?	1 Contrato de trabalho sem termo	5	9,3%	6	9,1%	12	17,4%
	2 Contrato de trabalho a termo certo	4	7,4%	12	18,2%	11	15,9%
	3 Contrato de trabalho a termo resolutivo incerto	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	4 Prestação de Serviços	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	5 Contrato Trabalho Funções Públicas a tempo indeterminado	40	74,1%	46	69,7%	38	55,1%
	6 Outro	5	9,3%	2	3,0%	8	11,6%
Há quanto tempo está no Centro de Saúde atual?	5 ou menos anos	19	35,2%	29	44,6%	22	31,9%
	Mais de 5 anos	35	64,8%	36	55,4%	47	68,1%
Qual o seu tempo de exercício na atual atividade profissional?	10 ou menos anos	6	11,1%	12	18,5%	13	18,8%
	Mais de 10 anos	48	88,9%	53	81,5%	56	81,2%

**Tabela 3** – Caracterização da amostra por unidade funcional na satisfação no trabalho e *engagement* no trabalho

Nos dias em que se efetuou o estudo da avaliação da satisfação do cidadão, no total das unidades avaliadas, registaram-se 2128 contatos diretos (pessoalmente) com os serviços e foram entregues 463 questionários, o que dá uma taxa de questionários entregues (nº questionários entregues/nº de contatos diretos) de 22% (tabela 4). Apresenta apenas um desvio de 3% em relação ao previsto (taxa de 25%, 1 questionário entregue em cada 4 contatos diretos).

Contactos diretos (em pessoa) no dia do estudo	2128
Questionários entregues	463
Questionários respondidos	432
Taxa de questionários entregues (nº questionários entregues / nº de contactos diretos nas unidades estudadas)	21,8 %
Taxa de resposta (nº de questionário respondidos / nº de questionários entregues)	93,3%

**Tabela 4** – Taxa de resposta e questionários entregues na avaliação da satisfação do cidadão

No total das unidades foram entregues 463 questionários, dos quais se obtiveram 432 respostas, o que corresponde uma taxa de resposta de 93,3% (tabela 5).

Unidade Funcional	Entregues	Respondidos	Taxa de resposta %
UCSP Alcabideche	39	35	89,7
USCP Cascais	45	41	91,1
USCP Estoril	38	30	79,0
USCP Parede	32	32	100
USF Alcáis	23	23	100
USF Artemisa	41	41	100
USF Cidadela	32	30	93,8
USF Costa Estoril	34	32	94,1
USF Kosmus	24	24	100
USF Emergir	53	48	90,6
USF Marginal	37	36	97,3
USF S Domingos Gusmão	65	60	92,3
<b>Total</b>	<b>463</b>	<b>432</b>	<b>93,3</b>

**Tabela 5** – Taxa de resposta por unidade funcional na satisfação cidadão

A amostra em estudo apresenta, para qualquer tipo de unidade, maioritariamente inquiridos do sexo feminino (UCSP – 64,5%, USF A – 62,9% e USF B – 60,30%). Os graus de escolaridade predominantes para os três tipos de unidade são o ensino secundário (entre 30,4% e 34,7%), para as UCSP e USF B o ensino básico (20,7% e 28,0%) é o segundo grau de escolaridade predominante, enquanto para as USF A é o ensino superior (21,0%). Em relação à percepção que têm do seu estado de saúde a maioria considera que a sua saúde é razoável (UCSP – 56,1%, USF A – 41,4% e USF b – 48,0%).

A idade média dos inquiridos é de 56 anos nas UCSP, de 55 anos nas USF A e 54 anos nas USF B. A média de consultas para os últimos 3 meses é de 2 por pessoa (tabela 6).

Variável	Categoria	Unidade					
		USCP		USFA		USFB	
		%	média	%	média	%	média
Sexo	Masculino	35,50		37,10		39,70	
	Feminino	64,50		62,90		60,30	
Idade			56		55		54
Grau de Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	3,30		0,80		0,80	
	Sabe ler e escrever	9,90		7,30		3,20	
	Ensino básico	20,70		19,40		28,00	
	Ensino secundário	30,60		34,70		30,40	
	Ensino médio	19,00		16,90		15,20	
	Ensino superior	16,50		21,00		22,40	
Nº consultas (na unidade ou domicílio) últimos 3 meses			2		2		2
Estado de saúde	Ótima	9,80		7,00		5,60	
	Muito boa	6,50		13,30		11,20	
	Boa	22,00		28,90		31,20	
	Razoável	56,10		41,40		48,00	
	Má	5,70		9,40		4,00	

**Tabela 6** – Caraterização da amostra na avaliação satisfação cidadão

Na aplicação do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média de *engagement* no trabalho nos três tipos de unidade (UCSP, USF A e USF B), verificou-se a existência de evidência estatística para se afirmar que existe pelo menos um grupo de

profissionais, definido pelo tipo de unidade, que tem a média do *engagement* no trabalho diferente dos demais ( $F_{(2;174)} = 3,131$ ;  $p\text{-value} = 0,046$ ).

Como o pressuposto da homogeneidade das variâncias não foi cumprido, usou-se como teste post-hoc o teste de Tukey, pois é um dos mais robustos a desvios à normalidade e homogeneidade das variâncias, para amostras grandes (Maroco, 2007).

Pela análise do teste de Tukey verifica-se que existe uma diferença na média do *engagement* no trabalho dos profissionais das UCSP (4,6228) e os profissionais das USF B (4,9973). A média do *engagement* no trabalho das USF A (4,7608) não difere nem das USF B nem das UCSP.

Engagement\_UWES17

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00 UCSP	51	4,6228	1,06184	,14869	4,3242	4,9215	2,00	6,00
2,00 USF A	60	4,7608	,66910	,08638	4,5879	4,9336	3,47	6,00
3,00 USF B e candidata a B	66	4,9973	,73626	,09063	4,8163	5,1783	2,29	6,00
Total	177	4,8092	,83350	,06265	4,6856	4,9329	2,00	6,00

**Tabela 7** – Estatística descritiva dos valores da escala de *engagement* no trabalho (UWES17) por tipo de unidade

Usando-se a escala de *engagement* no trabalho com apenas 9 perguntas como variável dependente obtiveram-se resultados idênticos aos com a variável UWES17.

Também se verificou a existência de evidência estatística para se afirmar que existe pelo menos um grupo de profissionais, definido pelo tipo de unidade, que tem a média do *engagement* no trabalho diferente dos demais ( $F_{(2;177)} = 3,369$ ;  $p\text{-value} = 0,037$ ).

O pressuposto da homogeneidade das variâncias também não foi cumprido, usando-se igualmente como teste post-hoc o teste de Tukey.

Pela análise do teste de Tukey verifica-se que existe uma diferença na média do *engagement* no trabalho dos profissionais das UCSP (4,5513) e os profissionais das USF B (5,0100). A média do *engagement* no trabalho das USF A (4,7832) não difere nem das USF B nem das UCSP.

Engagement\_UWES9

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00 UCSP	52	4,5513	1,27238	,17645	4,1970	4,9055	1,22	6,00
2,00 USF A	61	4,7832	,72985	,09345	4,5963	4,9702	2,89	6,00
3,00 USF B e candidata a B	67	5,0100	,85274	,10418	4,8019	5,2180	1,44	6,00
Total	180	4,8006	,97083	,07236	4,6578	4,9434	1,22	6,00

**Tabela 8** - Estatística descritiva dos valores da escala de *engagement* no trabalho (UWES9) por tipo de unidade

Na aplicação do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média do *engagement* no trabalho nos três grupos profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos/secretários clínicos), verificou-se não existirem evidências estatísticas para se poder afirmar que o valor de *engagement* no trabalho seja significativamente diferente entre as três categorias profissionais ( $F(2,174) = 1,928$ ;  $p\text{-value} = 0,149$ ). As médias do *engagement* no trabalho variam entre 4,69 para os enfermeiros e 5,00 para os assistentes técnicos/secretários operacionais. A segunda média mais elevada pertence aos médicos (4,80).

Os testes post-hoc (Scheffe) evidenciam a não existência de diferenças significativas entre as médias de cada par de grupos profissionais.

Engagement\_UWES17

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00 Médicos	60	4,7951	,88348	,11406	4,5669	5,0233	2,29	6,00
2,00 Enfermeiros	69	4,6914	,79296	,09546	4,5009	4,8819	2,00	5,82
3,00 Ass tecnicos/sec clínicos	48	4,9963	,80968	,11687	4,7612	5,2314	2,00	6,00
Total	177	4,8092	,83350	,06265	4,6856	4,9329	2,00	6,00

**Tabela 9** – Estatística descritiva dos valores do *engagement* no trabalho (UWES17) por grupo profissional

Utilizando o UWES9 como variável dependente verificou-se que os resultados foram semelhantes, ou seja também não existem evidências estatísticas para se poder afirmar que o valor de *engagement* no trabalho seja significativamente diferente entre as três categorias profissionais ( $F(2,177) = 1,679$ ;  $p\text{-value} = 0,189$ ). As médias do *engagement* no trabalho variam entre 4,71 para os enfermeiros e 5,01 para os assistentes técnicos/secretários operacionais. A segunda média mais elevada pertence aos médicos (4,73).

Engagement\_UWES9

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00 Médicos	60	4,7278	1,05794	,13658	4,4545	5,0011	1,44	6,00
2,00 Enfermeiros	70	4,7111	,88736	,10606	4,4995	4,9227	1,89	5,89
3,00 Ass técnicos/sec clínicos	50	5,0133	,96045	,13583	4,7404	5,2863	1,22	6,00
Total	180	4,8006	,97083	,07236	4,6578	4,9434	1,22	6,00

**Tabela 10** - Estatística descritiva dos valores do *engagement* no trabalho (UWES17) por grupo profissional

Na aplicação do teste t para duas amostras independentes para se perceber se os profissionais do sexo masculino e feminino possuem em média valores de *engagement* no trabalho diferentes, verificou-se que não existem evidências estatísticas para se afirmar que a média do *engagement* no trabalho nas mulheres é diferente do dos homens ( $t_{(173)} = 0,897$ ; p-value = 0,371). De facto a média do *engagement* no trabalho das mulheres (4,80) é muito idêntica à dos homens (4,96). O género não influencia o *engagement* no trabalho.

Qual é o seu sexo?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Engagement no trabalho_UWES17 Masculino	25	4,9553	,78265	,15653
Feminino	150	4,7965	,82543	,06740

**Tabela 11** – Estatística descritiva dos valores de *engagement* no trabalho (UWES17) por género

Utilizando o Uwes9 como variável dependente obtiveram-se resultados idênticos, verificou-se a não existência de evidências estatísticas para se afirmar que a média do *engagement* no trabalho nas mulheres é diferente do dos homens ( $t_{(176)} = 0,780$ ; p-value = 0,437).

Qual é o seu sexo?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Engagement_UWES9 Masculino	25	4,9511	,98606	,19721
Feminino	153	4,7901	,95271	,07702

**Tabela 12** - Estatística descritiva dos valores de *engagement* no trabalho (UWES9) por género

Na aplicação do teste t para duas amostras independentes para se verificar se dois grupos diferenciados pelo tempo que trabalham no centro de saúde (5 ou menos anos; mais de 5 anos) possuem em média valores de *engagement* no trabalho diferentes, constatou-se a não

existência de evidências estatísticas para se afirmar que a média do *engagement* no trabalho no grupo de profissionais que trabalha à 5 ou menos anos no centro de saúde e o grupo que trabalha há mais de 5 anos ( $t_{(171)} = -0,827$ ;  $p\text{-value} = 0,409$ ). A média do *engagement* no trabalho do grupo de profissionais que trabalha à 5 ou menos anos (4,76) é muito idêntica à do grupo que trabalha há mais de 5 anos (4,86). O tempo de trabalho no centro de saúde não influencia o *engagement* no trabalho.

Há quanto tempo está no Centro de Saúde atual?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Engagement_UWES17	5 ou menos anos	64	4,7564	,69671	,08709
	Mais de 5 anos	109	4,8635	,88684	,08494

**Tabela 13** – Estatística descritiva dos valores de *engagement* no trabalho (UWES17) em relação ao tempo que o profissional está no centro de saúde

Usando como variável dependente o UWES9 obtiveram-se resultados idênticos em relação ao tempo que o profissional está a trabalhar no centro de saúde, também não existindo evidências estatísticas ( $t_{(174)} = -0,394$ ;  $p\text{-value} = 0,694$ ).

Há quanto tempo está no Centro de Saúde actual?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Engagement_UWES9	5 ou menos anos	64	4,7778	,78142	,09768
	Mais de 5 anos	112	4,8373	1,05218	,09942

**Tabela 14** - Estatística descritiva dos valores de *engagement* no trabalho (UWES9) em relação ao tempo que o profissional está no centro de saúde

Na aplicação do teste t para duas amostras independentes para se verificar se dois grupos diferenciados pelo tempo de exercício da atual atividade profissional (10 ou menos anos; mais de 10 anos) possuem em média valores de *engagement* no trabalho diferentes, verificou-se que não existem evidências estatísticas para se afirmar que a média do *engagement* no trabalho no grupo de profissionais que exerce a sua atual atividade profissional há 10 ou mais anos e o grupo que exerce há mais de 10 anos ( $t_{(173)} = 0,132$ ;  $p\text{-value} = 0,895$ ). A média do

*engagement* no trabalho do grupo de profissionais que exerce a sua atual atividade profissional há 10 ou menos anos (4,84) é muito idêntica à do grupo que exerce há mais de 10 anos (4,82). O tempo de exercício da atual atividade não influencia o *engagement* no trabalho.

Qual o seu tempo de exercício na atual atividade profissional? - 10 ou menos anos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Engagement_UWES17	10 ou menos anos	31	4,8368	,75479	,13556
	Mais de 10 anos	144	4,8154	,83481	,06957

**Tabela 15** – Estatística descritiva dos valores de *engagement* no trabalho (UWES17) em relação ao tempo de exercício da atual atividade profissional

Utilizando o UWES9 como variável dependente também se constatou que não existem evidências estatísticas para se afirmar que a média do *engagement* no trabalho no grupo de profissionais que exerce a sua atual atividade profissional e o grupo que exerce há mais de 10 anos ( $t_{(176)} = 0,166$ ; p-value = 0,868).

Qual o seu tempo de exercício na actual actividade profissional? - 10 ou menos anos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Engagement_UWES9	10 ou menos anos	31	4,8387	,80780	,14509
	Mais de 10 anos	147	4,8073	,98709	,08141

**Tabela 16** - Estatística descritiva dos valores de *engagement* no trabalho (UWES9) em relação ao tempo de exercício da atual atividade profissional

Verificou-se que as USF B foram as unidades que obtiveram o maior número de metas atingidas no total das avaliadas (tabela 17).

Área	Metas Atingidas		
	UCSP	USF A	USF B
Médica	2 em 9	3 em 9	5 em 9
Enfermeiros	0 em 9	0 em 9	6 em 9
Secretários Clinicos	0 em 8	0 em 8	2 em 8
Organização, Acessibilidade e Conforto	0 em 11	0 em 11	2 em 11
<b>Total</b>	<b>2 em 37</b>	<b>3 em 37</b>	<b>15 em 37</b>

**Tabela 17** – Número de metas atingidas em relação às áreas avaliadas por tipo de unidades

Na aplicação do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média do número de metas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (questionário satisfação do cidadão) nos três tipos de unidade (UCSP, USF A e USF B), verificou-se a existência de evidência estatística para se afirmar que existe pelo menos um grupo de profissionais, definido pelo tipo de unidade, que tem a média do nº metas atingidas diferente dos demais ( $F_{(2;185)} = 95,870$ ;  $p\text{-value} = 0,000$ ).

Como o pressuposto da homogeneidade das variâncias não foi cumprido, usou-se como teste post-hoc o teste de Tukey.

Pela análise do teste de Tukey verifica-se que existe uma diferença na média do número de metas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas dos profissionais das UCSP (0,0943), das USF A (0,2009) e das USF B (0,4286).

Números de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (áreas com meta atingida/ áreas avaliadas) (unidade funcional)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00 UCSP	51	,0943	,06360	,00891	,0764	,1122	,00	,16
2,00 USF A	68	,2009	,16702	,02025	,1605	,2413	,00	,41
3,00 USF B e candidata a B	69	,4286	,14331	,01725	,3941	,4630	,24	,59
Total	188	,2555	,19433	,01417	,2276	,2835	,00	,59

**Tabela 18** – Estatística descritiva do nº de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (questionário satisfação do cidadão) por tipo de unidade

Da aplicação do teste de correlação linear de Pearson para se verificar a existência de relação entre o número de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (questionário da satisfação do cidadão) e o *engagement* no trabalho verificou-se que para um nível de

significância de 0,05 não existe evidência estatística para se afirmar que existe relação entre as variáveis ( $p\text{-value} = 0,100$ ).

Na aplicação do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média do número de reclamações por 1000 inscritos nos três tipos de unidade (UCSP, USF A e USF B), verificou-se a existência de evidência estatística para se afirmar que existe pelo menos um grupo de profissionais, definido pelo tipo de unidade, que tem a média do nº de reclamações/1000 inscritos diferente dos demais ( $F_{(2;185)} = 92,437$ ;  $p\text{-value} = 0,000$ ).

Como o pressuposto da homogeneidade das variâncias não foi cumprido, usou-se como teste post-hoc o teste de Tukey.

Pela análise do teste de Tukey verifica-se que existe uma diferença na média do número de reclamações/1000 inscritos nos três tipos de unidades, assim a média nas UCSP é de 3,0451, nas USF A é de 1,4044 e nas USF B a média é de 0,5362 reclamações/1000 inscritos.

Nº de Reclamações por mil inscritos (unidade funcional)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00 UCSP	51	3,0451	1,81861	,25466	2,5336	3,5566	1,10	5,30
2,00 USF A	68	1,4044	,47894	,05808	1,2885	1,5203	,80	2,20
3,00 USF B e candidata a B	69	,5362	,28900	,03479	,4668	,6057	,20	,90
Total	188	1,5309	1,41176	,10296	1,3277	1,7340	,20	5,30

**Tabela 19** - Estatística descritiva do nº de reclamações por mil inscritos por tipo de unidade

Para se verificar a existência de relação entre o número de reclamações por mil inscritos e o *engagement* no trabalho aplicou-se o teste de correlação linear de Pearson, constatando-se que para um nível de significância de 0,05 não existe evidências estatísticas para se afirmar que existe relação entre os itens ( $p\text{-value} = 0,374$ ).

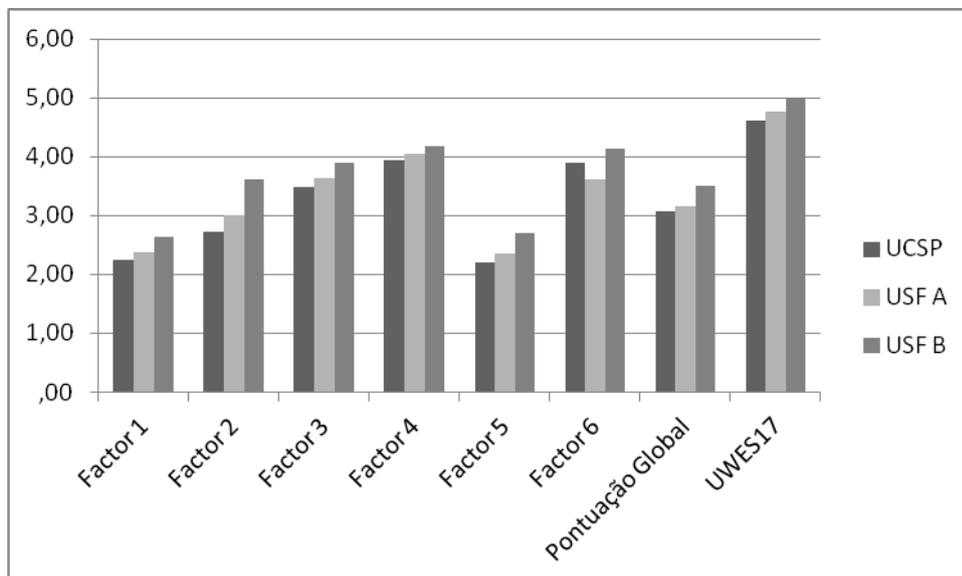
O teste de correlação linear de Pearson também foi aplicado para averiguar se existia relação entre o *engagement* no trabalho e a satisfação no trabalho. Para um nível de significância de 0,01 existem evidências estatísticas para se afirmar que as duas variáveis estão relacionadas ( $R_{(100)} = 0,508$ ;  $p\text{-value} \leq 0,001$ ). Verificou-se que existe uma relação moderada entre o *engagement* no trabalho e a satisfação no trabalho, existindo uma tendência moderada para a satisfação no trabalho aumentar quando o *engagement* no trabalho aumenta, e vice-versa

	Nº de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas	Nº de Reclamações por mil inscritos	Satisfação no trabalho	Engagement
Nº de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas	1	-,532 <sup>***</sup>	,333 <sup>***</sup>	,126 <sup>ns</sup>
Nº de Reclamações por mil inscritos		1	-,206 <sup>**</sup>	-,068 <sup>ns</sup>
Satisfação no trabalho			1	,508 <sup>***</sup>
Engagement_UWES17				1

\*\* Significativo para 0,01

\*\*\* Significativo para 0,001

**Tabela 20** – Coeficiente de correlação linear de Pearson entre variáveis satisfação no trabalho e nº áreas atingidas, nº reclamações e *engagement* no trabalho e entre *engagement* no trabalho e nº áreas atingidas, nº reclamações



**Gráfico 1** – Valores médios da satisfação no trabalho e seus fatores e do *engagement* no trabalho por tipo de unidade

As USF B possuem a pontuação média mais alta quer para a satisfação no trabalho (e seus fatores) quer para o *engagement* no trabalho.

Para perceber melhor a relação entre o *engagement* no trabalho e a satisfação no trabalho aplicou-se o teste de correlação linear de Pearson entre o *engagement* no trabalho (UWES17) e os seis fatores da satisfação no trabalho.

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Engagement
Fator 1 - Pressão e exigência no trabalho	1	,319***	,387***	,224**	,408***	,433***	,306***
Fator 2 - Condições para o exercício profissional		1	,382***	,233***	,310***	,339***	,268***
Fator 3 - Interesse do trabalho			1	,317***	,552***	,599***	,525***
Fator 4 - Adequação para o trabalho				1	,086 <sup>ns</sup>	,410***	,350***
Fator 5 - Recompensa pelo trabalho					1	,402***	,245***
Fator 6 - Relações interpessoais e autonomia						1	,412***
Engagement							1

\*\* Significativo para 0,01

\*\*\* Significativo para 0,001

**Tabela 21** – Coeficiente de correlação de Pearson entre o *engagement* no trabalho e os fatores da satisfação no trabalho

Para um nível de significância de 0,01 existem evidências estatísticas para se afirmar que o *engagement* no trabalho está relacionado com os seis fatores da satisfação no trabalho. Verifica-se que existe uma relação ligeira e direta entre os *engagement* no trabalho e os fatores 1, 2, 4 e 5 da satisfação no trabalho (o coeficiente de correlação linear varia entre 0,245 e 0,350). O fator 3 (interesse no trabalho) e o fator 6 (relações interpessoais e autonomia) relacionam-se de um modo moderado e direto com o *engagement* no trabalho, apresentando um coeficiente de correlação de 0,525 e 0,412, respetivamente.

Na realização do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média da satisfação no trabalho nos três tipos de unidade (UCSP, USF A e USF B), constatou-se a existência de evidência estatística para se afirmar que existe pelo menos um grupo de profissionais, definido pelo tipo de unidade, que tem a média da satisfação no trabalho diferente dos demais ( $F_{(2;183)} = 16,471$ ; p-value = 0,000).

Pare se perceber em que grupos (tipo de unidade) a média da satisfação no trabalho era diferente procedeu-se à realização do teste post-hoc de Scheffe.

Pela análise do teste de Scheffe verifica-se que existe uma semelhança entre as médias da UCSP (3,0606) e da USF A (3,1628), mas estas diferem da média da satisfação no trabalho das USF B (3,5027).

Pontuação Global

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00 UCSP	57	3,0606	,46540	,06164	2,9371	3,1841	1,68	3,82
2,00 USF A	62	3,1628	,50034	,06354	3,0357	3,2898	1,55	4,18
3,00 USF B e candidata a B	67	3,5027	,39570	,04834	3,4062	3,5992	2,41	4,32
Total	186	3,2539	,49060	,03597	3,1829	3,3249	1,55	4,32

**Tabela 22** – Estatística descritiva dos valores da satisfação no trabalho por tipo de unidade

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Antes de iniciar a discussão dos resultados e conclusões é de referir que existem algumas limitações do estudo. Este estudo apenas se efetuou no ACES de Cascais, seria interessante estender para outros ACES para se verificar se os resultados se replicavam. Apenas foram considerados dois itens para a avaliação da performance das unidades, e seria interessante incluir também valores de indicadores de performance económica.

O questionário da satisfação no trabalho apenas se encontra validado para os médicos de família, contudo tem sido utilizado nos outros profissionais com resultados interpretáveis.

Era de esperar que as USF modelo B possuíssem maiores valores de *engagement* no trabalho, pois são as unidades de prestação de cuidados de saúde primários com maior maturação organizacional e mais recursos.

As USF B são unidades caracterizadas por possuírem:

- equipas multiprofissionais auto-organizadas com maior amadurecimento organizacional (o trabalho em equipa é uma realidade efetiva);
- sistemas de informação eficazes (para um gestão do utente, administrativa, clinica e de desempenho);
- autonomia organizativa, funcional e técnica.
- um plano de incentivos (possuem um regime retributivo especial para todos os profissionais),
- um plano de desenvolvimento de competências e de formação.

As USF B estão preparadas para aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente, e de submeterem a unidade a um processo de acreditação. (Biscaia et al, 2008).

Pelo facto dos três tipos de unidades de cuidados de saúde primários cumprirem diferentes níveis de critérios nas seguintes áreas de diferenciação: grau de autonomia organizacional, diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, pretendeu-se com este estudo caracterizar o *engagement* no trabalho nos três tipos de unidades. Verificou-se que as USF B possuíam a maior média de pontuação de *engagement* no trabalho, sendo este valor estatisticamente diferente do valor das UCSP. O valor médio de *engagement* no trabalho das USF A não diferiu do das outras unidades. A explicação pode-se encontrar no facto desta unidade ser o passo intermédio da evolução até se chegar a uma USF B e os valores de *engagement* no trabalho aumentarem no sentido UCSP, USF A, USF B; de facto a pontuação

média de *engagement* no trabalho nas USF A é o valor intermédio desta evolução, não diferindo estatisticamente dos extremos.

Verificou-se que o *engagement* no trabalho não está relacionado com o grupo profissional, o género, o tempo que o profissional exerce no centro de saúde ou o tempo que o profissional exerce na atual atividade profissional (não existem diferenças estatisticamente significativas entre médicos, enfermeiros e assistentes técnicos/secretários, entre os dois géneros, entre os profissionais que estão há 5 ou menos anos no atual centro de saúde e os que estão há mais de 5 anos ou entre os profissionais que exercem a atual atividade há 10 ou menos anos e os que exercem há mais de 10 anos)

Era de esperar que entre grupos profissionais pudessem existir algumas diferenças (ligeiras) entre os seus valores de *engagement* no trabalho (Martins, 2009), contudo estas três categorias profissionais trabalham numa mesma estrutura organizacional estando todos ligados à mesma atividade e trabalhando em equipa, todos com uma relação estreita com os utentes dos serviços.

Quanto ao género, segundo Martins (2009) mesmo que existam diferenças significativas entre os valores de *engagement* no trabalho, na prática é pouco relevante pois a diferença é mínima. Constatou-se que quer usando o questionário completo (UWES 17) quer usando a versão resumida (UWES 9) obtiveram-se resultados idênticos para as variáveis mencionadas anteriormente. Isto vai de acordo com a teoria (Martins, 2009) que refere que quando se pretende estudar o conceito de *engagement* no trabalho como um constructo e não as suas dimensões, pode-se usar a versão resumida. Portanto, em estudos futuros onde se pretenda estudar o *engagement* no trabalho como um conceito pode-se aplicar o questionário resumido (apenas com 9 questões), poupando-se tempo e recursos.

Verificou-se que o tipo de unidade de cuidados de saúde primários que obteve melhores resultados de performance foi o correspondente às Unidades de Saúde Familiar modelo B. Foram as que obtiveram um número maior de áreas com as metas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas na satisfação do cidadão e foram as que tiveram o menor número de reclamações por mil inscritos. Apesar de não se ter verificado nenhuma relação estatisticamente significativa entre o *engagement* no trabalho e número de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas na satisfação do cidadão, e entre o *engagement* no trabalho e número de reclamações por 1000 inscritos, é de referir que o tipo de unidade (USF B) com a maior pontuação média de *engagement* no trabalho é a que possui melhores resultados.

As USF modelo B também foram as unidades em que os profissionais apresentaram maior satisfação no trabalho, tendo sido este valor estatisticamente diferente do das UCSP e das USF A.

Verificou-se que existe uma relação moderada e positiva entre o *engagement* no trabalho e a satisfação no trabalho ( $R_{(100)} = 0,508$ ;  $p\text{-value} \leq 0,001$ ).

Constatou-se, ainda, que as unidades de cuidados de saúde primários que têm os profissionais que apresentam valores de *engagement* no trabalho (5,00 numa escala de 0 a 7, onde 7 corresponde ao valor máximo de *engagement* no trabalho) e de satisfação no trabalho (3,50 numa esta de 1 a 5, representando o 5 a satisfação no trabalho máxima) mais elevados são as que apresentam melhores resultados (USF B), ou seja são as que têm o maior número de áreas com as metas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas na satisfação do cidadão (15 metas atingidas num total de 37 áreas avaliadas) e as que possuem o menor número de reclamações por mil inscritos (0,54 reclamações/1000 inscritos).

Os recursos são características físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais de um trabalho que ajudam a atingir objetivos, diminuem as exigências do trabalho e os custos físicos e psicológicos a elas associados, estimulam a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e profissional. O modelo JD-R tem um pressuposto que melhores recursos podem, através de um processo de motivação positiva, promover o *engagement* no trabalho e o compromisso organizacional (Hakanene Roodt, 2010).

Verificou-se que existia uma ligação moderada e positiva entre o *engagement* no trabalho e o fator 3 da satisfação no trabalho ( $R_{(177)} = 0,525$ ;  $p\text{-value} \leq 0,001$ ) e com o fator 6 ( $R_{(176)} = 0,412$ ;  $p\text{-value} \leq 0,001$ ). No fator 3, que representa o interesse do trabalho, o profissional manifesta o seu interesse e sentimento em relação ao trabalho bem como o reconhecimento que tem do seu trabalho. Deste modo pode-se avaliar um pouco a motivação que sente, por um lado motivação intrínseca (“sinto que o meu trabalho não é o mesmo todos os dias”; tenho interesse pelas coisas que faço”) e por outro a motivação extrínseca (“o meu trabalho é reconhecido”). Verifica-se que as USF B são as unidades que possuem maior pontuação média (3,89) no fator 3 da satisfação no trabalho.

No fator 6, que representa a relação interpessoal e autonomia, estão expressos recursos que potenciam o *engagement* no trabalho. Os recursos podem ser a nível da organização (pagamento, oportunidade de carreira), das relações interpessoais (suporte supervisor e de colegas, ambiente de trabalho), da organização do próprio trabalho (funções claras e

participação nas decisões) e da própria tarefa (variedade de competências, identidade da tarefa, autonomia, feedback da performance) (Hakanen e Roodt, 2010). O fator 6 tem implícitos recursos da própria tarefa (“tenho autonomia para organizar o meu próprio trabalho”) e relações interpessoais e sociais (“a relação com a chefias é cordial” e “a relação com os colegas é cordial”, existe um bom relacionamento com ambos). As USF B também são as unidades que possuem maior pontuação média (4,13) no fator 6 da satisfação no trabalho.

Os recursos são algo que as pessoas valorizam e esforçam-se (mantêm-se motivadas) para os obter, manter e proteger. Os recursos podem beneficiar o indivíduo, ou seja ajudam-no a lidar com as exigências do trabalho (problemas diários e stress), são exemplo desses recursos o apoio social, autonomia e o envolvimento nas tomadas de decisões. Estudos sobre o relacionamento entre pessoas demonstraram consistentemente que determinados recursos, tais como o suporte social, feedback do desempenho, a autonomia e as oportunidades de progressão de carreira estão positivamente associados com o *engagement* no trabalho.

Constata-se que as USF B, que apresentam os melhores resultados, são as unidades que apresentam melhores recursos. Recursos, esses que estão implícitos na própria constituição das USF, como por exemplo a participação das equipas na elaboração do plano para aplicação dos incentivos recebidos ou foram vistos nas respostas ao questionário da satisfação no trabalho como é exemplo as perguntas que constituem o fator 6.

Com os outros fatores da satisfação no trabalho no trabalho (pressão e exigências do trabalho; condições para o exercício profissional; adequação para o trabalho; recompensa pelo trabalho) existe uma relação ligeira positiva. O fator que possui menor relação com o *engagement* no trabalho é o fator 5 (recompensa pelo trabalho) que reflete o grau de concordância do profissional para com o salário que auferir, o posto que ocupa e com a possibilidade de promoção (recursos a nível da organização).

Pode-se concluir que as USF B são as unidades de cuidados de saúde primários que têm mais recursos, quer devido à sua própria constituição quer pela perceção obtida dos profissionais, e que apresentam os melhores resultados de performance e os profissionais com melhores valores de *engagement* no trabalho e satisfação no trabalho.

## BIBLIOGRAFIA

ACES Cascais, relatório sobre avaliação da satisfação dos cidadãos utilizadores do ACES de Cascais, de 2011

ACES Cascais, Relatório sobre satisfação no trabalho, de março de 2012

Alarcon, G.M. & Edwardes, J.M. 2011. The relationship of engagement, job satisfaction and turnover intentions. *Stress and Health*, 27:e294-e298

Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. e Taris, T.W. 2008. Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress* 3(22), 187-200

Bakker, A.B., Van Emmerik, I.J.H. & Euwema, M.C. 2006. Crossover of burnout and engagement in work team. *Work and Occupation*, 33: 464-489

Bakker, A.B. & Leiter, M.P. (Eds.). 2010a. *Work engagement: a handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press

Bakker, A.B. & Bal, P.M. 2010b. Weekly work engagement and performance: a study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83: 189-206

Bakker, A.B. & Leiter, M.P. 2010c. Where to go from here: integration and future research on work engagement, em A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.) *Work engagement: a handbook of essential theory and research*: 181-196. New York: Psychology Press

Biscaia, A. et al. 2008. *Cuidados de saúde primários em Portugal* (2ªed ver ampl). Lisboa: Padrões Culturais Editora

Biscaia, A. 2010. *A satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses*. Tese de Doutoramento. Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade de Lisboa. Lisboa

Borsade, S.G. 2002. The ripple effect: emotional contagion and its influence on group behavior. *Administrative Science Quarterly*, 47: 644-677

Direção Geral de Saúde, Centros de Saúde de terceira geração: manual para mudança, <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>, publicada em 2002

Chistian, M.S., Garza, A.S. & Slaughter, J.E. 2011. Work engagement: a quantitative review and test of its relation with tasks and contextual performance. *Personnel Psychology*, 64: 89-136

Demerouti, E. & Cropanzano, R. 2010. From thought to action: employee work engagement and job performance, em A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.) *Work engagement: a handbook of essential theory and research*: 147-163. New York: Psychology Press

Departamento de contratualização Administrações regionais de Saúde, Cuidados de Saúde Primários: Metodologia de Contratualização, [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article\\_5300/metodologiacontratualizaocsp\\_2011.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_5300/metodologiacontratualizaocsp_2011.pdf), publicada a 9 de dezembro de 2010

Hakanen, J.J. & Roodt, G. 2010. Using the job demands-resources model to predict engagement: analysing a conceptual model, em A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.) *Work engagement: a handbook of essential theory and research*: 85-101. New York: Psychology Press

JMF. ACES Cascais: nova filosofia, <http://www.vfbm.com/jmf/160-169/167/167-0809.pdf>, publicada em abril de 2009

Laureano, R.M.S. 2011. Testes *de hipóteses com SPSS – o meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Silabo

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. 2006. Qual a fiabilidade do alpha cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4:65-90

Maroco, J. 2007. *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ªed.). Lisboa: Edições silabo

Martins, P. et al. 2009. *UWES Manual – Português Br*, GEDEGH – Grupo de Estudos e pesquisas sobre Stresse e Burnout

Martins, J. 2012. *Validação da versão portuguesa do questionário utrecht work engagement para medir o engagement no trabalho nos profissionais dos cuidados de saúde primários*. Projeto de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde não publicado. ISCTE

Mauno, S., Kinnunen, V. & Puokolainen, M. 2007. Job demands and resources as antecedents of work engagement: a longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 70: 149-171

Ministério da Saúde, Orientações para organização e funcionamento das unidades de saúde personalizadas, [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_161/aprovacao\\_ucsp.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_161/aprovacao_ucsp.pdf), publicado em março de 2011

Ministério da Saúde, Reagrupamento dos centros de saúde, aspetos e princípios a ter em conta, [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_46/aces\\_reagrupamentodoscentrosdesaude\\_v20120208.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/aces_reagrupamentodoscentrosdesaude_v20120208.pdf), publicada a 8 de fevereiro de 2012

Pestana, M.H. & Cagueiro, J.N. 2008. *Análise de dados para ciências sociais – complementaridade do SPSS* (5ªed.). Lisboa: Edições Silabo

Pinto, A.M. & Chambel, M.J. 2008. *Burnout e Engagement em context organizacional*. Lisboa: Livro Horizonte

Salanova, M., Agut, S. & Peiró, J.M. 2005. Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate. *Journal of Applied Psychology*, 90: 1217-1227

Salanova, M., Schaufeli, W.B., Xanthopoulou, D. & Bakker, A.B. 2010. The gain spiral of resourcer and work engagement: sustaining a positive worklife, em A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.) *Work engagement: a handbook of essential theory and research*: 118-131. New York: Psychology Press

Santos, F.M.F.C. 2011. *A satisfação profissional e o engagement nos profissionais de saúde do ACES oeste sul*. Projeto de mestrado em gestão de Serviços de Saúde. ISCTE

Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. 2004. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25: 293-325

Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. 2010. Defining and measuring work engagement: bringing clarity to the concept, em A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.) *Work engagement: a handbook of essential theory and research*: 10-24. New York: Psychology Press

Weiss, H.M. 2002. Deconstructing job satisfaction: separating evaluation, beliefs, and affective experiences. *Human Resources Management Review*, 12: 173-194

Yunes, M.A.M. 2003. Psicologia Positiva e resiliência: o foco no individuo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8: 75-84

## **Anexos**

Anexo A – Questionário UWES

Anexo B – Questionário Satisfação no trabalho

Anexo C - Questionário Avaliação da Satisfação do Cidadão

Anexo D – Variáveis a estudar

Anexo E – Validação dos pressupostos dos testes aplicados e tabelas auxiliares dos resultados

Anexo A – Questionário *Engagement* (UWES) \* (Santos, 2011)

Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

Por favor, para responder aos itens PENSE NAS SUAS TAREFAS PROFISSIONAIS, e avalie com que frequência tem cada um dos seguintes sentimentos, crenças ou comportamentos:

Com que frequência? (0-6)

1. \_\_\_\_\_ No meu trabalho sinto-me cheio(a) de energia
2. \_\_\_\_\_ Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade
3. \_\_\_\_\_ O tempo passa a voar quando estou a trabalhar
4. \_\_\_\_\_ No meu trabalho sinto-me com força e energia
5. \_\_\_\_\_ Estou entusiasmado(a) com o meu trabalho
6. \_\_\_\_\_ Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda
7. \_\_\_\_\_ O meu trabalho inspira-me
8. \_\_\_\_\_ Quando me levanto de manha apetece-me ir trabalhar
9. \_\_\_\_\_ Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente
10. \_\_\_\_\_ Estou orgulhoso(a) do que faço neste trabalho
11. \_\_\_\_\_ Estou imerso(a) no meu trabalho
12. \_\_\_\_\_ Sou capaz de ficar a trabalhar por períodos de tempo muito longos
13. \_\_\_\_\_ O meu trabalho é desafiante para mim
14. \_\_\_\_\_ “Deixo-me ir” quando estou a trabalhar
15. \_\_\_\_\_ Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho
16. \_\_\_\_\_ É difícil desligar-me do meu trabalho
17. \_\_\_\_\_ No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem

\* Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli & bakker, 2003)  
Tradução de Alexandra Marques Pinto ([a.marquespinto@fpce.ul.pt](mailto:a.marquespinto@fpce.ul.pt))

**Anexo B – Questionário Satisfação no trabalho (Biscaia, 2010)**

<b>Muito em desacordo</b>	<b>Em desacordo</b>	<b>Nem de acordo nem em desacordo</b>	<b>De acordo</b>	<b>Muito de acordo</b>
1	2	3	4	5

- 1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias
- 2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a)
- 3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho
- 4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho
- 5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo
- 6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho
- 7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas
- 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço
- 9 - O meu trabalho é reconhecido
- 10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento)
- 11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento)
- 12 - O salário é adequado
- 13 - Ocupo o posto que mereço
- 14 - Tenho possibilidades de promoção
- 15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo fator tempo
- 16 - Sei o que se espera de mim no trabalho
- 17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar
- 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho
- 19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho
- 20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim
- 21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho
- 22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão

**Anexo C – Questionário Avaliação da Satisfação do Cidadão**

<b>Má/Mau</b>	<b>Razoável</b>	<b>Boa/Bom</b>	<b>Muito Boa/Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>
1	2	3	4	5

**Parte A**

- 1 - A pontualidade dos médicos é
- 2 - O horário de atendimento dos médicos é
- 3 - A competência dos médicos é
- 4 - A simpatia dos médicos é
- 5 - A preocupação com a sua saúde por parte dos médicos é
- 6 - O respeito com que foi tratado pelos médicos é
- 7 - O modo como a sua privacidade foi mantida pelos médicos é
- 8 - A rapidez com que foi atendido pelos médicos é
- 9 - O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos médicos é
- 10 - A pontualidade dos enfermeiros é
- 11 - O horário de atendimento dos enfermeiros é
- 12 - A competência dos enfermeiros é
- 13 - A simpatia dos enfermeiros é
- 14 - A preocupação com a sua saúde por parte dos enfermeiros é
- 15 - O respeito com que foi tratado pelos enfermeiros é
- 16 - O modo como a sua privacidade foi mantida pelos enfermeiros é
- 17 - A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros é
- 18 - O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos enfermeiros é
- 19 - A pontualidade dos administrativos é
- 20 - O horário de atendimento dos administrativos é
- 21 - A competência dos administrativos é
- 22 - A simpatia dos administrativos é
- 23 - A preocupação com a sua saúde por parte dos administrativos é
- 24 - O respeito com que foi tratado pelos administrativos é
- 25 - O modo como a sua privacidade foi mantida pelos administrativos é
- 26 - A rapidez com que foi atendido pelos administrativos é
- 27 - O apoio do pessoal de Saúde é
- 28 - A facilidade em marcar uma consulta que me sirva é
- 29 - A facilidade em falar pelo telefone é
- 30 - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família é
- 31 - O tempo que espera na sala de espera para ser atendido é
- 32 - A rapidez com que os seus problemas urgentes são resolvidos é
- 33 - O conforto da sua unidade de saúde é
- 34 - A limpeza da sua unidade de saúde é
- 35 - O horário da vacinação na sua Unidade de Saúde é

36 - A informação escrita (folhetos / cartazes) sobre o funcionamento da sua Unidade de saúde é

37 - Sinalização interna para orientação dos utentes no interior das instalações é

---

**Parte B**

38 - Se pudesse, mudava para outro médico de família

39 - Se pudesse, mudava para outro centro de saúde

---

**Parte C**

40 - Tem conhecimento de que existe um Gabinete do Cidadão, onde pode obter informações sobre este centro de saúde e fazer sugestões?

41 - Alguma vez utilizou o Gabinete do Cidadão?

42 - Acha importante que exista um Gabinete do Cidadão?

---

**Parte D**

45 - Qual é o seu sexo?

47 - Qual o maior grau de escolaridade que completou ou que está a frequentar neste momento?

49 - Em geral, diria que a sua saúde está ...

---

## Anexo D – Variáveis a estudar

<b>Variável</b>	<b>Escala</b>	<b>Gama de Valores</b>
UWES 17	Quantitativa	0 - 6
UWES 9	Quantitativa	0 - 6
Tipo unidade (USF A, USF B, UCSP)	Nominal (trepetido)	USF A, USF B e UCSP
Género do profissional	Nominal	Masculino e Feminino
Categoria profissional do profissional	Nominal (trepetido)	Médicos, Enfermeiros e Assistentes técnicos/secretários
Tempo que o profissional exerce no centro de saúde	Nominal	5 ou menos anos; mais de 5 anos
Tempo de exercício do profissional na atual atividade	Nominal	10 ou menos anos; mais de 10 anos
Satisfação no Trabalho	Quantitativa	1 - 5
Fator 1 da Satisfação no Trabalho- pressão e exigência no trabalho	Quantitativa	1 - 5
Fator 2 da Satisfação no Trabalho- condições para o exercício profissional	Quantitativa	1 - 5
Fator 3 da Satisfação no Trabalho- interesse do trabalho	Quantitativa	1 - 5
Fator 4 da Satisfação no Trabalho- adequação para o trabalho	Quantitativa	1 - 5
Fator 5 da Satisfação no Trabalho- recompensa pelo trabalho	Quantitativa	1 - 5
Fator 6 da Satisfação no Trabalho- relações interpessoais e autonomia	Quantitativa	1 - 5
Metas atingidas satisfação cidadão (por unidade)	Quantitativa	0 - 37
Nº reclamações/ 1000 inscritos (por unidade)	Quantitativa	

## Anexo E – Validação dos pressupostos dos testes aplicados e tabelas auxiliares dos resultados

Na realização do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média do *engagement* no trabalho nos três tipos de unidade (UCSP, USF A e USF B e candidatas a B), verificaram-se os pressupostos descritos a seguir.

Os profissionais da UCSP, os das USF A e os das USF B e candidatas a B não estão relacionados entre si, verificando-se assim o pressuposto da independência das amostras.

Para os profissionais dos três tipos de unidades tem-se uma grande amostra ( $N_{UCSP} = 51 > 30$ ;  $N_{USF A} = 60 > 30$ ;  $N_{USF B} = 66 > 30$ ) e pela aplicação do Teorema do Limite Central (que afirma que quando o tamanho da amostra aumenta, a distribuição amostral da sua média aproxima-se de uma distribuição normal) pode-se considerar que o pressuposto da normalidade está verificado.

Para o pressuposto da homogeneidade das variâncias verificou-se que o teste de Levene<sub>(2;174)</sub> = 8,212; Sig = 0,000 <  $\alpha = 0,05$ , rejeitando-se a hipótese nula das variâncias serem iguais, não se verificando o pressuposto.

Apesar do pressuposto não se cumprir, mas uma vez que as amostras tem dimensões semelhantes ( $N_{UCSP} = 51$ ;  $N_{USF A} = 60$ ;  $N_{USF B} = 66$ ), pode-se continuar com o teste one-way ANOVA (Laureano, 2011; Pestana e Gageiro, 2008).

**Test of Homogeneity of Variances**

Engagement\_UWES17

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
8,212	2	174	,000

**ANOVA**

Engagement\_UWES17

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,248	2	2,124	3,131	,046
Within Groups	118,024	174	,678		
Total	122,272	176			

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable:Engagement\_UWES17

	(I) Tipo de Unidade (3)	(J) Tipo de Unidade (3)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	1,00 UCSP	2,00 USF A	-,13795	,15686	,654	-,5088	,2329
		3,00 USF B e candidata a B	-,37449*	,15355	,041	-,7375	-,0115
	2,00 USF A	1,00 UCSP	,13795	,15686	,654	-,2329	,5088
		3,00 USF B e candidata a B	-,23654	,14691	,244	-,5838	,1107
3,00 USF B e candidata a B	1,00 UCSP	,37449*	,15355	,041	,0115	,7375	
	2,00 USF A	,23654	,14691	,244	-,1107	,5838	

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

**Test of Homogeneity of Variances**

Engagement\_UWES9

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
10,440	2	177	,000

**ANOVA**

Engagement\_UWES9

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,187	2	3,094	3,369	,037
Within Groups	162,521	177	,918		
Total	168,709	179			

## Multiple Comparisons

Dependent Variable: Engagement\_UWES9

	(I) Tipo de Unidade (3)	(J) Tipo de Unidade (3)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	1,00 UCSP	2,00 USF A	-,23196	,18086	,407	-,6594	,1955
		3,00 USF B e candidata a B	-,45867*	,17709	,028	-,8772	-,0401
	2,00 USF A	1,00 UCSP	,23196	,18086	,407	-,1955	,6594
		3,00 USF B e candidata a B	-,22671	,16958	,377	-,6275	,1741
3,00 USF B e candidata a B	1,00 UCSP	,45867*	,17709	,028	,0401	,8772	
	2,00 USF A	,22671	,16958	,377	-,1741	,6275	

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Na realização do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média da satisfação no trabalho nos três tipos de unidade (UCSP, USF A e USF B e candidatas a B), verificaram-se os pressupostos descritos a seguir.

Os profissionais da UCSP, os das USF A e os das USF B e candidatas a B não estão relacionados entre si, verificando-se assim o pressuposto da independência das amostras.

Para os profissionais dos três tipos de unidades tem-se uma grande amostra ( $N_{UCSP} = 57 > 30$ ;  $N_{USF A} = 62 > 30$ ;  $N_{USF B} = 67 > 30$ ) e pela aplicação do Teorema do Limite Central pode-se considerar que o pressuposto da normalidade está verificado.

Para o pressuposto da homogeneidade das variâncias verificou-se que o teste de Levene<sub>(2;183)</sub> = 1,004; Sig = 0,368 >  $\alpha = 0,05$ , não se rejeita a hipótese nula das variâncias serem iguais, verificando-se o pressuposto

## Test of Homogeneity of Variances

Pontuação Global

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,004	2	183	,368

## ANOVA

Pontuação Global

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,793	2	3,396	16,471	,000
Within Groups	37,735	183	,206		
Total	44,527	185			

## Multiple Comparisons

Dependent Variable: Pontuação Global

	(I) Tipo de Unidade (3)	(J) Tipo de Unidade (3)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Scheffe	1,00 UCSP	2,00 USF A	-,10215	,08333	,473	-,3078	,1035
		3,00 USF B e candidata a B	-,44211*	,08182	,000	-,6440	-,2402
	2,00 USF A	1,00 UCSP	,10215	,08333	,473	-,1035	,3078
		3,00 USF B e candidata a B	-,33996*	,08002	,000	-,5374	-,1425
	3,00 USF B e candidata a B	1,00 UCSP	,44211*	,08182	,000	,2402	,6440
		2,00 USF A	,33996*	,08002	,000	,1425	,5374

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Na realização do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média do *engagement* no trabalho nos três grupos profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos/secretários clínicos), verificaram-se os pressupostos descritos a seguir.

Os profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos/secretários clínicos não estão relacionados entre si, verificando-se assim o pressuposto da independência das amostras.

Para os profissionais dos três grupos profissionais tem-se uma grande amostra ( $N_{MED} = 60 > 30$ ;  $N_{ENF} = 69 > 30$ ;  $N_{AT/SC} = 48 > 30$ ) e pela aplicação do Teorema do Limite Central pode-se considerar que o pressuposto da normalidade está verificado.

Para o pressuposto da homogeneidade das variâncias verificou-se que o teste de Levene<sub>(2;174)</sub> = 1,983; Sig = 0,141 >  $\alpha = 0,05$ , não se rejeita a hipótese nula das variâncias serem iguais, verificando-se o pressuposto.

## Test of Homogeneity of Variances

Engagement\_UWES17

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,983	2	174	,141

**ANOVA**

Engagement\_UWES17

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,650	2	1,325	1,928	,149
Within Groups	119,621	174	,687		
Total	122,272	176			

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: Engagement\_UWES17

	(I) Grupo Profissional	(J) Grupo Profissional	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Scheffe	1,00 Médicos	2,00 Enfermeiros	,10371	,14636	,778	-,2577	,4651
		3,00 Ass tecnicos/sec clinicos	-,20123	,16056	,458	-,5977	,1952
	2,00 Enfermeiros	1,00 Médicos	-,10371	,14636	,778	-,4651	,2577
		3,00 Ass tecnicos/sec clinicos	-,30493	,15584	,151	-,6897	,0798
	3,00 Ass tecnicos/sec clinicos	1,00 Médicos	,20123	,16056	,458	-,1952	,5977
		2,00 Enfermeiros	,30493	,15584	,151	-,0798	,6897

**Test of Homogeneity of Variances**

Engagement\_UWES9

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,740	2	177	,179

**ANOVA**

Engagement\_UWES9

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,142	2	1,571	1,679	,189
Within Groups	165,567	177	,935		
Total	168,709	179			

## Multiple Comparisons

Engagement\_UWES9 - Scheffe

(I) Grupo Profissional	(J) Grupo Profissional	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00 Médicos	2,00 Enfermeiros	,01667	,17016	,995	-,4034	,4367
	3,00 Ass tecnicos/sec clinicos	-,28556	,18520	,307	-,7427	,1716
2,00 Enfermeiros	1,00 Médicos	-,01667	,17016	,995	-,4367	,4034
	3,00 Ass tecnicos/sec clinicos	-,30222	,17908	,243	-,7443	,1399
3,00 Ass tecnicos/sec clinicos	1,00 Médicos	,28556	,18520	,307	-,1716	,7427
	2,00 Enfermeiros	,30222	,17908	,243	-,1399	,7443

Na aplicação do teste t para duas amostras independentes para se perceber se os homens e as mulheres possuem em média valores de *engagement* no trabalho diferentes, os pressupostos foram verificados. Os profissionais do sexo masculino e feminino não estão relacionados, estando assim o pressuposto da independência verificado. Para os profissionais do sexo feminino temos uma grande amostra ( $N_F = 150 > 30$ ) e pela aplicação do Teorema do Limite Central pode-se considerar que a violação do pressuposto não tem consequências graves. Para os profissionais do sexo masculino verificando o teste da normalidade,  $SW(25) = 0,897$ ;  $Sig = 0,16 > \alpha = 0,05$ , não se rejeita a hipótese da distribuição ser normal (pressuposto verificado).

Verifica-se como o Levene = 0,104; p-value = 0,748 não se rejeita a hipótese nula, assumindo-se que as variâncias são iguais.

## Tests of Normality

Qual é o seu sexo?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Engagement_UWES17	1 Masculino	,134	25	,200*	,897	25	,016
	2 Feminino	,135	150	,000	,928	150	,000

a. Lilliefors Significance Correction

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

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Engagement_UWES17	Equal variances assumed	,104	,748	,897	173	,371	,15882	,17706	-,19065	,50830
	Equal variances not assumed			,932	33,538	,358	,15882	,17042	-,18769	,50534

Tests of Normality

Qual é o seu sexo?		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Engagement_UWES9	1 Masculino	,144	25	,195	,885	25	,009
	2 Feminino	,156	153	,000	,868	153	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Engagement_UWES9	Equal variances assumed	,319	,573	,780	176	,437	,16099	,20652	-,24658	,56855
	Equal variances not assumed			,760	31,763	,453	,16099	,21172	-,27039	,59237

Na aplicação do teste t para duas amostras independentes para se verificar se dois grupos diferenciados pelo tempo que trabalham no centro de saúde (5 ou menos anos; mais de 5 anos) possuem em média valores de *engagement* no trabalho diferentes, os pressupostos foram verificados. Os profissionais com 5 ou menos anos de trabalho no centro de saúde e os profissionais com mais de 5 anos não estão relacionados, estando assim o pressuposto da independência verificado. Como se tem uma grande amostra ( $N_{\leq 5} = 64 > 30$ ;  $N_{> 5} = 109 > 30$ ) e pela aplicação do Teorema do Limite Central pode-se considerar que o pressuposto da normalidade está verificado.

Verifica-se como o Levene = 2,515; p-value = 0,115 não se rejeita a hipótese nula, assumindo-se que as variâncias são iguais.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Engagement_UWES17	Equal variances assumed	2,515	,115	-,827	171	,409	-,10703	,12944	-,36253	,14847
	Equal variances not assumed			-,880	157,000	,380	-,10703	,12165	-,34732	,13326

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Engagement_UWES9	Equal variances assumed	2,152	,144	-,394	174	,694	-,05952	,15090	-,35734	,23830
	Equal variances not assumed			-,427	162,292	,670	-,05952	,13938	-,33475	,21570

Na aplicação do teste t para duas amostras independentes para se verificar se dois grupos diferenciados pelo tempo de exercício da atual atividade profissional (10 ou menos anos; mais de 10 anos) possuem em média valores de *engagement* no trabalho diferentes, os pressupostos foram verificados. Os profissionais com 10 ou menos anos de exercício da atual atividade profissional e os profissionais com mais de 10 anos não estão relacionados, estando assim o pressuposto da independência verificado. Como se tem uma grande amostra ( $N_{\leq 10} = 31 > 30$ ;  $N_{> 10} = 144 > 30$ ) e pela aplicação do Teorema do Limite Central pode-se considerar que o pressuposto da normalidade está verificado.

Verifica-se como o Levene = 0,249; p-value = 0,618 não se rejeita a hipótese nula, assumindo-se que as variâncias são iguais.

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Engagement_UWES17	Equal variances assumed	,249	,618	,132	173	,895	,02145	,16265	-,29959	,34249
	Equal variances not assumed			,141	47,194	,889	,02145	,15237	-,28505	,32795

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Engagement_UWES9	Equal variances assumed	,842	,360	,166	176	,868	,03145	,18952	-,34256	,40547
	Equal variances not assumed			,189	50,832	,851	,03145	,16637	-,30257	,36548

Na aplicação do teste one-way ANOVA para perceber se existe diferenças na média do número de metas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (questionário satisfação do cidadão) nos três tipos de unidade (UCSP, USF A e USF B e candidatas a B), verificaram-se os pressupostos descritos a seguir.

Os profissionais da UCSP, os das USF A e os das USF B e candidatas a B não estão relacionados entre si, verificando-se assim o pressuposto da independência das amostras.

Para os profissionais dos três tipos de unidades tem-se uma grande amostra ( $N_{UCSP} = 57 > 30$ ;  $N_{USF A} = 62 > 30$ ;  $N_{USF B} = 67 > 30$ ) e pela aplicação do Teorema do Limite Central (que afirma que quando o tamanho da amostra aumenta, a distribuição amostral da sua média aproxima-se de uma distribuição normal) pode-se considerar que o pressuposto da normalidade está verificado.

Para o pressuposto da homogeneidade das variâncias verificou-se que o teste de Levene<sub>(2;185)</sub> = 40,085; Sig = 0,000 <  $\alpha$  = 0,05, rejeitando-se a hipótese nula das variâncias serem iguais, não se verificando o pressuposto.

Apesar do pressuposto não se cumprir, mas uma vez que as amostras tem dimensões semelhantes (NUCSP = 57; NUSF A = 62; NUSF B =67), pode-se continuar com o teste one-way ANOVA (Laureano, 2011; Pestana e Gageiro, 2008).

#### Test of Homogeneity of Variances

Números de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (áreas com meta atingida/ áreas avaliadas) (unidade funcional)

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
40,085	2	185	,000

#### ANOVA

Números de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (áreas com meta atingida/ áreas avaliadas) (unidade funcional)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,594	2	1,797	95,870	,000
Within Groups	3,468	185	,019		
Total	7,062	187			

#### Multiple Comparisons

Números de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (áreas com meta atingida/ áreas avaliadas) (unidade funcional)

Tukey HSD

(I) Tipo de Unidade (3)	(J) Tipo de Unidade (3)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00 UCSP	2,00 USF A	-,10657 <sup>*</sup>	,02536	,000	-,1665	-,0466
	3,00 USF B e candidata a B	-,33424 <sup>*</sup>	,02528	,000	-,3940	-,2745
2,00 USF A	1,00 UCSP	,10657 <sup>*</sup>	,02536	,000	,0466	,1665
	3,00 USF B e candidata a B	-,22767 <sup>*</sup>	,02340	,000	-,2829	-,1724
3,00 USF B e candidata a B	1,00 UCSP	,33424 <sup>*</sup>	,02528	,000	,2745	,3940
	2,00 USF A	,22767 <sup>*</sup>	,02340	,000	,1724	,2829

**Multiple Comparisons**

Números de áreas atingidas em relação ao total de áreas avaliadas (áreas com meta atingida/ áreas avaliadas)  
(unidade funcional)

Tukey HSD

(I) Tipo de Unidade (3)	(J) Tipo de Unidade (3)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00 UCSP	2,00 USF A	-,10657 <sup>*</sup>	,02536	,000	-,1665	-,0466
	3,00 USF B e candidata a B	-,33424 <sup>*</sup>	,02528	,000	-,3940	-,2745
2,00 USF A	1,00 UCSP	,10657 <sup>*</sup>	,02536	,000	,0466	,1665
	3,00 USF B e candidata a B	-,22767 <sup>*</sup>	,02340	,000	-,2829	-,1724
3,00 USF B e candidata a B	1,00 UCSP	,33424 <sup>*</sup>	,02528	,000	,2745	,3940
	2,00 USF A	,22767 <sup>*</sup>	,02340	,000	,1724	,2829

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Para o teste One-Way Anova para verificar a existência de diferenças na média do número de reclamações/1000 inscritos pelo tipo de unidade, os pressupostos analisados foram semelhantes ao descrito para o teste anterior.

**Test of Homogeneity of Variances**

Nº de Reclamações por mil inscritos (unidade funcional)

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
242,555	2	185	,000

**ANOVA**

Nº de Reclamações por mil inscritos (unidade funcional)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	186,287	2	93,143	92,437	,000
Within Groups	186,414	185	1,008		
Total	372,701	187			

**Multiple Comparisons**

Nº de Reclamações por mil inscritos (unidade funcional)

Tukey HSD

(I) Tipo de Unidade (3)	(J) Tipo de Unidade (3)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00 UCSP	2,00 USF A	1,64069 <sup>*</sup>	,18595	,000	1,2013	2,0800
	3,00 USF B e candidata a B	2,50887 <sup>*</sup>	,18537	,000	2,0709	2,9468
2,00 USF A	1,00 UCSP	-1,64069 <sup>*</sup>	,18595	,000	-2,0800	-1,2013
	3,00 USF B e candidata a B	,86818 <sup>*</sup>	,17153	,000	,4629	1,2735
3,00 USF B e candidata a B	1,00 UCSP	-2,50887 <sup>*</sup>	,18537	,000	-2,9468	-2,0709
	2,00 USF A	-,86818 <sup>*</sup>	,17153	,000	-1,2735	-,4629

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Para o teste One-Way Anova para verificar a existência de diferenças na satisfação no trabalho pelo tipo de unidade, os pressupostos analisados foram semelhantes ao descrito anteriormente.

**Test of Homogeneity of Variances**

Pontuação Global

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,004	2	183	,368

**ANOVA**

Pontuação Global

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,793	2	3,396	16,471	,000
Within Groups	37,735	183	,206		
Total	44,527	185			

## Multiple Comparisons

Pontuação Global

Scheffe

(I) Tipo de Unidade (3)	(J) Tipo de Unidade (3)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00 UCSP	2,00 USF A	-,10215	,08333	,473	-,3078	,1035
	3,00 USF B e candidata a B	-,44211*	,08182	,000	-,6440	-,2402
2,00 USF A	1,00 UCSP	,10215	,08333	,473	-,1035	,3078
	3,00 USF B e candidata a B	-,33996*	,08002	,000	-,5374	-,1425
3,00 USF B e candidata a B	1,00 UCSP	,44211*	,08182	,000	,2402	,6440
	2,00 USF A	,33996*	,08002	,000	,1425	,5374

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

	Tipo de Unidade (3)					
	UCSP		USF A		USF B	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Fator 1- Pressão e exigência no trabalho	2,24	,69	2,38	,76	2,63	,66
Fator 2 - Condições para o exercício profissional	2,71	,80	3,01	1,00	3,61	,73
Fator 3 - Interesse do trabalho	3,48	,74	3,64	,62	3,89	,62
Fator 4 - Adequação para o trabalho	3,94	,54	4,05	,53	4,19	,38
Fator 5 - Recompensa pelo trabalho	2,20	,79	2,36	,73	2,71	,79
Fator 6 - Relações interpessoais e autonomia	3,89	,71	3,62	,83	4,13	,54
Pontuação Global	3,06	,47	3,16	,50	3,50	,40
Engagement_UWES17	4,62	1,06	4,76	,67	5,00	,74