

**VERA LÚCIA SALVADOR FERREIRA**

**SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
EM MEIO HOSPITALAR PÚBLICO, PRIVADO E  
PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA**

**Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Gonçalves da Costa**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa**

**2015**

**VERA LÚCIA SALVADOR FERREIRA**

**SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
EM MEIO HOSPITALAR PÚBLICO, PRIVADO E  
PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 09/ 07/ 2015, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º 219/2015 de 22 de maio, com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor Vasco Reis

Arguente: Professor Doutor António Amaro (Escola Superior de Saúde de Alcoitão)

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Gonçalves da Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa**

**2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Uma dissertação de mestrado tem por base um longo percurso de investigação e dedicação, que não pressupõe um trabalho individual, mas sim um esforço conjunto de vários intervenientes que, de uma forma leal, desinteressada e dedicada, nos facultam a sua colaboração.

Assim, tendo em conta os mais elementares princípios de justiça e de gratidão, apresento, nesta circunstância, os meus especiais agradecimentos:

À Senhora Professora Doutora Maria Céu Costa, pelo facto de ter aceitado orientar esta dissertação de mestrado, pela sua preciosa orientação científica, apoio, estímulo, compreensão, idoneidade, pelo seu espírito crítico e aberto, pela sua disponibilidade permanente, dedicação pessoal e empenho, que tornou exequível o desenvolvimento desta investigação.

Aos meus pais e avós, sem os quais não teria alcançado tudo o que já alcancei, por todo o apoio afetivo que sempre me souberam dar, pelo seu empenho e incentivo moral na construção não só da minha vida, mas também do meu percurso académico.

À minha irmã gémea, Carina, por ser o meu porto de abrigo, por estar sempre ao meu lado e acreditar em mim, por todo o carinho, disponibilidade, otimismo e apoio incondicional que sempre me deu. Obrigada por seres assim, um doce.

Agradeço ao meu marido, Henrique, e ao nosso príncipezinho, Rafael, por existirem, por serem os meus miminhos e o meu mais querido tesouro.

Agradeço a todos os professores que comigo partilharam do seu saber e aos meus colegas de curso, em especial à Inês e à Alexandra por me ouvirem, estarem sempre presentes e disponíveis e ficarem a fazer parte da minha vida.

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos os profissionais de saúde que participaram neste estudo, sem os quais o meu trabalho não se poderia concretizar.

A todos, o meu mais sincero e profundo agradecimento.

## RESUMO

A satisfação profissional tem sido amplamente estudada e reconhecida como fator chave em profissões com forte pendor comunicacional e relacional como as da saúde.

Com o objetivo de perceber a situação atual dos profissionais da saúde, delineou-se um estudo observacional e transversal, seguindo um modelo de análise descritivo - correlacional, com uma abordagem eminentemente quantitativa. O instrumento de recolha de dados é composto por duas partes, a primeira destinada a caracterizar a amostra em estudo, e a segunda constituída por um questionário baseado na Escala de Satisfação desenvolvida por Pais Ribeiro (2002). Na amostra, constituída por 551 profissionais da saúde entre 21 e 63 anos, contactados *online*, 74,2% (n=409) são do género feminino. Predominam médicos (72;13,1%), e enfermeiros (424; 77%); além de técnicos de radiologia (5; 0,9%); técnicos de análises clínicas (6; 1,1%); fisioterapeutas (17; 3,1%), secretários clínico/administrativo (9; 1,6%), assistentes operacionais (14; 2,5 %) e outras profissões (4; 0,7%).

Evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com o trabalho (ou algumas das suas dimensões) e as variáveis: Tipo de Gestão, Género, Idade, Estado civil, Categoria profissional, Tipo de vínculo e Tipo de horário. Nomeadamente, apesar de na amostra a maioria exercer em entidade pública (319; 57,9%), os profissionais em entidades privadas (94; 17,1%) são os mais satisfeitos, nas dimensões Segurança com o Futuro da Profissão (SFP), Apoio da Hierarquia (AH), Condições Físicas do Trabalho (CFT), e ainda na satisfação global (Escala de Satisfação Total-EST).

Globalmente, os mais satisfeitos são os mais velhos, com 50 ou mais anos, e os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

Em conclusão, este estudo suscita a necessidade de se realizar um aprofundamento das causas de satisfação dos profissionais de saúde que poderá ser auxiliado através de estudos longitudinais colmatando assim as limitações encontradas.

**Palavras-chave:** satisfação profissional, profissionais de saúde, gestão pública, gestão privada, parceria público-privada

## ABSTRACT

Job satisfaction has been widely studied and recognized as a key factor in professions with strong communication and relational penchant as health professionals.

In order to understand the current situation, we outlined an observational and cross-sectional study, following a model of descriptive analysis - correlation, with a highly quantitative approach. For this purpose we used the questionnaire of Work Satisfaction developed by Pais Ribeiro (2002). In the sample consisting of 551 health professionals between 21 and 63 years, online contacted, 74.2% (n = 409) were female. Nurses were the majority (424; 77%) and medical (72; 13.1%), as well as physiotherapists (17; 3.1%), operational assistants (14; 2.5%), clinical/administrative secretary (9; 1.6%), technical medical tests (6, 1.1%), radiology technicians (5, 0.9%), and other professions (4; 0.7%).

Statistically significant differences were evidenced between the job satisfaction (or some of its dimensions) and the variables: management type, gender, age, marital status, professional category, contract type and total time of activity. In particular, although within the sample most exercise in Public entity (319; 57.9%), professionals in private entities (94; 17.1%) are the most satisfied, in the dimensions Security the Future of the Profession (SFP), Support of the Hierarchy (AH), Physical Working Conditions (CFT), and also in overall satisfaction (Total-EST satisfaction Scale). Globally, the most satisfied are the oldest with 50 years or more, and physical therapists are more satisfied than physicians, nurses and operating assistants.

In conclusion, this study raises the need for a deepening of the causes of satisfaction of health professionals which may be assisted by longitudinal studies therefore addressing the encountered limitations.

**Keywords:** job satisfaction, health professionals, public management, private management, public-private partnership.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde  
ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado  
AH - Apoio da Hierarquia  
CFT - Condições Físicas do Trabalho  
cit. - citado  
EPE - Entidade Pública Empresarial  
ERS - Entidade Reguladora da Saúde  
EST - Escala de Satisfação com o Trabalho  
EUA - Estados Unidos da América  
GDH's - Grupos de Diagnóstico Homogêneos  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
nº - número  
ONRH - Observatório Nacional de Recursos Humanos  
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PPP - Parceria Público-Privada  
RC - Relação com Colegas  
ROTR - Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado  
SA - Sociedade Anónima  
SFP - Segurança com o Futuro da Profissão  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
SP - Satisfação com a Profissão  
SPA - Setor Público Administrativo  
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*  
WHO - World Health Organization

## ÍNDICE GERAL

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introdução .....</b>                                                 | <b>11</b> |
| <b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>                            | <b>14</b> |
| <b>1 - Satisfação Profissional .....</b>                                | <b>15</b> |
| 1.1 - Conceito e Teorias de Satisfação Profissional .....               | 15        |
| 1.2 - Fatores Intervenientes na Satisfação Profissional .....           | 29        |
| 1.3 - Determinantes da Satisfação Profissional.....                     | 32        |
| 1.4 - A Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde.....         | 36        |
| 1.4.1 - A satisfação profissional versus a satisfação dos utentes ..... | 37        |
| 1.5 - Estudos Científicos.....                                          | 39        |
| <b>2 - O Sistema de Saúde.....</b>                                      | <b>44</b> |
| 2.1 - O Sistema de Saúde Português.....                                 | 46        |
| 2.1.1 - Hospitais do sistema nacional de saúde .....                    | 49        |
| 2.1.2 - Gestão pública versus gestão privada .....                      | 53        |
| 2.2 - Profissionais dos Cuidados de Saúde .....                         | 56        |
| <b>PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>                      | <b>59</b> |
| <b>1 - Plano de Investigação.....</b>                                   | <b>60</b> |
| <b>2 - Enunciado do Problema .....</b>                                  | <b>61</b> |
| 2.1 - Justificação do Tema .....                                        | 61        |
| <b>3 - Metodologia.....</b>                                             | <b>63</b> |
| 3.1 - Desenho de Investigação .....                                     | 63        |
| 3.2 - Objetivos e Hipóteses de Investigação .....                       | 64        |
| 3.3 - Tipo de Estudo .....                                              | 65        |
| 3.4 - Definição de Dimensões e Variáveis de Estudo .....                | 65        |
| 3.4.1 - Variáveis independentes .....                                   | 66        |
| 3.4.2 - Variável dependente .....                                       | 67        |
| 3.5 - População e Amostra.....                                          | 67        |
| 3.6 - Instrumento de Colheita de Dados .....                            | 68        |
| 3.6.1 - Procedimentos de Colheita de Dados.....                         | 70        |
| 3.7 - Tratamento Estatístico dos Dados .....                            | 71        |

|                                                                                                                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.8 - Princípios Éticos.....                                                                                                                                      | 72         |
| <b>PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO .....</b>                                                                                                                          | <b>73</b>  |
| <b>1 - Apresentação e Análise dos Resultados.....</b>                                                                                                             | <b>74</b>  |
| 1.1 - Caracterização Geral da Amostra.....                                                                                                                        | 74         |
| 1.1.1 - <i>Variáveis sociodemográficas</i> .....                                                                                                                  | 74         |
| 1.1.2 - <i>Variáveis profissionais</i> .....                                                                                                                      | 75         |
| 1.1.3 - <i>Variáveis laborais</i> .....                                                                                                                           | 77         |
| 1.2 - Análise da Escala de Satisfação com o Trabalho .....                                                                                                        | 79         |
| 1.3 - Inferência Estatística .....                                                                                                                                | 83         |
| <b>2 - Discussão dos Resultados .....</b>                                                                                                                         | <b>96</b>  |
| <b>Conclusão .....</b>                                                                                                                                            | <b>104</b> |
| <b>Bibliografia.....</b>                                                                                                                                          | <b>107</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                                                                                                               | <b>i</b>   |
| <b>Anexo I - Questionário electrónico .....</b>                                                                                                                   | <b>ii</b>  |
| <b>Anexo II - Autorização para utilização de algumas questões do questionário da autoria da</b><br><b>Sr.ª Dra. Sandra Moura.....</b>                             | <b>vi</b>  |
| <b>Anexo III - Autorização para utilização do Questionário de Satisfação com o Trabalho da</b><br><b>autoria do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro .....</b> | <b>ix</b>  |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> - Hierarquia das Necessidades de Maslow .....                                                               | 21 |
| <b>Figura 2</b> - Modelo genérico de PPP para unidades hospitalares (Portugal) .....                                        | 52 |
| <b>Figura 3</b> - Evolução dos médicos e dos enfermeiros dos hospitais do SNS .....                                         | 57 |
| <b>Figura 4</b> - Fluxograma das etapas de investigação .....                                                               | 63 |
| <b>Figura 5</b> - Distribuição da idade dos inquiridos .....                                                                | 75 |
| <b>Figura 6</b> - Tempo de exercício profissional em anos.....                                                              | 76 |
| <b>Figura 7</b> - Nível de satisfação com o envolvimento e participação nos processos de<br>tomada de decisão.....          | 78 |
| <b>Figura 8</b> - Grau de concordância com a afirmação: «Profissionais satisfeitos refletem<br>doentes satisfeitos» .....   | 79 |
| <b>Figura 9</b> - Valor médio por item.....                                                                                 | 81 |
| <b>Figura 10</b> - Média dos itens da escala de satisfação com o trabalho para enfermeiros e<br>fisioterapeutas.....        | 94 |
| <b>Figura 11</b> - Média de cada dimensão da escala satisfação com o trabalho para os<br>enfermeiros e fisioterapeutas..... | 95 |
| <b>Figura 12</b> - Satisfação média global com a profissão dos enfermeiros e fisioterapeutas .....                          | 95 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> - Fatores intervenientes na satisfação profissional .....                                                                                 | 31 |
| <b>Tabela 2</b> - Hospitais da rede hospitalar com financiamento público .....                                                                            | 50 |
| <b>Tabela 3</b> - Evolução da estrutura hospitalar portuguesa .....                                                                                       | 54 |
| <b>Tabela 4</b> - Total de efetivos segundo o tipo de serviço por agrupamentos profissionais,<br>2007 .....                                               | 58 |
| <b>Tabela 5</b> - Variáveis do estudo .....                                                                                                               | 66 |
| <b>Tabela 6</b> - Informação sobre cotação dos itens do Questionário de Satisfação com o<br>Trabalho .....                                                | 69 |
| <b>Tabela 7</b> - Distribuição dos questionários on-line .....                                                                                            | 70 |
| <b>Tabela 8</b> - Nível de respostas e aceitação dos questionários enviados .....                                                                         | 70 |
| <b>Tabela 9</b> - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas .....                                                            | 75 |
| <b>Tabela 10</b> - Caracterização da amostra no que concerne às variáveis profissionais.....                                                              | 76 |
| <b>Tabela 11</b> - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis laborais.....                                                                     | 77 |
| <b>Tabela 12</b> - Distribuição da amostra de acordo com o distrito onde exerce funções.....                                                              | 78 |
| <b>Tabela 13</b> - Distribuição percentual das respostas aos 24 itens da EST .....                                                                        | 80 |
| <b>Tabela 14</b> - Distribuição dos 24 itens da EST pelas dimensões .....                                                                                 | 82 |
| <b>Tabela 15</b> - Valores mínimos e máximos teóricos, alfa de <i>Cronbach</i> , média e desvio<br>padrão para cada dimensão e para o global da EST ..... | 83 |
| <b>Tabela 16</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao tipo de gestão da<br>entidade laboral .....                                       | 84 |
| <b>Tabela 17</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao género.....                                                                       | 85 |
| <b>Tabela 18</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo à faixa etária .....                                                                 | 86 |
| <b>Tabela 19</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao estado civil.....                                                                 | 87 |
| <b>Tabela 20</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo à categoria<br>profissional.....                                                     | 88 |
| <b>Tabela 21</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao tempo de<br>exercício profissional.....                                           | 90 |
| <b>Tabela 22</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao vínculo com a<br>entidade laboral .....                                           | 91 |
| <b>Tabela 23</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo à carga horária<br>semanal.....                                                      | 92 |

|                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 24</b> - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao tipo de horário .....                                          | 93 |
| <b>Tabela 25</b> - Caracterização dos fisioterapeutas e enfermeiros no que concerne ao tipo<br>de horário .....                        | 93 |
| <b>Tabela 26</b> - Caracterização dos fisioterapeutas e enfermeiros no que concerne ao tipo<br>de gestão da entidade empregadora ..... | 93 |

## Introdução

O trabalho é um elemento fulcral na vida de todo e qualquer indivíduo, sendo fundamental que o trabalhador e a trabalhadora não sejam encarados apenas pelo prisma da utilidade económica mas como seres com natureza psíquica, social, intelectual e moral, sendo essencial que se sintam homens satisfeitos e mulheres satisfeitas tanto na vertente pessoal como laboral. As organizações existem para servir os indivíduos, que constituem os seus melhores recursos organizacionais, e condicionam o seu modo de vida.

A satisfação profissional, enquanto fenómeno, tem implicações na vida do profissional ao nível da sua saúde, qualidade de vida e bem-estar, e repercussões na organização ao nível da eficácia, eficiência e produtividade.

Estudos sobre a satisfação no trabalho iniciaram-se na década de 30 e, desde então, têm despertado o interesse de profissionais de saúde e de pesquisadores das mais diversas áreas.

Considerada a variável mais estudada em termos de comportamento organizacional (Lu, While & Barriball, 2005), a satisfação profissional surge como tema central deste trabalho. Apesar de amplamente estudado nos últimos anos (A. Batista, Vieira, Cardoso & Carvalho, 2005; Al-Hussami, 2008; G. Carvalho & Lopes, 2006; Fontes, 2009; Hespanhol, 2008; Murrells, Robinson & Griffiths, 2008; V. Batista, Santos, Santos & Duarte, 2010), não está esgotada a sua compreensão, estando ainda por caracterizar a sua importância no contexto de diferentes sistemas organizacionais, associada simultaneamente à produtividade e à realização pessoal.

Os termos “satisfação profissional” e “satisfação no trabalho” são usados como sinónimos por vários autores (Menezes, 2010; O'Reilly III, cit. por M. Martins & Santos, 2006).

A satisfação profissional foi definida como um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalho (Cunha, Rego, Cunha, Cabral-Cardoso & Neves, 2006), devendo ser encarada como uma variável da qualidade do trabalho (Vieira, Couto & Tiago, 2004). É o estado emocional que resulta da correspondência entre o que o indivíduo espera do seu trabalho e o que dele pode retirar, pelo que a insatisfação e a satisfação são os resultados possíveis do encontro entre o homem ou a mulher e os seus comportamentos, por um lado, e, por outro, as situações profissionais e aquelas que eles e elas procuram (Ripon, cit. por Ramos, 2002).

A satisfação é uma atitude que só pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções, pode ser inferida mas não pode ser observada e medida diretamente (Graça, 2010).

Os recursos humanos de uma instituição/organização são os agentes que potenciam a qualidade e a eficiência dos seus serviços (V. Batista *et al.*, 2010). E a satisfação profissional está relacionada com as atitudes positivas relativamente aos vários aspetos das atividades a realizar (Loureiro, 2005).

É sabido que colaboradores satisfeitos aumentam a satisfação dos clientes, pois têm comportamentos mais amáveis, alegres e atenciosos (Robbins, 2007). Por outro lado, segundo Heskett (1987), cit. por Barracho (2013), empregados satisfeitos conduzem a níveis elevados de qualidade de serviço.

Uma organização que tem funcionários satisfeitos, tem vantagens e potencial acrescido, dado que atrai os melhores, reduz a rotatividade do pessoal, aumenta a produtividade, reduz os custos, melhora a imagem perante a comunidade e ganha competitividade (Mezomo, 2001). A satisfação aparece associada a aspetos como eficácia, produtividade, clima, absentismo e abandono (Seco, 2000).

O interesse pela temática em apreço derivou, em grande parte, da importância do papel da gestão dos recursos humanos na vida das organizações, que pode conduzir a uma maior satisfação dos profissionais envolvidos, e da convicção de que a satisfação profissional tem um peso inegável na vida dos indivíduos. É hoje, quase unanimemente percecionada, a relação entre a satisfação no local de trabalho e o elevado desempenho dos seus profissionais, assim como a sua realização pessoal.

Segundo Spector (1997), cit. por J. Pereira (2005), existem três razões que justificam a importância de estudos sobre a satisfação no trabalho. Quando se avalia a satisfação no trabalho numa organização averigua-se até que ponto esta se esforça para tratar os empregados com honra e respeito, e verifica qual o grau de disfunção existente entre o que a organização pretende dos empregados e o que estes esperam da organização. Além disso, contribui para a tomada de decisão no sentido de melhorar as áreas mais problemáticas e para a construção de uma cultura organizacional uniforme e cada vez mais atenta às questões de género também.

O anteriormente exposto justifica a pertinência do presente estudo. Neste sentido, foi objetivo desta investigação avaliar a percepção da satisfação com o trabalho dos profissionais de saúde que exercem funções em meio hospitalar, através da aplicação do Questionário de

Satisfação com o Trabalho (EST), desenvolvida e aplicada por José Pais Ribeiro (2002). Pretendeu-se, ainda, verificar se havia relação entre a satisfação profissional e o tipo de gestão hospitalar (pública, privada, parceria) e relacionar a perceção de satisfação dos profissionais de saúde com algumas variáveis relevantes.

Para tal, delineou-se um estudo observacional e transversal, seguindo um modelo de análise descritivo-correlacional, com uma abordagem eminentemente quantitativa, recorrendo à aplicação de um inquérito eletrónico a uma amostra nacional de profissionais de saúde, selecionada pelo método de amostragem não probabilístico. A amostra era constituída por 551 profissionais de saúde. A recolha de dados decorreu no período compreendido entre 26 de fevereiro a 26 de março de 2015. Foram respeitados todos os pressupostos ético-deontológicos relativamente à investigação.

Para a recolha de dados foi utilizado um instrumento composto por duas partes: a primeira parte alude aos dados sociodemográficos e profissionais e a segunda é composta pelo Questionário de Satisfação com o trabalho de Ribeiro (2002), validada para a população portuguesa. Obtivemos autorização do autor para a sua utilização dia 17 de dezembro de 2014.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado por via informática, utilizando para o efeito o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20 para *Windows*. Recorremos a diferentes ferramentas, tanto de estatística descritiva como de estatística inferencial.

A apresentação do trabalho realizado divide-se em três partes principais. Numa primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico do estudo através da revisão de alguns conceitos entendidos como relevantes para uma melhor compreensão da temática em estudo, nomeadamente, sobre o impacto da satisfação profissional no sistema de saúde português. Na segunda parte aborda-se a metodologia, que engloba os habituais pontos fundamentais de um estudo deste tipo. Da terceira parte fazem parte a apresentação e análise dos dados obtidos, a discussão dos resultados tendo como base o quadro de referência teórico e as conclusões mais proeminentes.

# **PARTE I**

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

## 1. Satisfação Profissional

“Grande parte do tempo do dia é passado no local de trabalho e a grande verdade é que a atividade profissional tem um peso inegável na vida dos indivíduos ativos”.

Moura (2012, p.1)

A satisfação no trabalho é um dos principais temas estudados, uma vez que está intrinsecamente relacionada com a forma como o indivíduo se relaciona e se sente no seu local de trabalho e devido ao crescente interesse das instituições em valorizar o capital humano.

### 1.1. Conceito e Teorias de Satisfação Profissional

O conceito de satisfação profissional foi definido de uma forma lata há mais de cinquenta anos e, desde então, tem sido alvo de distintas conceptualizações, assumindo diferentes representações dependendo do referencial teórico adotado.

A palavra satisfação é de origem latina “*satisfactio*”, significa “ato ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; contentamento; alegria; aprazimento” (Costa & Melo, 1996, cit. por C. Ferreira, 2001, p.6).

Nem o conceito de satisfação, nem a caracterização dos fatores que a determinam têm ainda acordo dos teóricos nesta área (Tavares, 2008), e a satisfação no trabalho é encarada como um fenómeno complexo e de difícil definição (Martinez & Parguay, 2003).

A satisfação no trabalho tem sido definida quanto aos seus aspetos causais mais relevantes e ao modo como eles podem ser combinados (M. Martins & Santos, 2006). Poucos autores se preocuparam em definir satisfação no trabalho como conceito integrado que reúna na mesma definição os mais variados aspetos relacionados na literatura com o conceito de satisfação no trabalho (Martins, 1984, cit. por M. Martins & Santos, 2006).

Segundo Lu *et al.* (2005), a satisfação profissional concentra-se nos sentimentos que um indivíduo desenvolve no seu trabalho; no entanto, o que faz um trabalho satisfatório ou insatisfatório não depende apenas da natureza do trabalho, mas também da expectativa que os indivíduos têm do que o seu trabalho deve fornecer.

De acordo com Robbins (2007), a satisfação é o somatório de diversos parâmetros pois inclui componentes afetivas e cognitivas de uma experiência de trabalho.

Segundo Dejours (2007), a satisfação entende-se como um processo dinâmico que pode ter influência tanto na organização do trabalho como na vida social, isto é, o indivíduo não chega ao trabalho todos os dias como um ser novo, ele possui uma cultura que o torna num ser com características únicas e pessoais.

Para Tavares (2008), a satisfação profissional pode ser encarada como uma atitude global formada durante um determinado período de tempo, contudo, apresenta-se dinâmica uma vez que pode deteriorar-se muito mais rapidamente do que o tempo necessário para se desenvolver. Já Hespanhol (2008) salienta que a satisfação profissional pode ser encarada um estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, perante fatores que provocam mais satisfação ou são mais aceitáveis do que outros e, ainda, pode estar sujeita à influência de forças internas ou externas.

Siqueira e Padovam (2008, p.206) referem que:

embora persistam controvérsias quanto à natureza cognitiva ou afetiva da satisfação profissional, tem sido apontada como um vínculo afetivo positivo com o trabalho, e têm sido definidas como aspetos específicos deste vínculo as satisfações que se obtêm nos relacionamentos com as chefias e com os colegas de trabalho, as satisfações advindas do salário pago pela empresa, das oportunidades de promoção ofertadas pela política de gestão da empresa e, finalmente, das satisfações com as tarefas realizadas.

Ao longo do tempo, a ambivalência do conceito de satisfação profissional manifestou-se numa diversidade de interpretações, Como tal, Gordillo, cit. por Tavares (2008), a fim de conseguir uma definição operacional do conceito de satisfação profissional, realizou uma revisão em diversos autores e concluiu que esta é encarada como: i) um estado emocional (Brow, 1966; Hoppock, 1935; Locke, 1969); ii) uma atitude (Bullock, 1953; Bruggeman, 1975; Gonçalves, 1995; Smith, 1967; Yukl e Luexley, 1971); iii) uma motivação (Herzberg *et al.*, 1957; Madsen, 1973; Neuberger, 1974).

### **Satisfação no trabalho como estado emocional**

Na evolução do conceito, a satisfação profissional, foi primeiro definida como um estado emocional agradável, positivo ou de prazer, resultante da avaliação que o indivíduo faz do seu trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalho (Cunha *et al.*, 2006; Locke, 1976, cit. por Tavares, 2008), e da perceção da pessoa sobre como este satisfaz ou permite satisfazer os valores mais importantes no trabalho (Locke, 1976, cit. por Martinez & Parguay, 2003).

Distinguem-se dois componentes da satisfação no trabalho: um componente cognitivo, que diz respeito ao que o indivíduo pensa e às suas opiniões sobre o trabalho; e um componente afetivo ou emocional, que diz respeito a quão bem uma pessoa se sente em relação ao trabalho, sugerindo que a satisfação no trabalho é baseada parcialmente no que o indivíduo pensa e também parcialmente no que o indivíduo sente (Wright & Cropanzano, 2000 e Zalewska, 1999, cit. por Martinez & Paraguay, 2003). Portanto, satisfação no trabalho pode ser definida como um sentimento experimentado pelo trabalhador em resposta à situação total do trabalho (Harris, 1989, cit. por Martinez & Paraguay, 2003).

Para Davis e Newstrom (1992), cit. por Tavares (2008), a satisfação profissional é um conjunto de sentimentos favoráveis com os quais os empregados vêm o seu trabalho. Segundo Ripon, cit. por Ramos (2002), é o estado emocional que resulta da correspondência entre o que o indivíduo espera do seu trabalho e o que dele pode retirar, pelo que a insatisfação e a satisfação são os resultados possíveis do encontro entre o ser humano e os seus comportamentos, por um lado, e, por outro, as situações profissionais e aquelas que ele procura.

### **Satisfação no trabalho como uma atitude**

Em 1982, Kaluzny, cit. por Tavares (2008), define a satisfação profissional como o grau em que o pessoal da organização tem atitudes positivas face aos vários aspetos das atividades da organização.

Posteriormente, Gonçalves, em 1995, cit. por Tavares (2008), define a satisfação profissional como uma atitude global, ou então, ser aplicada a determinadas partes do cargo ocupado pelo indivíduo. Por isso, é geralmente formada durante um determinado período de tempo, na medida em que os indivíduos vão obtendo informações sobre o ambiente de trabalho e apresenta-se dinâmica, uma vez que pode deteriorar-se muito mais rapidamente do que o tempo necessário para se desenvolver.

Entende-se por atitude a disposição para agir e assumir posição perante determinadas situações (Pérez-Ramos, 1980, cit. por Paraguay & Martinez, 2003) decorrentes de conceitos, informações e emoções que resultam numa resposta favorável ou desfavorável relativamente a uma pessoa, grupo, ideia, evento ou objeto (Campbell, 1999, cit. por Paraguay & Martinez, 2003). Por sua vez, pode considerar-se que algumas atitudes podem ser conseqüentes da satisfação no trabalho, mas não a sua definição (Paraguay & Martinez, 2003).

Segundo Graça (2000), a satisfação profissional é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através de uma opinião; enquanto atitude, tem três componentes, a afetiva, a cognitiva e a comportamental (intenção comportamental ou de tendência para a ação).

### **Satisfação no trabalho como sinónimo de motivação**

Os conceitos de motivação e satisfação têm sido alvo de confusão o que tem levado a falhas ao nível da formulação de hipóteses e na seleção de instrumentos de pesquisas, especialmente naquelas destinadas a correlacionar satisfação no trabalho com produtividade (Pérez Ramos, 1980, cit. por Paraguay & Martinez, 2003). Estes dois conceitos são muito distintos: a motivação pode ser entendida como uma ação orientada à satisfação de uma necessidade, e a satisfação é um estado de bem-estar obtido com a satisfação dessa necessidade (Archer, 1978, cit. por Barracho, 2013).

A motivação manifesta a tensão gerada por uma necessidade (Steuer, 1989, cit. por Paraguay & Martinez, 2003) e conduz a ações por parte do colaborador, no sentido de alcançar determinados objetivos, fazendo mais e melhor (Schneider, 1985, cit. por Barracho, 2013). Por seu lado, a satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade (Steuer, 1989, cit. por Paraguay & Martinez, 2003) e resulta da perceção do colaborador em sentir que recebe as devidas condições de trabalho e sentir que aquilo que recebe é justo ou está de acordo com aquilo que espera obter (Schneider, 1985, cit. por Barracho, 2013).

A motivação surge como “um impulso para a satisfação em geral visando o crescimento e desenvolvimento pessoal e, como consequência o organizacional” (Lima, 1996; cit. por A. Batista *et al.*, 2005, p.86).

Portanto, a satisfação profissional é um conceito com várias facetas, incluindo geralmente a satisfação com colegas de trabalho, a remuneração, as condições de trabalho, a supervisão, a natureza do trabalho e os benefícios (Caetano, 2007). De facto, é entendido que as organizações têm a responsabilidade de proporcionar aos seus empregados trabalhos desafiantes e recompensadores, não só ao nível monetário, mas também ao nível do crescimento profissional (Robbins, 2007).

O conceito de satisfação profissional vem, assim, dar resposta a um estado emocional positivo, ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho (Tavares, 2008). Neste contexto, a satisfação profissional ocorre quando se atinge um

resultado esperado ou quando a meta é alcançada (G. Carvalho & Lopes, 2006; Hespanhol, 2008).

O ou a profissional só atingirá a satisfação quando o que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter, como remuneração adequada, segurança no emprego, ambiente harmonioso no trabalho, amizade, valorização e reconhecimento profissional, e oportunidade de trabalhar em equipa (G. Carvalho & Lopes, 2006).

Sobre o tema de satisfação profissional muitas teorias foram desenvolvidas ao longo do tempo, pelo que para melhor compreendermos este conceito achamos pertinente realizar uma resenha histórica quanto à evolução do conceito.

Uma antiga classificação dos estudiosos de satisfação no trabalho dividia as teorias sobre satisfação em dois grupos. O primeiro reunia as explicações teóricas relacionadas com as causas da satisfação, buscava especificar as variáveis relevantes e o modo como elas eram combinadas para determinar satisfação. O segundo reunia as teorias relativas ao conteúdo, tentava identificar necessidades ou valores específicos que compunham a satisfação. Todavia, essa classificação incluía como teorias de satisfação no trabalho várias outras criadas para explicar a motivação humana e não a satisfação no trabalho, o que provocou confusão e prejudicou o esclarecimento do conceito de satisfação no trabalho (Martins, 1984, cit. por M. Martins & Santos, 2006).

Ainda não parece haver consenso sobre conceitos nem sobre teorias ou modelos teóricos de satisfação no trabalho (A. Pereira, 2010; Freitas, 2011; Martinez & Paraguay, 2003).

Seguidamente vão ser abordadas, numa perspetiva temporal, as principais teorias ligadas ao conceito de satisfação profissional.

O início do estudo da satisfação profissional é comumente apontado como coincidente com a Escola Psico-Económica, que se deve fazer remontar a Taylor no ano de 1912, a partir das suas pesquisas sobre “Gestão Científica” (F. Ferreira, 2003). O primeiro estudo sobre satisfação no trabalho data de 1920 (Steuer, 1989, cit. por Martinez & Paraguay, 2003).

Frederick Taylor, através da sua experiência e conhecimentos científicos adquiridos como operário e engenheiro, apercebeu-se de um conjunto de contradições e de efeitos negativos no funcionamento interno das organizações. Estudou e aplicou métodos científicos e racionais em relação à organização do trabalho, de tal modo que, a partir de então, o funcionamento interno das empresas evoluísse no sentido da harmonia, da cooperação, do

desenvolvimento e da eficiência máxima (Tavares, 2008). Preconizou a divisão dos lucros entre patrões e trabalhadores com o objetivo de elevar, de forma generalizada e automática, a satisfação no trabalho, considerou que a única motivação do assalariado é o dinheiro, e que um ligeiro aumento de salário seria suficiente para que os trabalhadores aceitassem modificar a sua forma de trabalhar e resultasse em ganhos de produtividade (Cura & Rodrigues, 1999, cit. por Maia, 2012; M. Martins & Santos, 2006; Tavares, 2008).

Esta abordagem unidimensional de Taylor teve alguns opositores que defendiam uma perspetiva multidimensional.

Em 1933, nos Estados Unidos, surge a Escola Psicossociológica remontando aos trabalhos de Elton Mayo e seus colaboradores, em Hawthorne. A experiência de Hawthorne demonstrou a importância do fator humano nas organizações: os membros das organizações são mais eficientes e têm satisfação no trabalho desde que se lhes dê reconhecimento e importância, isto é, desde que possam também participar, decidir e escolher as modalidades de inovação e mudança da organização do trabalho (Tavares, 2008).

Mais tarde, durante a II Guerra Mundial, com o surgimento do movimento das Relações Humanas, a preocupação dos estudiosos, relativamente à satisfação no trabalho, era a de melhorar os aspetos morais do empregado através da redefinição do próprio trabalho (Cura & Rodrigues, 1999, cit. por Maia, 2012).

A Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow (1954) e a Teoria dos Fatores Higiénicos e Motivacionais de Herzberg (1966), são exemplos de teorias de conteúdo e partem do princípio que a realização das necessidades e objetivos e a atenção aos valores são os principais determinantes da satisfação no trabalho (Locke, 1976, cit. por Parreira, 2005).

A Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow foi criada em 1943 por Abraham Maslow, e propõe que as necessidades humanas são passíveis de serem hierarquizadas em cinco níveis ascendentes:

- (1) Necessidades fisiológicas – relacionadas com a sobrevivência e com a homeostase do organismo;
- (2) Necessidades de segurança – relacionadas com a segurança tanto física como emocional, familiar e social;
- (3) Necessidades sociais – representadas pelo desejo de interagir socialmente, ser estimado e aceito, de pertencer a um grupo, necessidades de amizade e de amor;

(4) Necessidade de estima – diz respeito à necessidade do indivíduo em manter a autoestima e ter a estima de outros, de desenvolver sentimentos de confiança, valor, capacidade, poder, prestígio, de ser útil e necessário;

(5) Necessidades de autorrealização (ou auto-atualização) - dizem respeito ao auto desenvolvimento e à tendência dos indivíduos em tornar reais os seus potenciais (Martinez & Paraguay, 2003).

Os cinco tipos de necessidades estão divididos em necessidades primárias e secundárias (figura 1). As necessidades primárias são as necessidades de segurança e necessidades fisiológicas, enquanto as necessidades secundárias são as necessidades de autorrealização, necessidades de estima e as necessidades sociais (Wargborn, 2008).

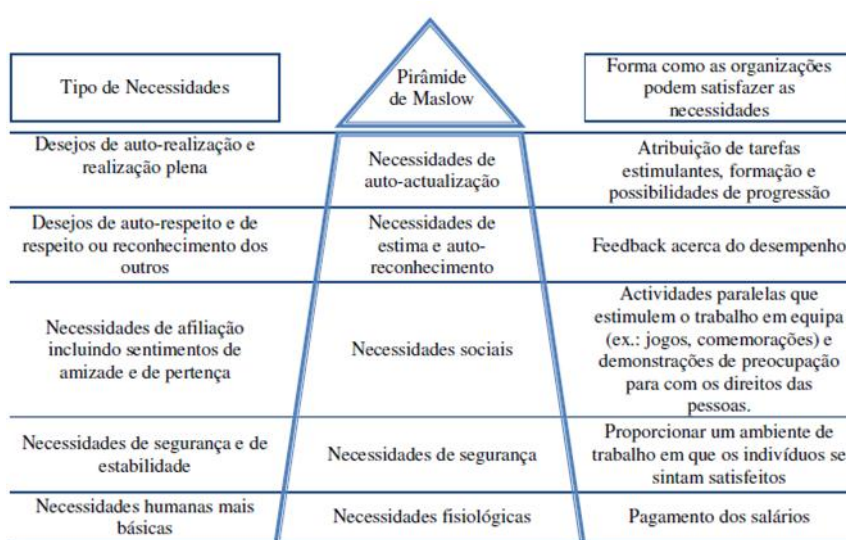


**Figura 1** - Hierarquia das necessidades de Maslow  
(Fonte: Adaptado de Wargborn, 2008)

À medida que as necessidades mais básicas são satisfeitas, surgem as necessidades dos níveis seguintes, até se chegar às mais elevadas. Porém, esta hierarquia não é rígida: necessidades mais elevadas podem surgir antes das mais básicas terem sido completamente satisfeitas, pois estes níveis podem ser interdependentes e justapostos (Maslow, 1970, cit. por Martinez & Paraguay, 2003). Já para Christensen (2002), cit. por Galhanas (2009), as necessidades de nível superior só são satisfeitas quando se consegue satisfazer as necessidades do nível imediatamente inferior.

Para Daniel e Metcalf (2005), o nível inferior das necessidades não satisfeitas na hierarquia é o principal motivador do comportamento.

De acordo com Maslow (1943), cit. por Parreira (2005), a satisfação no trabalho resulta da relação que se estabeleça entre as necessidades do indivíduo, o trabalho que desempenha e o ambiente onde o mesmo se realize, tendo em conta as suas necessidades individuais.

Segundo Pérez-Ramos (1980), cit. por Martinez e Paraguay (2003), este modelo teórico é essencial para compreender o comportamento das pessoas a nível profissional, especialmente em termos de satisfação, enfatizando a tendência humana de progredir e ultrapassar os respetivos níveis da escala hierárquica de necessidades.

De acordo com esta teoria, pode inferir-se que o trabalho tem papel importante para os indivíduos na medida em que os aspetos psicossociais do trabalho favoreçam ou dificultem a satisfação das necessidades humanas (Martinez & Paraguay, 2003).

A hierarquia das necessidades de Maslow teve um forte impacto na administração contemporânea, dando a conhecer algumas ideias úteis, a fim de ajudar os administradores a refletir a respeito da satisfação dos empregados (Davis & Newstrom, 1992, cit. por Tavares, 2008).

Esta abordagem tornou-se menos popular porque no estudo de satisfação no trabalho começou a dar-se ênfase à perspetiva de atitude (Spector, 1997, cit. por M. M. Ferreira, 2005).

Shaffer, em 1953, com o intuito de compreender a satisfação no trabalho criou a Teoria da Realização, segundo a qual a satisfação no trabalho varia diretamente com o facto e na medida em que as necessidades individuais que podem ser satisfeitas estão realmente a sê-lo.

Assim, em 1959 surge a Escola do Desenvolvimento com a Teoria dos Dois Fatores. Esta teoria foi formulada e desenvolvida por Frederick Herzberg, a partir de entrevistas feitas com 200 profissionais da área indústria de Pittsburgh. Estas procuravam identificar quais as consequências de determinados tipos de acontecimentos na vida profissional dos entrevistados, visando a determinar os fatores que os levaram a sentir-se excecionalmente felizes e aqueles que os fizeram sentir-se infelizes na situação de trabalho.

Herzberg refere que existem diferentes fatores que podem provocar ou impedir a satisfação, pelo que o oposto da satisfação profissional não é a insatisfação profissional, mas a ausência de satisfação profissional (Tavares, 2008).

Frederick Herzberg postula que existem duas ordens de fatores associados à motivação: os relacionados com a satisfação das necessidades básicas (fatores higiénicos) e os

que conduzem à satisfação no trabalho e, consequentemente, ao aumento do desempenho (fatores motivadores) (Daniel & Metcalf, 2005).

Os fatores higiênicos ou fatores extrínsecos localizam-se no ambiente que rodeia as pessoas e abrange as condições dentro das quais elas desempenham seu trabalho, tais como o salário, os benefícios sociais, o tipo de chefia ou supervisão que as pessoas recebem dos seus superiores, as condições físicas e ambientais de trabalho, as políticas e diretrizes da empresa, o clima de relações entre a empresa e as pessoas que nela trabalham, os regulamentos internos, etc. Quando os fatores higiênicos são ótimos, apenas evitam a insatisfação e, quando a elevam, não conseguem sustentá-la elevada por muito tempo. Porém, quando os fatores higiênicos são péssimos ou precários, provocam a insatisfação dos empregados.

Os fatores motivacionais ou fatores intrínsecos influenciam a satisfação no trabalho e são referentes à tarefa e à sua execução: a liberdade de criar, de inovar, de procurar formas próprias e únicas de atingir os resultados da tarefa, os sentimentos de crescimento individual e de reconhecimento profissional (Hespanhol, 2008). São denominados de fatores intrínsecos por estarem relacionados ao desenvolvimento pessoal (Herzberg, 1971, cit. por Martinez & Paraguay, 2003).

De salientar que os fatores higiênicos e motivacionais são independentes e não se articulam entre si, os fatores responsáveis pela satisfação profissional das pessoas são completamente distintos dos fatores de insatisfação profissional (Maia, 2012).

A maior contribuição de Herzberg foi identificar a importância do crescimento psicológico como condição necessária para a satisfação no trabalho e demonstrar que este crescimento vem do próprio trabalho (M. Martins & Santos, 2006).

Esta teoria teve um contributo valioso, na medida em que veio ajudar os administradores e gestores a identificar as condições que têm mais probabilidade de motivar os empregados, ficando também esclarecida a importância da própria tarefa e do seu conteúdo como fonte de motivação. Propõe, igualmente, o enriquecimento de tarefas, aumentado a responsabilidade e os objetivos inerentes ao cargo, isto é, numa organização as pessoas motivadas agem de forma diferente daquelas que funcionam apenas em consequência de estímulos externos, porque o motivo, o foco de ação, está localizado dentro de cada indivíduo (Tavares, 2008).

Porém, esta teoria recebeu críticas devido à falta de consistência empírica na divisão dos aspetos do trabalho como intrínsecos ou extrínsecos: Locke e Whiting (1974) e Locke (1976) identificaram aspetos classificados por Herzberg como motivadores, e outros

classificados como de higiene, como responsáveis tanto pela satisfação como pela insatisfação no trabalho, ou seja, que a mesma classe de eventos é responsável tanto por satisfação como por insatisfação (Martinez & Paraguay, 2003).

Outra crítica apontada é que, embora seja possível defender que todas as pessoas têm as mesmas necessidades, não é possível defender que tenham os mesmos valores, e estes diferentes valores não podem ser desconsiderados na avaliação das fontes de satisfação e insatisfação (Locke, 1976, cit. por Martinez & Paraguay, 2003).

Em 1961, Porter, partindo da questão «Quanto é que deveria ser o valor das recompensas e o que o indivíduo efetivamente recebe?», iniciou o estudo da discrepância, tendo concluído que a discrepância entre as duas respostas seria a dimensão da satisfação.

Entretanto, em 1964, na tentativa de explicar a discrepância, Katzell desenvolveu uma fórmula que determina que a diferença entre a recompensa efetiva e a recompensa desejada deve ser dividida pelo valor desta última:

$$\text{Satisfação} = 1 - (X - V / V) \quad \text{na qual: } X = \text{valor da recompensa efetiva;} \\ V = \text{valor da recompensa desejada.}$$

Posteriormente, em 1969, Locke desenvolve uma teoria da discrepância que diverge da teoria de Katzell em diversos aspetos. Defende que a satisfação no trabalho é proveniente da relação entre aquilo que cada um procura no trabalho e aquilo que obtém, quanto maior for a discrepância entre o que o indivíduo pretende alcançar no seu trabalho e o que verdadeiramente consegue, menor será a sua satisfação (Galhardo, 2007). A Teoria da Discrepância de Locke assenta na ideia de que a satisfação no trabalho resulta da existência de uma congruência entre os valores e as necessidades individuais, e os valores que podem ser alcançados através do desempenho de uma função (Ferreira *et al.*, 2001, cit. por Parreira, 2005).

Segundo Locke (1976), existem três elementos primordiais que enquadram o processo de discrepância: a satisfação com as dimensões do trabalho que se caracteriza pela avaliação afetiva, de natureza subjetiva das múltiplas dimensões do trabalho; a descrição das dimensões que são as perceções isentas de afetos, de natureza objetiva, e que se focalizam em experiências relacionadas com as especificidades do trabalho; e, por último, a relevância das dimensões do trabalho atendendo à importância que aquelas têm para o trabalhador.

Em 1964 surge a Teoria das Expectativas de Victor Vroom, que se baseou na observação de que a satisfação não depende apenas dos objetivos individuais, mas também do contexto de trabalho em que o indivíduo está inserido (Galhanas, 2009).

Segundo esta teoria, as variáveis situacionais e de personalidade produzem satisfação, ou seja, a satisfação é encarada como uma reação antecipada a um resultado ou expectativa que o empregado espera conseguir (M. Martins & Santos, 2006). Pressupõe que o bom desempenho dos indivíduos depende de três fatores: uma alta probabilidade de que os esforços conduzirão a alto desempenho; uma alta probabilidade de que o alto desempenho levará a consequências favoráveis; e as consequências favoráveis, por sua vez, lhes serão positivamente criativas. Assim, para um indivíduo estar motivado, ele precisa de dar valor ao resultado ou recompensa, precisa acreditar que um esforço adicional o levará a um desempenho melhor e, conseqüentemente, resultará em recompensas ou resultados maiores (Megginson, 1986, cit. por Tavares, 2008).

A teoria de Vroom, tal como referem Seco (2000) e Galhardo (2007), assenta então em três relações:

1. Relação esforço/desempenho → a probabilidade percebida pelo indivíduo de que o seu esforço conduzirá a um determinado desempenho e a atração ou a importância desse resultado para o indivíduo.
2. Relação desempenho/recompensa → a medida em que o indivíduo acredita que determinado desempenho conduzirá à obtenção de um resultado desejado.
3. Relação recompensa/objetivos pessoais → até que ponto as recompensas organizacionais são percebidas como atrativas, satisfazendo as necessidades ou objetivos pessoais do indivíduo.

Vroom definiu satisfação como reação antecipada a um resultado ou expectativa que o empregado espera conseguir (M. Martins & Santos, 2006). Assim, a extensão da satisfação no trabalho estaria diretamente relacionada com a extensão pela qual o trabalho é instrumental para o alcance de objetivos considerados atrativos ou valiosos para o indivíduo (Martinez & Paraguay, 2003).

Locke (1976) criticou esta definição porque o modelo de Vroom só explicava os efeitos esperados. Para os inesperados, as reações afetivas dependiam da direção da expectativa. Se fosse positiva, seriam agradáveis, se fosse negativa, seriam desagradáveis, o que permite inferir que a expectativa funcionaria como variável moderadora do processo de avaliação (M. Martins & Santos, 2006).

Posteriormente, surgiu a Teoria das Necessidades de Realização de Lofquist e Davis (1969), Porter (1962) e Wofford (1971), que postula que a satisfação no trabalho era determinada a partir do grau segundo o qual o trabalho responde às necessidades de realização

do indivíduo, básicas para o seu bem-estar (M. Martins & Santos, 2006), ou seja, a satisfação é obtida pela diferença entre o que é desejado, ou esperado, e o que é obtido (Maia, 2012).

Nos anos 1960-1970, Argyris formulou a Teoria da Imaturidade-Maturidade, segundo a qual o desenvolvimento ou crescimento do indivíduo a nível profissional depende das condições que a organização lhe oferece; a organização cria papéis e situações que mantêm a imaturidade dos empregados para os adaptar ao trabalho, o que frustra o seu desenvolvimento e os impede de alcançar a plena satisfação no trabalho (Argyris, 1969, cit. por Martinez & Paraguay, 2003). Este autor propõe mudanças nas organizações de tal forma que partindo da imaturidade seja atingida a maturidade, o que conduz a um empregado mais participativo, independente, com interesses mais profundos, comportamento mais complexo e consciência e controlo sobre si (Martinez & Paraguay, 2003).

O profissional valorizado e que se identifique com os objetivos da organização atinge um alto grau de satisfação no trabalho e maior produtividade (Pérez-Ramos, 1980, cit. por Martinez & Paraguay, 2003)

Em 1972, Wernimont propõe uma nova teoria, segundo a qual as variáveis externas como políticas da empresa, condições de trabalho, salário, entre outras, eram a causa de variáveis internas como sentimentos de satisfação ou insatisfação que, por sua vez, produziam variáveis consequentes como rotatividade, ausências e motivação no trabalho e faziam com que o sistema tivesse um funcionamento cíclico (M. Martins & Santos, 2006).

Em 1976, Locke propôs um outro modelo para explicar a satisfação no trabalho. Segundo este, a satisfação era determinada por dois amplos fatores interrelacionados, os agentes e os eventos. Os agentes caracterizavam-se por aspetos tais como o relacionamento entre os chefes, colegas e subordinados, o próprio *self* do indivíduo, as políticas da empresa e as políticas de gestão e, por sua vez, os eventos caracterizavam-se pelo trabalho em si, o pagamento, a política de promoção, o reconhecimento verbal e as condições de trabalho (M. Martins & Santos, 2006).

O trabalho não seria uma entidade, mas uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, relações, incentivos e recompensas em determinado contexto físico e social. Como tal, a satisfação no trabalho requer que o trabalho seja analisado em termos dos seus elementos constituintes, e onde satisfação no trabalho global é o resultado da satisfação com diversos elementos do trabalho (Locke, 1969, 1976, cit. por Martinez & Paraguay, 2003).

Cura e Rodrigues (1999), cit. por Maia (2012), acrescentam ainda que, à luz da Teoria de Locke, a pessoa avalia as suas experiências no trabalho utilizando a bagagem de

atitudes, crenças e valores que traz consigo, resultando num estado emocional que, se agradável, produz satisfação, se desagradável, levará à insatisfação.

Locke (1969, 1976, 1984) considerou a satisfação no trabalho como uma função da relação percebida entre o que um indivíduo quer de seu trabalho e o que ele percebe que está a obter. A satisfação no trabalho seria, então, um estado emocional prazeroso, resultante da avaliação do trabalho em relação aos valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Insatisfação no trabalho seria um estado emocional não prazeroso, resultante da avaliação do trabalho como ignorando, frustrando ou negando os valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Assim, a satisfação e insatisfação no trabalho não são fenómenos distintos, mas situações opostas de um mesmo fenómeno, ou seja, um estado emocional que se manifesta na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação) (Martinez & Paraguay, 2003).

Posteriormente, surgiu a Teoria Multifatorial de Porter e Lawler, que consiste numa versão mais completa da teoria das expectativas e considera quatro variáveis principais que condicionam a motivação: o Esforço, o Desempenho, as Recompensas e a Satisfação (Rocha, 2007). O esforço consiste na energia que os indivíduos investem numa atividade e é condicionado pelo valor da recompensa e pela probabilidade de ser recompensado pelo esforço. O desempenho é consequência do esforço e é influenciado por fatores como as próprias capacidades do indivíduo e a sua perceção acerca do seu papel. As recompensas dependem do desempenho e podem ser intrínsecas, por exemplo, a satisfação pelo dever cumprido, ou extrínsecas, como sejam as recompensas monetárias, promoções, entre outras. A satisfação deriva de todo o processo de esforço, desempenho e recompensa, salientando ainda a influência da equidade na atribuição das recompensas como fator que pode condicionar o nível de satisfação do indivíduo (Galhanas, 2009).

Neste modelo, a satisfação é determinada pelas recompensas, sobretudo em função do modo como são percebidas (Andrade, 2001, cit. por Maia, 2012). É criticada por não considerar a experiência de serviço, excluindo assim fatores que atuam na determinação da satisfação (Esperidião & Trad, 2006, cit. por Maia, 2012).

Em 1984, com Dawis e Lofquist surgiu a Teoria da Adaptação ao Trabalho, que considerou que a satisfação no trabalho é o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente de trabalho e se baseia nos seguintes pressupostos:

- 1- A adaptação da pessoa ao trabalho resulta dos níveis dos resultados satisfatórios e da satisfação da pessoa em relação ao trabalho;

2- Os resultados satisfatórios dependem da relação entre as competências e capacidades individuais, e as competências e capacidades necessárias para o desempenho da função, implicando uma relação entre o sistema de recompensas e as necessidades individuais;

3- A satisfação no trabalho depende da relação entre as necessidades individuais e o sistema de recompensas, implicando a relação entre as competências individuais e as competências requeridas;

4- As relações entre resultados satisfatórios e as competências requeridas pela função são medidas pela satisfação no trabalho;

5- As relações entre a satisfação no trabalho e as necessidades reforçadas são medidas pelos resultados satisfatórios;

6- Os níveis inadequados de satisfação ou de resultados satisfatórios podem contribuir para a saída do indivíduo da organização (despedimento ou abandono da organização) (Ferreira *et al.*, 2001, cit. por Parreira, 2005).

O surgimento de cada teoria não invalida a anterior. Pelo contrário, cada uma deve ser analisada na sua individualidade e atendendo ao contexto histórico e social em que se insere (Maia, 2012).

Nem todos os referenciais teóricos aqui anteriormente apresentados são exclusivos ou específicos sobre satisfação no trabalho, alguns contemplam a satisfação na sua relação com a motivação, a identificação com o trabalho, a produtividade e/ou qualidade de vida, alguns detêm-se na experiência do indivíduo, outros nas características subjetivas e necessidades individuais, outros no meio ou na envolvente social e outros na situação de trabalho, sendo que todos eles contribuem para uma melhor compreensão da satisfação no trabalho.

Como a satisfação no trabalho se situa no campo das subjetividades, seria muito difícil, se não impossível, encontrar padrões universais para este fenómeno (Silva, 1998, cit. por Martinez & Paraguay, 2003). Segundo Neves (2002), apesar de estas teorias examinarem o conceito sob diversos ângulos, não proporcionam uma compreensão ampla dos complexos fenómenos envolvidos.

## 1.2 - Fatores Intervenientes na Satisfação Profissional

Existem posições teóricas muito diversas em relação à natureza dos determinantes da satisfação profissional, e verifica-se que quando se tentam enumerar os fatores subjacentes à satisfação profissional, são inúmeros os encontrados.

Segundo Cunha *et al.* (2006), a análise dos fatores intervenientes da satisfação com o trabalho resulta da ponderação de três fatores: o indivíduo, o trabalho e a interação indivíduo-trabalho.

Em 1992, Cavanagh propõe três grupos influenciadores da satisfação no trabalho: diferenças na personalidade, diferenças no ambiente de trabalho e diferenças nos valores atribuídos ao trabalho.

De acordo com Martinez e Paraguay (2003), as características de personalidade mais apontadas por diversos autores como influentes na satisfação no trabalho são: o *locus* de controlo (Chan, Lai, Ko & Boey, 2000), em que o indivíduo acredita que os resultados são determinados por esforços e habilidades pessoais (Parkes, 1994); o comportamento do tipo A (Chan *et al.*, 2000), que se caracteriza por um complexo emoção-ação provocado por condições ambientais desafiadoras (Parkes, 1994); e a capacidade de enfrentar ou *coping* (Harris, 1989), que são os esforços direcionados para lidar com os conflitos (Cohen, 1987).

Atributos pessoais e sociodemográficos, tais como idade, tempo de experiência no trabalho, estado conjugal e nível de educação, podem também influenciar as diferenças de personalidade (Lino, 1999, cit. por Martinez & Paraguay, 2003).

As variações na satisfação no trabalho são resultados de diferenças na natureza do trabalho (Cavanagh, 1992), em que podem ser considerados todos os aspetos psicossociais do trabalho, tais como a procura da tarefa, papel do indivíduo na organização, relacionamentos interpessoais, possibilidades de desenvolvimento de carreira, clima e estrutura organizacional (Martinez & Paraguay, 2003).

A satisfação no trabalho, decorrente da autoavaliação do trabalho, é influenciada pela medida em que o trabalho é compatível com valores pessoais (Locke, 1969, 1976, cit. por Martinez & Paraguay, 2003). O trabalho é valorizado de maneiras diferentes, para alguns, é uma parte muito importante da vida, para outros, é apenas um aspeto da vida que existe para prover outras necessidades (Cavanagh, 1992).

De acordo com Hoppock (1935), cit. por Tavares (2008), a satisfação do trabalhador seria apenas parte da satisfação geral com a vida, e estaria relacionada com as habilidades de

adaptação às situações, com a habilidade de se relacionar com os outros, com o estatuto relativo ao grupo socioeconómico com o qual se identifica e com a natureza do trabalho e a sua relação com as habilidades, interesses e preparação para o trabalho. Os fatores que determinam a satisfação profissional dos trabalhadores seriam as perspetivas de promoção, organização e funcionamento do departamento onde trabalham, relação com os colegas de trabalho, remuneração que recebem, competência do superior imediato, trabalho que realizam e condições de trabalho, podendo cada um deles influenciar os indivíduos de formas diferentes (Vala *et al.*, 1994, cit. por Agapito & Sousa, 2010).

Na perspetiva de Spector (1997), a satisfação profissional é influenciada pela comunicação, colegas de trabalho, benefícios, condições de trabalho, natureza do trabalho em si, natureza da própria pessoa, políticas e procedimentos da organização, remuneração, crescimento pessoal, promoção, oportunidades, reconhecimento, segurança e supervisão (M. M. Ferreira, 2005).

Graça (1999) alarga a operacionalização da satisfação no trabalho para sete dimensões: 1) autonomia e poder; 2) condições de trabalho e saúde; 3) realização profissional, pessoal e desempenho organizacional; 4) relacionamento profissional/utente e equipa; 5) remuneração; 6) segurança no emprego; e 7) *status* e prestígio. Ambas as dimensões interagem entre si, mas também têm um espaço próprio, sendo que cada pessoa movimenta de forma única estas dimensões.

Segundo Alcobia (2001), são: i) satisfação com a chefia; ii) satisfação com a organização; iii) satisfação com os colegas de trabalho; iv) satisfação com as condições de trabalho; v) satisfação com a progressão na carreira; vi) satisfação com as perspetivas de promoção; vii) satisfação com as recompensas salariais; viii) satisfação com os subordinados; ix) satisfação com a estabilidade do emprego; x) satisfação com a quantidade de trabalho; xi) satisfação com o desempenho pessoal; xii) satisfação intrínseca pessoal.

De acordo com Hespanhol (2000), a satisfação profissional é influenciada por forças internas e externas ao ambiente laboral, sofre alterações com o decorrer do tempo e também não é um estado unitário mas sim um conjunto de diferentes facetas.

M. A. Ferreira (2006) refere que a satisfação profissional pode ser influenciada por vários fatores, como a escassa autonomia, a indefinição das tarefas, a elevada pressão a que estão submetidos e sobrecarga de trabalho, a falta de apoio dos superiores e as poucas expectativas de carreira e desenvolvimento da profissão, assim como a falta de reconhecimento pessoal e profissional.

Ainda em 2006, Cunha *et al.* referem que a satisfação no trabalho deve ser percebida como a resposta a um conjunto de fatores percecionados pelos indivíduos como mais ou menos ajustados às suas expectativas, em que as variáveis intervenientes na satisfação se dividem em pessoais e organizacionais. As pessoais podem ser divididas em demográficas e diferenças individuais (tabela 1).

**Tabela 1** - Fatores intervenientes na satisfação profissional

| Fatores pessoais                      | Fatores organizacionais     |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Variáveis sociodemográficas:</b>   | Salário                     |
| Género, idade, nível de escolaridade. | Características do trabalho |
|                                       | Perspetiva de carreira      |
| <b>Características individuais:</b>   | Estilo de liderança         |
| Afeto positivo, locus de controlo.    | Condições físicas           |

Fonte: Cunha *et al.* (2006, p.188)

Segundo A. Pereira (2010), os fatores que influenciam a satisfação/insatisfação profissional, são:

- Autonomia do trabalhador;
- Valores extrínsecos relacionados com os resultados do trabalho (ex: remuneração) e valores intrínsecos relacionados com o trabalho em si (ex: oportunidades de progressão e reconhecimento do trabalho);
- Ambiente de trabalho (ex: ambiente físico do trabalho, qualidade da interação com colegas e clientes, forma como uma organização trata os seus empregados, salário justo, benefícios e promoções; segurança no emprego, política da empresa justa);
- Stresse e desempenho: maiores níveis de stresse menor o desempenho;
- Relacionamento com a chefia: bom ou mau relacionamento com a chefia;
- Relações interpessoais com os colegas de trabalho e natureza do trabalho: boas relações com os colegas de trabalho contribuem para maiores níveis de satisfação e vice-versa;
- Progressão na carreira: oportunidade de progredir na carreira aumenta a satisfação no trabalho;
- Tipo de vínculo contratual;
- Experiência profissional;
- Habilitações académicas.

A satisfação profissional surge, assim, como um fenómeno complexo que resulta da interação entre os indivíduos e as variáveis situacionais (Hespanhol, 2008).

### 1.3 - Determinantes da Satisfação Profissional

A satisfação profissional é um tema complexo e de difícil delimitação tanto em termos teóricos quanto empíricos. No entanto, a investigação desenvolvida até ao momento conduziu à listagem de um conjunto de variáveis que se enquadram no âmbito das determinantes da satisfação profissional, a seguir analisadas.

#### **Características sociodemográficas**

A influência que as variáveis sociodemográficas têm sobre a satisfação profissional também tem sido estudada em diversos trabalhos.

Existe consenso nos estudos realizados relativamente ao nível de satisfação profissional e à idade. Segundo um estudo realizado em 1999 por Bennett, os trabalhadores com mais idade apresentam níveis de satisfação mais elevados, do que os trabalhadores mais novos. Green, Ross e Weltz (1999) verificaram que, de uma forma geral, são os trabalhadores e as trabalhadoras com menos idade e com mais idade que se encontram mais satisfeitos, quando se comparam com grupos de idades intermédias. Robbins (2005) menciona que há estudos que demonstram existir uma correlação positiva entre a idade e a satisfação, pelo menos até aos 60 anos.

No que diz respeito à diferença de género, a literatura não é unânime. Parece não haver correlação entre a satisfação profissional e o género (Herzberg, cit. por Agapito & Sousa, 2010) e as habilitações literárias, e existir correlação entre a satisfação profissional e a idade (J. Santos, 2006). Segundo Robbins (2005), não existe evidência de que o sexo do empregado afete a satisfação no trabalho.

Relativamente ao estado civil, Martinez, Paraguay e Latorre (2004) não encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação à satisfação profissional.

Simoens, Scott e Sibbald (2000) realizaram um estudo sobre a satisfação com médicos escoceses de várias especialidades e de ambos os sexos, e concluíram que são as médicas de clínica geral com idades compreendidas entre os 40 e os 55 anos que se encontram mais satisfeitas com o trabalho. Noutro estudo similar, realizado por Galdeano em 2001, com médicos britânicos, também foram as médicas que revelaram maior satisfação com o trabalho.

Contrariamente, num estudo realizado em Portugal em 2000 por Graça, concluiu-se que eram os médicos a apresentar maior satisfação no trabalho do que as médicas.

Segundo Weaver (1980), as pessoas mais satisfeitas eram as que tinham profissões de estatuto superior, com salários mais elevados, com mais idade, de raça branca e que tivessem frequentado colégios de prestígio. O estudo de Green *et al.* (1999) comprova que os trabalhadores com mais habilitações literárias possuem expectativas mais elevadas que, não sendo satisfeitas, podem produzir insatisfação. A investigação desenvolvida por McCormick (2000) corrobora os estudos anteriores, ao concluir que quanto mais elevadas forem as qualificações dos trabalhadores maiores são os níveis de satisfação alcançados, devido à associação que se estabelece entre estas e as novas oportunidades de carreira e promoção.

Robbins (2005) refere que profissionais altamente qualificados são muito diferentes dos demais trabalhadores, pois são mais difíceis de motivar e as recompensas tradicionais como o dinheiro e as promoções não costumam ser eficazes para estimular uma dedicação extra destes profissionais.

Quanto à categoria profissional, foram igualmente desenvolvidos estudos que mostram que os trabalhadores e as trabalhadoras que ocupam posições hierárquicas superiores encontram-se com mais satisfação no trabalho (Green *et al.*, 1999). A este propósito, McIntyre, McIntyre e Silvério (2000) realizaram um estudo em que concluíram que os médicos e as médicas estão mais satisfeitos com colegas e com o trabalho em geral. Os enfermeiros e as enfermeiras encontram-se satisfeitos e satisfeitas com o trabalho, tanto no seu conteúdo como em geral e valorizam os colegas e a supervisão. Os administrativos e administrativas estão mais satisfeitos e satisfeitas com o trabalho em geral, com a supervisão, com colegas e com o trabalho em si.

Segundo Andrade (2001), a variável tempo de serviço é uma variável muito estudada e possui uma forte correlação com a satisfação, o que permite estabelecer uma relação entre as oportunidades de progressão na organização e esta variável. Também Robbins (2005) evidencia que existe uma correlação positiva entre o tempo de serviço e a satisfação profissional.

Uma outra perspetiva é-nos dada por Neves (2002), ao referir que ainda que as características do posto de trabalho se mantenham constantes, a satisfação que o indivíduo experimenta varia ao longo do tempo, sendo que nas primeiras semanas de trabalho este se revela mais interessado, tornando-se mais monótono ao fim de alguns anos.

## **Características do trabalho**

Segundo A. I. Ferreira e Martinez (2008), o modelo desenvolvido por Hackman e Oldham em 1980 demonstra que a satisfação resulta das características do trabalho que o indivíduo executa. Pode resultar também da variedade de aptidões requeridas pelo trabalho, identidade e significado das tarefas, autonomia da função e aumento das responsabilidades (Ferreira *et al.*, 2001, cit. por Parreira, 2005).

Já para Hackman e Oldman (1980), cit. por Serra (2002), um indivíduo para se sentir satisfeito com o seu trabalho deve ter três estados psicológicos: 1) responsabilidade perante o trabalho que executa e que se institui a partir do grau de autonomia que alcança em relação aos procedimentos da sua preparação; 2) sentimento de que o trabalho é significativo, em consequência das oportunidades que o indivíduo dispõe para fazer uso das suas capacidades, proporcionando-lhe uma identificação com as tarefas que realiza, e acreditar que o seu trabalho afeta, de uma forma positiva, as outras pessoas; 3) possuir informação do seu próprio desempenho através do *feedback* recebido da empresa, de colegas ou da supervisão.

Uma baixa autonomia de decisão associada a um trabalho exigente provoca stresse, aumenta o risco de doença cardíaca coronária e diminuiu a satisfação com o trabalho (Serra, 2002).

## **Participação na tomada de decisões**

O processo de tomada de decisão é também um fator subjacente à satisfação profissional.

Segundo Alcobia (2001), diversos estudos comprovam que há uma relação entre a satisfação no trabalho e determinadas características organizacionais como a comunicação organizacional e a distribuição de poder.

Para Vanderslice *et al.* (1987), cit. por Peiró e Prieto (1996), a participação na tomada de decisão está positivamente relacionada com a satisfação. A participação nas decisões do trabalho e a participação informal têm um efeito positivo sobre o desempenho e, por sua vez a posição do trabalhador na participação informal têm efeito na sua satisfação no trabalho (Peiró & Prieto, 1996).

Em 2001, Andrade reforça que, independentemente do grau de importância que lhe é dado, o processo de tomada de decisão está associado positivamente à satisfação.

A participação na tomada de decisão e o controlo percebido sobre a sua situação no trabalho estão positivamente relacionados com a satisfação do trabalhador, no sentido que

confere um sentimento de pertença ao colaborador e influencia positivamente a sua vontade em cumprir os objetivos da empresa e o rendimento (Delp, Wallace, Geiger-Brown & Muntaner, 2010; Lee & Cummings, 2008).

### **Características organizacionais**

Alguns estudos postulam que a remuneração, a experiência do trabalhador e as condições como a temperatura, a luminosidade e a higiene influenciam a satisfação no trabalho (Heneman & Schwab, 1985), bem como as condições de trabalho mais específicas como o equipamento e ferramentas de trabalho, as condições de segurança e a localização e inserção da organização no meio local (Peiró & Prieto, 1996). Ferreira *et al.* (2001), cit. por Parreira (2005), referem um conjunto de condições do ambiente de trabalho, tais como a informação existente para um bom desempenho da função, as ferramentas e equipamentos de trabalho, os materiais, o suporte financeiro, os serviços e apoios requeridos, as competências para a função, a disponibilidade de tempo e o ambiente de trabalho.

Cunha *et al.* (2006) atribuem também muita importância às condições físicas do trabalho, pois interfere no grau de satisfação no trabalho a partir da altura em que as condições físicas se tenham degradado até um ponto abaixo do qual é impossível ignorá-las.

### **A supervisão, os colegas e os subordinados**

Segundo Davis (1981) e Fisher (1985), a satisfação no trabalho resulta da relação que se estabelece entre o supervisor e o trabalhador, sendo maior quando a supervisão se apresenta compreensiva e demonstra interesse pelos seus colaboradores, ouvindo as suas opiniões e tecendo elogios no seguimento de um desempenho profissional eficaz.

Segundo Serra (2002), um mau relacionamento entre indivíduos da mesma organização, quer a nível de superiores com subordinados quer de subordinados com superiores e de pares, pode revelar-se desgastante e diminuir o grau de motivação e satisfação com o trabalho, e de execução do próprio trabalho.

Outro aspeto também importante é a relação com os colegas de trabalho, como nos explica Herzberg (1993), cit. por Cunha *et al.* (2006), pois o indivíduo, ao desenvolver a sua atividade num contexto social agradável e gratificante, sente-se com mais apoio e bem-estar, mostrando-se mais satisfeito do que se estivesse inserido num ambiente pouco coeso, de conflitos incessantes.

Para J. Ferreira, Neves, Abreu e Caetano (1996), a autonomia representa a utilização plena das capacidades físicas e mentais e a realização de um trabalho estimulante.

Num estudo realizado em 2008, Tavares concluiu que o nível da satisfação com o superior hierárquico foi influenciada pelo tipo de classe profissional a que os inquiridos pertenciam, sendo os médicos os que revelaram mais satisfeitos, em contraponto com os administrativos, os técnicos de radiologia e os auxiliares de ação médica, os menos satisfeitos. Também foram os profissionais que possuíam responsabilidades de gestão, os que se revelaram mais satisfeitos com o superior hierárquico.

## 1.4 - A Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde

Estudos referentes à satisfação no trabalho dos profissionais da saúde têm-se intensificado nos últimos anos.

Os profissionais de saúde encontram-se inseridos numa equipa multidisciplinar. Esta equipa é composta por profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes mas que trabalham para os mesmos objetivos.

Atualmente, a comunicação na equipa multidisciplinar é uma exigência e um desafio para todos os profissionais, instituições e organismos empenhados na cooperação intersetorial em saúde, pois permite cuidados mais completos e eficazes, centrados nas necessidades dos utentes (Vicente, 2011).

No serviço nacional de saúde (SNS) não existem incentivos para o bom desempenho ou para a qualidade, os profissionais são funcionários públicos com salários fixos independentes do seu desempenho, podendo destas circunstâncias surgir insatisfação profissional que pode representar um desafio ou uma ameaça para o desenvolvimento dos cuidados de saúde (Pisco, 2011).

Os trabalhadores mais satisfeitos tendem a transmitir uma melhor imagem da organização para o exterior, contribuindo para a reputação organizacional e uma presença positiva da organização na comunidade (Cunha *et al.*, 2006).

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto), na sua Base XXX estabelece que todos os níveis, órgãos e serviços do SNS estão sujeitos a avaliação permanente, baseada num sistema completo e integrado com informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa. Esta lei enquadra a satisfação profissional como

um dos critérios de avaliação periódica do SNS, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da utilização eficiente dos recursos.

Em conclusão, a satisfação dos utentes de cuidados de saúde estará associada à satisfação dos profissionais de saúde e ao seu conceito de qualidade de serviço enquanto prestadores de serviços.

Consequentemente, a satisfação com os cuidados de saúde poderá resultar de um conceito multidimensional, pois reflete a avaliação individual a várias dimensões dos cuidados de saúde (O. Santos *et al.*, 2007).

#### 1.4.1 - A satisfação profissional versus a satisfação dos utentes

A satisfação com os serviços de saúde, na sua vertente dupla da satisfação dos utentes e da satisfação dos profissionais, é uma área complexa e de árdua avaliação mas, ao mesmo tempo, intransponível. É considerada um elemento fundamental e estrutural dos profissionais, e estará associada à sua qualidade e resultados obtidos. Os dois conceitos, satisfação dos utentes e satisfação profissional estão interligados, influenciando-se mutuamente e, por consequência, afetando todo o funcionamento do sistema de saúde. Como tal, a melhoria contínua dos cuidados de saúde deve ter em conta, de um modo integrado, a satisfação dos seus utentes e a dos seus profissionais (O. Santos *et al.*, 2007).

Segundo Idvall, Rooke e Hamrin (1997), a satisfação profissional atinge várias dimensões porque não só produz efeitos na instituição, mas também nos utentes/clientes e na equipa. Também Kenagy, Berwick e Shore (1999) afirmam que a satisfação profissional exerce interferência na qualidade do cuidado e na satisfação do utente/cliente.

No entanto, “apesar de este tema ser um imperativo legal e de reconhecida importância (...) os estudos de satisfação realizados em Portugal, são demasiado heterogéneos, diferindo nas metodologias utilizadas como das dimensões de satisfação em análise” (O. Santos *et al.*, 2007, p.4).

Na realidade, a satisfação profissional é um fator que interfere positivamente no atendimento do utente e no relacionamento na equipa da saúde (Donabedian, 1980). Colaboradores satisfeitos aumentam a satisfação dos clientes, pois têm comportamentos mais amáveis, alegres e atenciosos (Robbins, 2007). Segundo A. Martins (2012), a satisfação profissional tem impacto sobre a satisfação dos clientes e é particularmente evidente no caso dos serviços, o que, na opinião de Cunha *et al.* (2006), torna a utilização agradável e

gratificante de um serviço por parte de um cliente depende fortemente da atuação do empregado que com ele interage.

Trabalhadores mais satisfeitos tendem a contribuir para a reputação organizacional e para uma presença positiva da organização na comunidade, uma vez que tendem a transmitir uma melhor imagem da organização para o exterior (Cunha *et al.*, 2006).

Os colaboradores satisfeitos aumentam a satisfação dos clientes porque a obtenção ou perda de clientes nas empresas de serviços depende muito dos empregados de contato. Empregados de contato mais satisfeitos têm comportamentos mais amáveis, alegres e atenciosos para com o cliente. Logo, se não existir uma rotatividade na empresa estes empregados sabem as características de cada cliente, tendo estes um atendimento mais personalizado. (Robbins, 2007, p.70)

O. Santos *et al.* (2007) consideram que existe uma relação circular entre a satisfação dos utentes e a satisfação dos profissionais. Nos *focus groups* dos médicos de família (embora se considere que se podem adaptar igualmente aos outros grupos profissionais) foi identificada uma relação estreita entre satisfação dos utentes e satisfação profissional, alicerçada no seguinte raciocínio circular:

- a) Os aspetos que mais satisfazem o médico de família estão relacionados com aspetos intrínsecos à profissão, com aquilo que é considerado nuclear no exercício da profissão, nomeadamente a relação médico-utente;
- b) A satisfação profissional, por outro lado, é sentida como um aspeto estrutural dos cuidados prestados, ou seja, é fundamental que exista para que os cuidados tenham a qualidade necessária;
- c) Os utentes são sensíveis à qualidade dos cuidados, ficando mais satisfeitos quando a percecionam e, principalmente, quando retiram benefícios diretos dessa maior qualidade;
- d) Os médicos sentem-se recompensados e retiram satisfação profissional do exercício da sua atividade quando percecionam que os utentes estão satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados.

Segundo Emmendoerfer e Palmeira (2013), a satisfação dos clientes só é alcançada se os funcionários estiverem satisfeitos ou se sentirem prazer ou estados de felicidade com o trabalho que desenvolve.

As características do trabalho em ambiente hospitalar (tais como melhores rácios de dotações de enfermeiros para utentes, envolvimento do enfermeiro na tomada de decisões, e relação positiva entre médico e enfermeiro) estão associadas a melhores resultados,

manifestando-se em utentes mais satisfeitos (Kutney-Lee *et al.*, 2009 e Kane *et al.*, cit. por Aiken *et al.*, 2012).

Melhorar o ambiente de trabalho a nível hospitalar pode ser uma estratégia de custo relativamente baixo para aperfeiçoar a segurança e qualidade na assistência hospitalar e aumentar a satisfação do utente (Aiken *et al.*, 2012).

## 1.5 - Estudos Científicos

Os estudos sobre a satisfação no trabalho iniciaram-se na década de 30 e, desde então, têm despertado o interesse de profissionais de saúde e de pesquisadores das mais diversas áreas (Martinez & Paraguay, 2003).

Durante o século XX, estima-se que mais de 5.000 estudos relevantes abordaram o tema «Satisfação no Trabalho» (Cranny *et al.*, 1992, cit. por J. Pereira, 2005), este é dos temas mais estudados porque se considera que uma satisfação no trabalho elevada conduz a um aumento da produtividade, a um baixo absentismo e a uma baixa rotatividade (Hackman & Oldman, 1980, cit. por J. Pereira, 2005). Andrade (2001) acrescenta ainda que estes estudos foram realizados para identificar, por um lado, o que mais influencia e, por outro, as consequências que resultam dos diferentes níveis de satisfação profissional.

Apesar de a relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não ser linear, existem diversos estudos que apontam para uma associação ou correlação entre a satisfação e certas variáveis sociodemográficas (por ex., profissão, antiguidade, cargo ou função) e certos comportamentos ou intenções comportamentais (por ex., desempenho, rotação ou *turnover* do pessoal, absentismo, stresse) (Graça, cit. por Agapito & Sousa, 2010).

O nível de satisfação profissional na Europa é elevado, pois de acordo com o estudo de Cabrita e Perista (2007), os países com os profissionais mais satisfeitos eram a Dinamarca (95,27%), a Finlândia (93%) e a Alemanha (91,3%), contrastando com a Roménia (52,5%). Portugal situava-se nos 77,7%.

Outros estudos internacionais relacionam a satisfação com a perceção de uma forte cultura organizacional (Tzeng *et al.*, cit. por V. Ferreira, 2011) e com o desempenho profissional dos colaboradores (Garmendia, 2004).

V. Batista *et al.* (2010) salientam como os recursos humanos de uma instituição/organização são os agentes que potenciam a qualidade e a eficiência dos seus

serviços. Loureiro (2005) evidenciou como a satisfação profissional está relacionada com as atitudes positivas que têm relativamente aos vários aspetos das atividades da organização. Na verdade, Mezomo (2001) mostrou que uma organização que tem funcionários satisfeitos, tem vantagens e potencial acrescido, dado que atrai os melhores, reduz a rotatividade do pessoal, aumenta a produtividade, reduz os custos, melhora a imagem perante a comunidade e ganha competitividade. A satisfação aparece, consequentemente, associada a parâmetros de eficácia, produtividade, clima do ambiente de trabalho, absentismo e abandono (Seco, 2000).

“Os estudos de satisfação realizados em Portugal são muito heterogêneos, diferindo grandemente tanto em termos das metodologias utilizadas como das dimensões de satisfação em análise e mesmo dos tipos de instituição de saúde sob avaliação” (O. Santos *et al.*, 2007, p.26).

Os estudos nacionais sobre satisfação profissional são mais incidentes nos médicos e enfermeiros e são escassos no pessoal auxiliar (Fonseca, 2014). Kvist, Mäntynen e Vehviläinen-Julkunen (2013) identificam diferenças de nível de satisfação entre grupos profissionais, sendo os médicos mais satisfeitos que os enfermeiros e estes mais que o pessoal auxiliar.

Em Inglaterra, num estudo realizado em 2012 com enfermeiros concluiu-se que 61% dos enfermeiros do estudo estavam satisfeitos com os seus empregos e 73% recomendava o seu hospital como um bom lugar para se trabalhar, 84% recomendaria a amigos e familiares se eles precisassem de cuidados (Ball, Pike, Griffiths, Raferty & Murrells, 2012).

Na Alemanha, um estudo realizado com ajudantes técnicas em clínica geral, para avaliar a satisfação profissional, revelou que estas estavam mais satisfeitas com os colegas de trabalho e menos satisfeitas com a remuneração (Goetz *et al.*, 2011).

Em Espanha, num estudo publicado no mesmo ano com médicos e enfermeiros não foram encontradas diferenças entre as duas profissões, embora as mulheres se tenham apresentado mais satisfeitas que os homens e os profissionais dos centros urbanos com um risco mais elevado de insatisfação que os rurais (Kvist *et al.*, 2013).

Numa revisão sistemática sobre satisfação profissional dos médicos americanos, concluiu-se que a satisfação se mantinha elevada e estável, apenas com algum decréscimo nos médicos generalistas (Scheurer, McKean, Miller & Wetterneck, 2009). Segundo Roehr (2012), os que tinham menos de 40 anos, estavam satisfeitos quanto à situação atual mas pessimistas quanto ao futuro.

Em Inglaterra, um inquérito nacional revelou que a carga intensa de trabalho e as reformas no SNS estavam relacionadas com insatisfação (Sibbald, Bojke & Gravelle, 2003).

O alto nível de satisfação foi associado a ser novo, ou estar próximo da reforma, ter perceção de boa saúde e ao alto rendimento familiar (Joyce, Schurer, Scott, Humphreys & Kalb, 2011).

Os dados científicos que comparam os níveis de satisfação dos profissionais de saúde no setor público e privado são ainda escassos. Tanto o setor público como o setor privado têm a necessidade de garantir os requisitos mínimos de qualidade e segurança a vários níveis, particularmente nos recursos humanos (M. M. Ferreira & Loureiro, 2009), sendo a satisfação profissional uma ferramenta importante de gestão dos mesmos (Maia, 2012).

Os hospitais privados são percebidos como melhores do que os hospitais públicos (Yeşilada & Direktör, 2010).

Num estudo realizado a um grupo de trabalhadores holandeses com quatro tipos de contrato de trabalho diferentes (regular, a termo certo, chamados quando necessário e trabalho temporário), constatou-se haver uma relação negativa entre satisfação no trabalho e trabalho precário, pois mesmo alterando uma variedade de características pessoais e laborais aquela relação mantém-se (Graaf-Zijl, 2008).

Ferro, Adriano, Palma, Quintino e Sousa (2007) realizaram um estudo sobre a satisfação profissional a técnicos de anatomia patológica, citológica e tanatológica dos hospitais públicos e de gestão, SA, da Sub-Região de Saúde de Lisboa, e concluíram que os indivíduos que pertencem ao quadro se encontram mais insatisfeitos do que os que estão em contrato individual.

Num estudo realizado aos profissionais de saúde por Tavares em 2008, no serviço de imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, os médicos mostraram-se mais satisfeitos. Quanto ao tipo de vínculo, tempo de serviço, grupo etário, habilitações literárias, situação familiar, responsabilidade de supervisão e género não se verificaram diferenças de satisfação.

Num estudo desenvolvido por V. Batista *et al.* em 2010, sobre a satisfação dos enfermeiros em dois hospitais (Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE, na Covilhã, e Hospital Sousa Martins, na Guarda) com diferentes modelos de gestão hospitalar, concluiu-se que os enfermeiros do Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE encontravam-se mais satisfeitos em relação à área de recursos humanos, aos órgãos de gestão, à qualidade do hospital na prestação de cuidados e à qualidade dos serviços na prestação de cuidados. Não se

verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao vencimento, encontrando-se os enfermeiros, em ambos os hospitais, pouco satisfeitos.

Acrescenta-se, ainda, os resultados de um estudo realizado por Maia (2012) com profissionais de enfermagem em Portugal Continental, em que se constatou não haver influência do tipo de gestão (pública ou privada) na satisfação no trabalho dos enfermeiros, com exceção da periodicidade dos aumentos, em que os enfermeiros do setor privado estavam mais satisfeitos que os do público. Os enfermeiros mais jovens ou com menos tempo de exercício profissional estavam mais insatisfeitos do que os mais velhos ou com mais tempo de exercício. Os enfermeiros que não trabalhavam por turnos apresentavam-se mais satisfeitos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros nas variáveis género e estado civil.

Ainda em 2012, num estudo realizado também a profissionais de enfermagem mas no ACES (Agrupamento de Centros de Saúde Trás-os-Montes - Nordeste), Moura concluiu que os indivíduos do género masculino, de faixas etárias mais elevadas, casados e com filhos apresentavam uma satisfação com o trabalho maior. Enfermeiros que não prestavam cuidados diretos e que exerciam funções de gestão, exibiram sempre uma satisfação ligeiramente maior do que os enfermeiros que prestam cuidados diretos. Os enfermeiros que praticavam horário fixo encontravam-se mais satisfeitos do que os que praticavam horário por turnos.

Em 2013, num estudo realizado em Murcia (Espanha) a 546 profissionais de saúde com o objetivo de analisar a influência do género e da idade na satisfação no trabalho de profissionais da saúde num hospital universitário, Carrillo-Garcia, Solano-Ruíz, Martínez-Roche e Gómez-García concluíram que foram os profissionais de maior idade (61-70 anos) a manifestar os maiores níveis de satisfação; relativamente ao género, foram as mulheres a apresentar os níveis mais elevados de satisfação global.

O Observatório Nacional de Recursos Humanos (ONRH, 2014) tem como missão medir, estudar e compreender os fatores conducentes à satisfação, à lealdade e ao envolvimento dos colaboradores de organizações públicas e privadas. Em 2013, os resultados foram obtidos a partir das respostas de 19.358 colaboradores de organizações aderentes a este projeto. Conclui-se que os colaboradores mais satisfeitos eram os mais jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos e do sexo feminino. Ao nível das habilitações literárias, constatou-se que os trabalhadores com níveis de escolarização até ao 1.º ciclo do ensino básico registavam o valor médio de satisfação mais elevado, em oposição àqueles com qualificações superiores. Quanto à antiguidade, os que tinham menos tempo de «casa» eram

os mais satisfeitos, ao passo que os que tinham entre 11- 20 anos na organização apresentavam baixos níveis de satisfação. Os que ocupavam um cargo de chefia apresentavam valores médios mais elevados do que aqueles que não desempenhavam qualquer função de chefia. Conclui-se que as dimensões com maior impacto na satisfação foram as expectativas (com um impacto relativo de 37%) e o contexto organizacional (com um impacto relativo de 33%). Num segundo nível, surgem as dimensões reconhecimento e recompensa (9%), mudança e inovação (8%) e relações com a chefia (8%).

## 2 - O Sistema de Saúde

“O sentir-se bem no seu espaço de trabalho é uma necessidade quase imperiosa, na medida em que esta satisfação apresenta uma ligação direta com o bem-estar do indivíduo nos restantes aspetos da sua vida”.

Moura (2012, p.1)

A organização dos sistemas de saúde alterou-se, através dos tempos, pela influência dos conceitos religiosos, políticos, económicos e sociais de cada época, para assim dar resposta ao aparecimento de novas doenças e tratamentos.

Modernamente, cada um dos Estados desempenha de forma diferente a sua função social, relativamente ao sistema de saúde (Cabral, 2011).

Os sistemas de saúde baseiam-se numa rede de serviços cujo objetivo é proporcionar um ótimo nível de saúde às pessoas, satisfazendo as suas necessidades a esse nível e protegendo-as dos riscos de adoecer. São constituídos pelo conjunto de recursos, atores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de ações de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2003).

Os cuidados de saúde são financiados, principalmente, por quatro fontes: os impostos, as contribuições para esquemas sociais de seguro, as subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro e o pagamento direto por parte dos doentes (Barros & Gomes, 2002).

Financiamento, segundo o relatório do OPSS de 2007, define-se como o conjunto de recursos financeiros e outros necessários para que o SNS possa prestar serviços, financiados maioritariamente pelo sector público, abrangentes e de elevada qualidade, disponíveis com base nas necessidades dos cidadãos.

A forma como cada país, através dos seus sistemas de saúde, define o sistema de financiamento, seja na obtenção dos seus recursos, seja na distribuição desses mesmos recursos, influencia fortemente o comportamento dos diferentes atores e instituições que nele participam: hospitais, médicos, enfermeiros, doentes, gestores, farmacêuticos ou seguradoras (Escoval, 1999).

Existem vários modelos de sistemas de saúde que corporizam a forma como cada uma das sociedades considera mais adequada a prestação ou supervisão da prestação de cuidados de saúde (Cabral, 2013). Para distinguir os vários modelos de sistemas de saúde, há que ponderar aspetos, tais como a quantidade e natureza da produção, o grau de liberdade de

escolha, a equidade no acesso aos cuidados de saúde, o grau de centralismo da organização, a socialização das prestações e a capacidade de reforma (Cabral, 2011).

Segundo Cabral (2013), os modelos de sistemas de saúde, atualmente vigentes, são:

- Modelo de Bismark, surgiu na Alemanha, em 1883, caracteriza-se pela universalidade do acesso (condicionada pelo emprego) e baseia-se no financiamento por quotizações de trabalhadores e empregadores. Encontra-se vigente na Alemanha e na Áustria e revela uma forte intervenção pública e estadual;

- Modelo de Beveridge, originário do Reino Unido, em 1948, caracteriza-se pela universalidade do acesso (independente do trabalho e emprego) e baseia-se no financiamento através dos impostos (proporcionais ao rendimento dos contribuintes). Encontra-se vigente na Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Portugal, Espanha e Itália, revelando também uma forte intervenção estadual;

- Modelo de Mercado, característico dos Estados Unidos da América (EUA), baseia-se nos seguros privados e o acesso aos cuidados de saúde depende da capacidade dos utentes. Para os mais desfavorecidos, este sistema combina os seguros privados com prestações sociais públicas. O Presidente dos EUA, Obama, alterou este sistema de saúde, tornou as prestações de cuidados de saúde acessíveis para todos e não apenas para alguns;

- Sistema Francês, modelo misto, inspirado no modelo Bismarkiano, mas baseado num seguro obrigatório, conjugado com a proteção social, traduzida na existência de prestações não contributivas para os mais desfavorecidos;

- Modelo atualmente vigente na Holanda, caracteriza-se pela existência e obrigatoriedade de um seguro privado, reforçando assim a liberdade de escolha de cada um dos utilizadores das prestações de cuidados de saúde.

Em 2002, Barros e Gomes, distinguiram três categorias de países dentro da União Europeia, agrupados de acordo com o tipo de financiamento obrigatório predominante que caracteriza o SNS ou o tipo de financiamento obrigatório predominante que o país gostaria de desenvolver, sendo eles; os sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Bismarck, baseados no modelo de Beveridge e os sistemas de cuidados de saúde que há relativamente pouco tempo começaram a mudar de um sistema baseado em seguros para um sistema com base em impostos e, consequentemente, que se encontram numa fase de transição.

A introdução de novos modelos de gestão nas unidades de saúde determinou maiores exigências, quer ao nível da garantia do acesso com qualidade, quer ao nível do acompanhamento, sendo que neste contexto de mercado imperfeito, é essencial que o Estado

disponha dos mecanismos necessários para assegurar as funções de financiamento, regulação e acompanhamento dos cuidados de saúde prestados às populações (a governação dos hospitais).

A reforma dos sistemas de saúde em tempos de crises financeiras deve garantir que não é afetado o acesso às pessoas a cuidados de saúde de qualidade (World Health Organization [WHO], 2009).

## 2.1 - O Sistema de Saúde Português

Um longo percurso foi percorrido até à constituição de um sistema de saúde tal como o conhecemos hoje.

Nas últimas quatro décadas ocorreram progressos notórios na saúde dos portugueses devido à ampliação da oferta de cuidados de saúde e ao acréscimo de recursos alocados ao sistema de saúde. Entre outros factos igualmente significativos, verificou-se a transferência generalizada dos hospitais das misericórdias para a alçada do Estado, a criação do SNS, a publicação da Lei de Bases da Saúde, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos para SA (e posteriormente para EPE), a construção de novos hospitais no âmbito de parcerias público-privadas ou a aposta crescente de grandes grupos económicos na área da saúde (Eira, 2010).

O sistema de saúde vigente atualmente em Portugal tem vindo a sofrer reformas e já não se subsume nas características do modelo típico adotado, envergando um novo paradigma com uma aproximação a outros modelos, é caracterizado por um sistema multicolor composto por elementos públicos e não públicos (Cabral, 2013). De acordo com este autor, “este sistema funda-se na concorrência baseada no valor que decorre para todos e focada nos resultados, com a participação de todos os intervenientes, não descuidando a sua dimensão transnacional, que permite realçar a possibilidade de consagração de um sistema europeu de saúde” (p.25).

Ao sistema de saúde nacional é atribuída uma complexidade intrínseca derivada das naturezas múltiplas que conjuntamente o compõem (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2011a).

De acordo com a ERS (2011a, p.10):

...o sistema de saúde português pode ser analisado numa dupla perspectiva: de financiamento e de prestação dos cuidados de saúde. Na perspectiva ‘financiamento’ é possível distinguir o SNS financiador, os subsistemas

públicos financiadores, os subsistemas privados financiadores e os seguros de saúde, bem como o financiamento privado dos cuidados de saúde. Na perspectiva ‘prestação’, identificam-se as situações de prestação pública (assegurada através de estabelecimentos integrados no SNS ou através de estabelecimentos sociais e privados que foram contratados para a sua realização) e de prestação social ou privada (as quais podem surgir enquadradas por qualquer forma de financiamento dos cuidados de saúde).

Em 1979, Portugal optou por proteger, constitucionalmente, o acesso à saúde e incluir no desenho do seu sistema de saúde a criação de um SNS (Lei nº 56/79, de 15 de setembro). Desta forma, o Estado fica responsável pela promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social (Eira, 2010).

De salientar que, até então, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência; ao Estado competia apenas a assistência aos pobres (Eira, 2010).

Segundo Gago (2008), a criação do SNS fez parte do processo de expansão do sistema de proteção social português e significou a transição de um financiamento parcialmente contributivo (contribuições para a previdência) para um financiamento baseado no Orçamento Geral do Estado, correspondendo à transição de um Modelo Bismarck para uma resposta do tipo Beveridge.

Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), na Base XII pode ler-se que o sistema de saúde:

...é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem, com as referidas entidades públicas, a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.

O SNS define-se como “...um conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde (...) tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade (...) na protecção da saúde individual e colectiva” (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro) e caracteriza-se “por ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada” (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

As reformas na saúde são um processo de transformação cultural e as suas prioridades assentam em desafios à sociedade, que requerem que os atores sociais da saúde se assumam simultaneamente como sujeitos e objetos de um processo de mudança (Sakellarides, 2000).

O SNS tem vindo a sofrer variações e ajustes, acabando por assumir um novo perfil e paradigma, que se caracteriza pela eficiência, responsabilidade social e individual, concorrência, liberdade de escolha, qualidade e direitos dos utentes (Cabral, 2013) e assume como essenciais, as características da generalidade dos cuidados prestados, a garantia da equidade no acesso e a organização regionalizada (ERS, 2012).

Nestes processos de mudança é necessário compreender o passado, utilizar bases de conhecimentos existentes para ponderar alternativas realistas para o futuro, contribuir continuamente para o estudo do sistema de saúde e para a formação continuada dos seus atores mais influentes (Sakellarides, 2000).

O SNS português tem por objetivo a efetivação do direito à proteção da saúde. No âmbito do SNS, o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial, segundo a Constituição da República Portuguesa (ERS, 2011a).

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) assume, na sua Base XXIV, como características do SNS:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada....

Aquando da criação do SNS não foram desmantelados os sistemas de proteção criados pelo próprio Estado num momento anterior (como a ADSE [Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado] e sistemas de proteção específicos a alguns ministérios). A coexistência dos subsistemas de saúde com o SNS mantém-se devido à ausência de decisão de os integrar no SNS (Gago, 2008).

O financiamento do SNS depende da despesa privada familiar, que corresponde à despesa direta das famílias portuguesas, dos impostos, que são as verbas oriundas da coleta geral de impostos, via orçamento de Estado, dos seguros privados e do seguro social, que engloba os subsistemas de saúde pública (ADSE), e os subsistemas privados (PT [Portugal Telecom], CTT Correios de Portugal e SAMS [Serviços de Assistência Médico Social]) (Simões *et al.*, 2007).

A sua organização é descentralizada, existindo em Portugal cinco regiões de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) que estabelecem contacto entre o

nível local e o Ministério da Saúde, e 18 sub-regiões correspondentes a cada um dos distritos do continente (Almeida, 1999). A prestação de cuidados de saúde é assegurada, em cada região, pelos hospitais e centros de saúde, visando ultrapassar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002).

### *2.1.1 - Hospitais do sistema nacional de saúde*

Ao longo dos anos, a estrutura hospitalar portuguesa tem-se vindo a alterar, o hospital português tem acompanhado ao longo do tempo, a dinâmica política, social e económica do país.

Os hospitais são organizações com diferentes níveis de diferenciação, constituídos por meios tecnológicos e humanos, com impacto decisivo na prestação dos cuidados de saúde, mas cuja importância não se limita às fronteiras da saúde, pois tem uma posição marcante nos domínios económico e social (Ministério da Saúde, 2010).

O hospital, enquanto organização, traduz-se num sistema complexo em que coexistem diversos serviços com diferentes profissionais que constituem equipas multiprofissionais, e em que se vivem situações particularmente intensas ligadas à vida, doença e morte, gerando nos seus profissionais situações frequentes de ansiedade e stresse. Dentro desta organização, o empenhamento de todos na prossecução de objetivos comuns não invalida que os hospitais sejam organizações concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes, proporcionando geralmente aos seus trabalhadores condições de trabalho precárias (Freitas, 2011).

O Ministério da Saúde (2010) descreve de forma sucinta a evolução da rede hospitalar portuguesa. Na década de noventa, em 1994 foi celebrado um contrato para a gestão de um hospital do SNS por uma entidade privada; entre 1998 e 2001 foram concebidas três unidades com um formato empresarial, em que o Estado mantinha a responsabilidade da prestação de serviço público, mas sob regras de gestão privadas. Logo em 2002, cerca de um terço dos hospitais públicos deixou a figura do instituto público e adotou o modelo de sociedade anónima de capital exclusivamente público. Em 2005, as 31 unidades de saúde com o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos foram transformadas em entidades públicas empresariais. Depois de 2005 foi aumentando o número de hospitais com o estatuto de entidades públicas empresariais e diminuindo o dos hospitais do setor público administrativo.

Até 2011, integrava a rede hospitalar com financiamento público 116 hospitais (unidades hospitalares), sendo 102 públicos (80 hospitais gerais e 22 especializados) e 14 do setor social (Institutos Particulares de Solidariedade Social identificados como sendo prestadores de cuidados de saúde hospitalares com acordo com o SNS) (tabela 2).

**Tabela 2** - Hospitais da rede hospitalar com financiamento público

| ARS                   | Hospitais públicos gerais |           |         | Especializados | IPSS | Total | %    |
|-----------------------|---------------------------|-----------|---------|----------------|------|-------|------|
|                       | Nível 1                   | Distrital | Central |                |      |       |      |
| Norte                 | 8                         | 16        | 5       | 5              | 10   | 44    | 38%  |
| Centro                | 7                         | 8         | 3       | 8              | 1    | 27    | 23%  |
| Lisboa e Vale do Tejo | 2                         | 12        | 11      | 8              | 3    | 36    | 31%  |
| Alentejo              | 2                         | 3         | 0       | 1              | 0    | 6     | 5%   |
| Algarve               | 0                         | 3         | 0       | 0              | 0    | 3     | 3%   |
| Total                 | 19                        | 42        | 19      | 22             | 14   | 116   | 100% |

Fonte: ERS (2011b, p.6)

Em 2002 foi publicada a nova Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), que altera alguns pontos da Lei de Bases da Saúde de 1990 e estabelece a natureza jurídica dos hospitais que podem integrar a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde. Neste diploma, é de realçar a definição do novo conceito de «rede de prestação de cuidados de saúde», integrando hospitais públicos «tradicionais», hospitais públicos com natureza empresarial, hospitais-sociedades anónimas de capitais públicos e estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos (A. S. Ferreira, 2003).

Em função do modelo de gestão adotado é possível existir diferentes tipos distintos de hospitais públicos (n.º 1 do artigo 2.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro): i) Hospitais integrados no setor público administrativo (SPA); ii) Hospitais entidades públicas empresariais (EPE); iii) Hospitais em regime de parcerias público-privadas (PPP).

### **Hospitais integrados no setor público administrativo (SPA)**

Os hospitais integrados no SPA, atualmente existentes regem-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto e definem-se como estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.

### **Hospitais entidades públicas empresariais (EPE)**

Os hospitais EPE, atualmente existentes regem-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro e definem-se como estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (maioria dos existentes). Os hospitais SA, em 2005 são transformados em hospitais EPE, através do Decreto-Lei nº 93/2005 (OPSS, 2014).

Segundo Moreira (2011, p.37):

Com os Hospitais EPE procura-se que, através de um modelo de gestão empresarial e rigoroso, os utentes possam vir a beneficiar de melhorias muito concretas, ao nível da qualidade clínica, da facilidade de acesso a profissionais especializados, de melhoria de serviço e atendimento. O modelo empresarial é um modelo de gestão por objetivos, centrado no utente, que proporciona inúmeras vantagens para estes. Também a motivação dos profissionais de saúde que prestam serviço nestes hospitais, é um fator fundamental que assegura o sucesso da empresarialização. Para essa motivação acrescida, contribuirão a lógica de maior autonomia e responsabilização implícitas na nova organização, a nova cultura de serviço aos utentes e a preocupação constante na melhoria efetiva de condições de trabalho.

De acordo com a OPSS (2007, p.111) “O Ministério da Saúde reafirma que o estatuto EPE é o que melhor se adequa à gestão de unidades de cuidados de saúde hospitalares por compatibilizar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental”.

### **Hospitais em regime de parcerias público-privadas (PPP)**

Os hospitais em regime de PPP regem-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto e definem-se como estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com os quais sejam celebrados contratos. Segundo a OPSS (2014, p.29):

...o DL nº 185/2002 estabeleceu o quadro legal para as PPP saúde cujo objetivo era o de obter uma progressiva racionalização das funções de financiamento, de contratação e da função de prestação de cuidados de saúde quer através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas, ou de natureza social, quer pelo investimento conjunto entre estas e o Estado.

As PPP constituem uma abordagem inovadora de gestão pública e baseiam-se num contrato de gestão cujo objetivo envolve a cadeia de atividades que vai desde a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos ativos infraestruturais até à gestão geral do hospital. Assentam numa tríplice de vetores: planeamento e financiamento públicos; investimento e gestão privados; e controlo e titularidade públicos (Simões, 2004).

Os contratos em regime de PPP concretizam-se através de duas entidades gestoras com responsabilidades, objetos contratuais, vocações operativas e mecanismos de pagamento distintos (Simões, 2004).

A entidade gestora do edifício tem um período contratual de 30 anos e assume a prestação de serviços na vertente infraestrutural, ou seja, de construção, gestão e manutenção do edifício hospitalar (figura 2). A entidade gestora do estabelecimento hospitalar tem um período contratual de 10 anos e assume a vertente clínica, ou seja, a prestação de cuidados hospitalares e a gestão geral do estabelecimento hospitalar (Moreira, 2011; Simões, 2004).

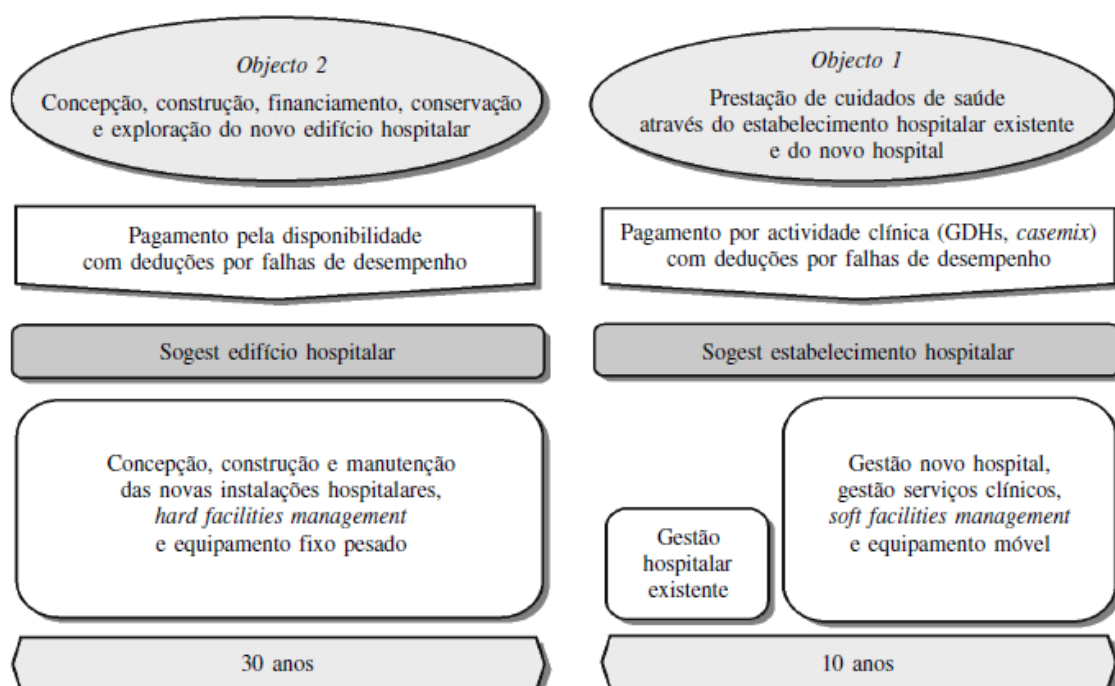


**Figura 2** - Modelo genérico de PPP para unidades hospitalares (Portugal)  
(Fonte: Adaptado de Simões, 2004, p.86)

Até finais da década de 1970, os hospitais portugueses eram financiados com base no modelo retrospectivo, que corresponde à regulação pelo custo do serviço, reembolsando os hospitais por todos os custos em que estes incorrem (Gago, 2008).

A partir de 1981, após a criação do SNS (1979) e a constituição do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços da Saúde (1980), inicia-se um sistema de pagamento de base prospetiva. Este tipo de modelo equivale à regulação por limite de preços, consiste em atribuir ao hospital uma verba fixa, independentemente dos custos em que estes venham a incorrer (Gago, 2008). Depois de detetadas algumas das imperfeições no sistema em vigor, em 1986 os hospitais passam a ser novamente financiados com base em critérios históricos. Em 1989

há uma nova viragem com a publicação de preços por Grupos de Diagnóstico Homogéneos (*Diagnosis Related Groups*), conhecidos por GDH's (Gago, 2008), mas só em 1997 foram aplicados para definição do orçamento financeiro dos hospitais. Os GDH's surgiram como uma via de introdução do pagamento por caso no sistema hospitalar (Maia, 2012).

Numa outra perspetiva, Santana (2005) considera que o sistema de preços utilizado em Portugal até 2005 foi essencialmente retrospectivo, uma vez que os preços foram definidos em função dos níveis históricos de custos das unidades hospitalares.

Na perspetiva do financiamento há, portanto, a componente pública e a componente privada, sendo a primeira predominante no sistema de saúde português (ERS, 2011a).

### *2.1.2 - Gestão pública versus gestão privada*

A estrutura e funcionamento de um hospital torna-o numa empresa, mas com algumas características diferentes devido à relação de poder e autoridade aí existente (Moreira, 2011). O hospital tem duas fontes de poder, os administradores hospitalares, que atuam como fornecedores de fatores produtivos, e os médicos, e as decisões nos hospitais resultam da interação entre estas duas classes de agentes (Barros, 2009).

O setor hospitalar público português constitui a principal rede de prestação de cuidados de saúde (Simões, 2004).

A coexistência no sistema de saúde de serviços públicos com serviços e entidades privadas justifica que o SNS não preste a totalidade dos cuidados (Baganha *et al.*, 2002).

A grande diferença entre a gestão privada e a pública reside no contexto político em que ambas se encontram. Enquanto a administração privada se rege principalmente segundo o mercado e as suas leis, a administração pública desenvolve atividades administrativas para a satisfação de necessidades coletivas, conferindo-lhe elevada dependência do poder político (Marreiros, 2007).

Do ponto de vista financeiro, o setor público também se distingue do privado ao nível do pagamento dos cuidados de saúde. Nos serviços públicos são utilizados os GDH's (constituídos por agrupamentos de diagnósticos com padrões de consumos similares), enquanto nos serviços privados recorre-se ao pagamento por fatura detalhada (Figueiredo, 2009).

A gestão privada aplica o modelo da gestão racional e baseia-se em critérios como a avaliação do desempenho, a qualidade dos resultados, a valorização do consumidor e dos fatores financeiros (M. Carvalho & Santiago, 2008).

Para Moreira (2011, p.30):

...a vantagem da gestão privada evidencia-se logo numa maior flexibilidade na gestão de recursos humanos, em particular, tem a possibilidade de usar sistemas de incentivos explícitos, nomeadamente incentivos financeiros introduzidos como forma de estimular a produtividade. Estes sistemas de incentivos estabelecem pagamentos variáveis de acordo com os resultados da equipa médica. Por outro lado, enquanto num hospital público com gestão pública, esta é mais centralizada e não tem flexibilidade para acomodar modernas políticas de gestão de recursos humanos, a gestão privada pode contratar pessoal de forma relativamente livre.

Segundo Barros (2000), a separação entre o setor público e o setor privado na saúde, apesar da sua coexistência, desde há muito existe, essencialmente porque o seu crescimento se deu em momentos diferentes, com características peculiares, respondendo a grupos de pressão específicos, colocados em posições variáveis de hegemonia.

Tanto o setor público como o setor privado têm a necessidade de garantir os requisitos mínimos de qualidade e segurança a vários níveis, particularmente nos recursos humanos, no equipamento disponível e nas instalações (M. M. Ferreira & Loureiro, 2009).

A Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993 vieram legitimar a presença do setor privado no sistema de saúde português, embora estas entidades já existam há muitos anos (Eira, 2010).

Inicialmente, os hospitais eram essencialmente de índole privada, entretanto, em 1979, com a criação do SNS, houve uma transferência dos hospitais das misericórdias para o Estado. E, à *posteriori*, na década de 90 e nos anos 2000, o número de hospitais públicos diminuiu devido à transformação de pequenos hospitais concelhios em centros de saúde, e à integração de hospitais regionais de pequeno porte em hospitais distritais (Ribeiro, 2009), como se pode observar na tabela 3.

**Tabela 3** - Evolução da estrutura hospitalar portuguesa

| Modalidades de Hospitais | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2007 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| N.º hospitais públicos   | 171  | 185  | 394  | 139  | 145  | 119  | 125  | 111  | 107  |
| N.º hospitais privados   | 444  | 347  | 97   | 93   | 95   | 81   | 96   | 93   | 93   |

Fonte: Ribeiro (2009)

O setor privado da saúde em Portugal tem crescido e mantém ainda potencial de crescimento, estima-se que valha entre 700 e 800 milhões de euros por ano (Eira, 2010). Em poucos anos, o número de hospitais privados com fins lucrativos aumentou 26%.

Este crescimento é justificado pela elevada qualidade dos seus serviços, pelos investimentos significativos efetuados em tecnologia de ponta, pelo crescimento rápido do número de médicos privados e pelo facto de os hospitais privados terem passado a efetuar procedimentos complexos (Tountas, Karnaki, Pavi & Souliotis, 2005).

Segundo Oliveira (2010), o desenvolvimento da oferta privada no sistema de saúde português deve-se à mobilidade do pessoal do SNS para o setor privado, à possibilidade de os médicos aumentarem o seu rendimento através de atividade no setor privado, à existência de incentivos à criação de unidades privadas, à contratualização do setor privado pelo setor público desde os anos 80, à criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera (tendo o sector público recorrido à contratualização privada em alguns destes programas) e à existência do sistema de deduções fiscais para gastos em saúde.

Já para Ribeiro (2009), a procura privada deve-se à busca de um melhor nível de conforto nas atividades de hospitalização, à resposta rápida aos doentes cirúrgicos, à «conveniência» do acesso a resultados de boa qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, à cobertura de certas especialidades (medicina dentária) e à crescente procura de cuidados ligados à estética.

Citando Eira (2010, p.41):

...a ligação dos operadores privados com os subsistemas de saúde e com as seguradoras de saúde pode ser vista como uma relação ganho-ganho: para as instituições privadas permite-lhes ter um volume de clientes significativo, ajudando na rentabilização do negócio; para os subsistemas e seguradoras permite dar aos seus clientes um tratamento diferenciado, liberdade na escolha e prioridade no acesso aos cuidados de saúde, condições amplamente valorizadas pelos clientes, e que não podem ser garantidas na rede pública dada a sua obrigatoriedade de dar uma resposta geral e universal.

A oferta privada de prestação de cuidados aumentou a sua capacidade de prestação com o intuito de responder a necessidades de cuidados dos utentes, consolidando assim a sua posição no setor. Paralelamente, desenvolveu-se em redor do SNS, prestando-lhe o devido auxílio, como se pode verificar através da interajuda de serviços, infraestruturas e qualidade (Dinis, 2008).

Para o SNS, esta interajuda entre os setores tornou-se fundamental, pois permite melhorias em várias lacunas que subsistem, como por exemplo, na luta contra a redução de listas de espera cirúrgicas (Dinis, 2008).

Segundo a análise de vários estudos, os níveis de satisfação dos utentes são maiores nas instituições privadas do que nas públicas (Eiriz & Figueiredo, 2004).

No entanto, ainda são escassos os dados científicos que permitam a comparação dos níveis de satisfação dos profissionais de saúde no setor público e privado (Maia, 2012).

Num estudo realizado por M. M. Ferreira em 2005 em seis unidades hospitalares portuguesas, enquadradas em três modelos de gestão e com uma amostra constituída por 1.321 médicos e enfermeiros, concluiu-se que a variável «satisfação no trabalho», no modelo privado, contribuiu para explicar 31,2% da variância do empenhamento organizacional.

Num outro estudo realizado em Portugal em 2012, por Massano, com profissionais técnicos de radiologia, onde comparando as duas instituições (pública e privada) verificou-se que em ambas havia uma perceção positiva relativamente à satisfação e motivação nos locais onde os profissionais técnicos de radiologia exercem funções. Foram os profissionais técnicos de radiologia da instituição hospitalar pública a demonstrar estar mais satisfeitos e motivados que os profissionais técnicos de radiologia da instituição hospitalar privada (Massano, 2012).

Enfermeiras que trabalham em hospitais privados estavam mais satisfeitas e pretendiam manter os seus postos de trabalho mais do que enfermeiros nos hospitais públicos (Andrews & Dziegielewski, 2005).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2012 existiam 214 hospitais em Portugal, sendo 104 hospitais privados e 110 hospitais oficiais. Os hospitais oficiais eram hospitais tutelados pelo Estado e, destes, 103 eram de acesso universal e sete hospitais eram militares ou prisionais (INE, 2014).

## 2.2 - Profissionais dos Cuidados de Saúde

A saúde é um dos setores que, pela sua natureza, é composto por uma enorme multiplicidade de profissionais, com formações diferenciada e de qualificações académicas elevadas, sendo que estes são o capital nobre do sistema de saúde.

As profissões de saúde representam 6% da população ativa portuguesa (Ribeiro, 2009).

Os profissionais dos cuidados de saúde constituem um grupo muito diversificado de médicos, enfermeiros, administrativos (assistente técnicos), assistentes operacionais, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de radiologia, farmacêuticos, entre outros.

De acordo com a sua especificidade, estes profissionais prestam cuidados de saúde (clínicos) e outras tarefas variadas não clínicas, tais como receção, transporte, higiene, alimentação, manutenção de equipamentos, aquisição de materiais, contabilidade e gestão, entre outras (A. Martins, 2012).

O exercício da atividade profissional nos hospitais constituiu claramente uma opção partilhada por todos os prestadores de cuidados de saúde, em detrimento dos cuidados de saúde primários (OPSS, 2001).

Em pouco mais de duas décadas (1970 a 1994), os recursos humanos do SNS têm evoluído significativamente com um acréscimo na ordem dos 127%, o que espelha a intervenção do Estado no domínio da saúde (Baganha *et al.*, 2002).

Entre 1990 e 1998, nos profissionais de saúde em que se verificou os acréscimos mais notórios foi nos de enfermagem e nos técnicos de diagnóstico e terapêutica, com uma taxa de crescimento anual de 2,9% e 3,6%, respetivamente (Ministério da Saúde, 2000).

A figura 3 apresenta a evolução do número de médicos e enfermeiros dos hospitais do SNS, desde 2004 até 2006.

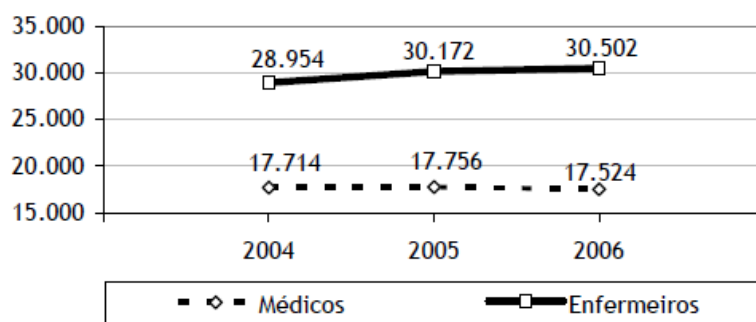


**Figura 3** - Evolução dos médicos e dos enfermeiros dos hospitais do SNS  
(Fonte: OPSS 2007, p.104)

Pela análise do gráfico verifica-se que em 2006 existiam 17.521 médicos hospitalares, um decréscimo de 1,1% relativamente a 2004, e 30.502 enfermeiros hospitalares, tendo ocorrido um crescimento de 5,3% do número destes profissionais de saúde (OPSS, 2007).

Em 2007 existiam aproximadamente 90.902 profissionais de saúde a exercer funções a nível hospitalar, conforme ilustra a tabela 4.

**Tabela 4** - Total de efetivos segundo o tipo de serviço por agrupamentos profissionais, 2007

| Agrupamentos Profissionais                | Total  |      | Centros de Saúde | Hospitais |
|-------------------------------------------|--------|------|------------------|-----------|
|                                           | N.º    | %    |                  |           |
| Pessoal dirigente                         | 836    | 0,7  | 183              | 653       |
| Pessoal médico                            | 22993  | 19,3 | 6899             | 16094     |
| Pessoal técnico superior de saúde         | 1321   | 1,1  | 234              | 1087      |
| Pessoal de enfermagem                     | 37603  | 31,5 | 7319             | 30284     |
| Pessoal técnico diagnóstico e terapêutica | 7306   | 6,1  | 1052             | 6254      |
| Pessoal administrativo                    | 16302  | 13,7 | 7341             | 8961      |
| Pessoal dos serviços gerais               | 25871  | 21,7 | 3886             | 21985     |
| Outro pessoal*                            | 7139   | 6,0  | 1555             | 5584      |
| Total                                     | 119371 | 100  | 28469            | 90902     |

\* Inclui o pessoal técnico superior (2062), o pessoal auxiliar (1522), o pessoal técnico profissional (1266), o pessoal operário (1278), o pessoal de informática (439), o pessoal docente (142), outro pessoal (210) e outro pessoal técnico (120).

Fonte: Administração Central dos Serviços de Saúde (2009, p.105)

Em 2012, os hospitais tinham ao serviço cerca de 21.000 médicos, num total de 43.863 médicos existentes em Portugal, sendo que aproximadamente 19.000 médicos (90% do total) exerciam funções em hospitais oficiais. Dos 65.404 profissionais de enfermagem inscritos na Ordem dos Enfermeiros, cerca de 37.000 trabalhavam em hospitais e destes aproximadamente 91,8% estava afeto a hospitais oficiais. De salientar que ao longo da década, o número de enfermeiros a exercer funções nos hospitais oficiais registou um claro reforço (de 26.332 em 2002 para 34.261 em 2012), enquanto nos hospitais privados se verificou uma certa estabilidade (2.688 em 2002 e 3.049 em 2012) (INE, 2014).

## **PARTE II**

### **ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

---

## 1 - Plano de Investigação

“Formular é expressar de forma precisa, afirmar definida e sistematicamente”.

Pádua (2007, p.67)

Abordada a componente teórica, que serve de suporte e faz o enquadramento do âmbito da investigação, iremos agora clarificar os aspetos de natureza metodológica pelos quais nos orientamos para a elaboração deste trabalho de investigação, definindo-se por ordem sequencial os diversos parâmetros da abordagem.

Iniciamos com a contextualização do estudo através do enunciado do problema, onde procedemos à justificação e finalidade do tema e à descrição do tipo de desenho de investigação. Seguidamente, abordamos a metodologia onde se descrevem os objetivos do estudo, as variáveis e a respetiva formulação das hipóteses, a caracterização da amostra, a estratégia utilizada para a recolha e análise de dados e os aspetos éticos tidos em conta para a prossecução do trabalho de investigação. Por último, procedemos à análise e discussão dos resultados, no sentido de validar ou invalidar as hipóteses de investigação previamente formuladas.

## 2 - Enunciado do Problema

“A ideia de investigação pressupõe que existam problemas, o objetivo da investigação exige que eles sejam formulados”.

Grawitz (1986, p.610)

Qualquer trabalho de investigação começa sempre pela definição ou contextualização do problema para o qual se pretende encontrar uma solução ou resposta, sendo nesta fase que o investigador escolhe o domínio, a área e o tema de investigação. Esta fase é crucial e basilar e, inexoravelmente, conduzirá à formulação da questão de investigação.

Para Austin (2005), devemos aceitar como problema de investigação a proposição acerca de uma situação que requer mais e melhor conhecimento daquela que se tem no instante presente.

A determinação do problema de investigação constitui o ponto de partida para a realização de um estudo científico, fornecendo orientações para o desenvolvimento de todo o processo, sendo por isso de primordial importância.

Emergem, assim, as questões de investigação do presente estudo, sendo a questão central a seguinte: **Q1** – Existem diferenças nos níveis de «Satisfação no Trabalho» entre os diferentes profissionais de saúde?

Do decorrer da investigação aqui projetada espera-se encontrar também resposta para outra questão: **Q2** - Existem diferenças nos níveis de «Satisfação no Trabalho» entre os profissionais de saúde que desempenham funções no setor público, privado e PPP?

### 2.1 - Justificação do Tema

O tema deste trabalho de investigação emerge de uma preocupação pessoal e profissional, sedimentada pelo contexto socioeconómico atual, na tentativa de encontrar algumas respostas necessárias à gestão multidisciplinar das equipas que trabalham em meio hospitalar, no que concerne à temática da satisfação profissional.

A investigação aplicada aos profissionais de saúde tem como objetivo produzir uma estabilidade científica. Como investigadora, existe a pretensão de aprofundar conhecimentos sobre a satisfação dos e das profissionais de saúde em meio hospitalar, público, privado e PPP, tentando esclarecer a influência de fatores específicos, com o intuito de favorecer uma

reflexão consistente sobre o tema, ao considerar que qualquer organização de saúde em geral, e em particular, na área hospitalar, só sobrevive com profissionais de saúde satisfeitos.

Uma motivação adicional é o facto de, em Portugal, não estar implementada de forma sistemática a prática de avaliar a satisfação dos profissionais, apesar de a legislação prever esta prática.

### 3 - Metodologia

“Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Fortin (2003a, p.372)

A fase metodológica consiste em definir os meios para atingir a realização do trabalho de investigação.

A metodologia descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro da investigação (Fortin, 2003a). No decurso desta fase, “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses” (Fortin, Côté & Filion, 2009, p.53).

#### 3.1 - Desenho de Investigação

O sucesso num processo de investigação depende, seguramente, da forma metódica e sistemática como o investigador procede ao longo das várias etapas, isto é, do caminho que escolhe para percorrer.

Neste estudo, a aplicação das várias etapas do procedimento metodológico está ilustrada no esquema (figura 4) que permite a visualização das principais atividades.

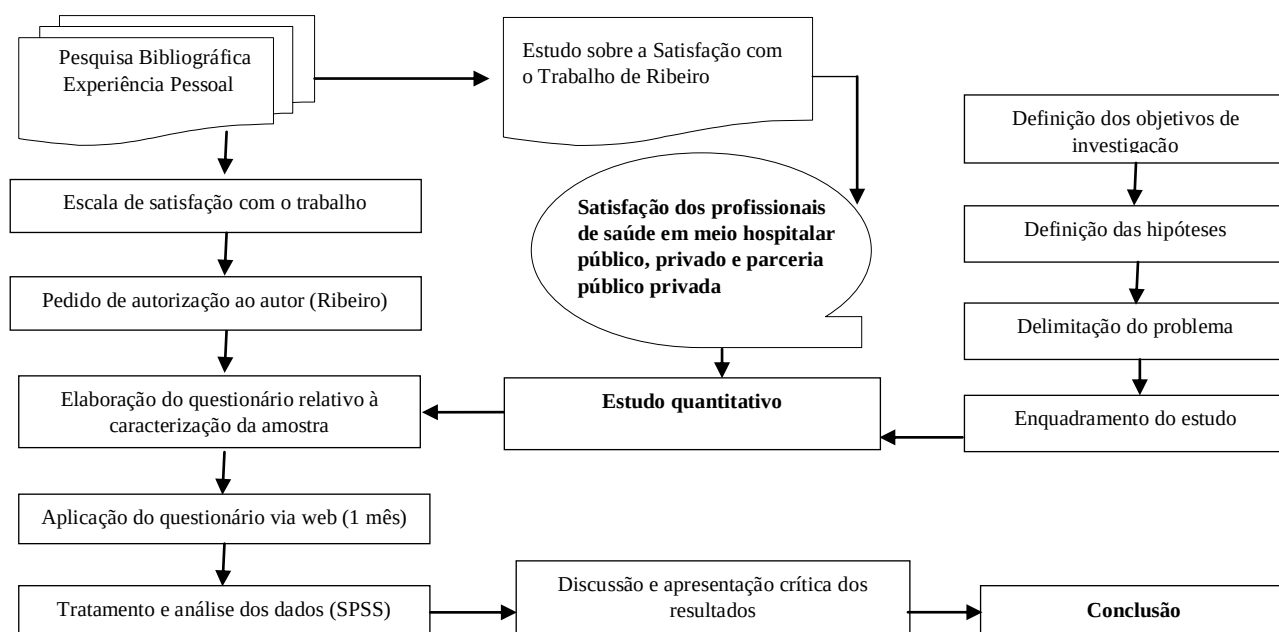


**Figura 4 - Fluxograma das etapas de investigação**

### 3.2 - Objetivos e Hipóteses de Investigação

Nesta linha de pensamento, delimitadas as questões de investigação, traçaram-se os objetivos. Para os atingir, efetivou-se uma revisão integrativa da literatura, que permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que pareceu mais pertinente e atual.

Em função do exposto, este estudo tem como objetivo principal de investigação avaliar a perceção da satisfação com o trabalho dos profissionais de saúde que exercem funções em meio hospitalar, através da aplicação da Escala de Satisfação com o Trabalho (EST) de José Pais Ribeiro (2002). Pretende-se, ainda, verificar se há relação entre a satisfação profissional e o tipo de gestão hospitalar (pública, privada, parceria) e relacionar a perceção de satisfação dos profissionais de saúde com as variáveis independentes.

A formulação das hipóteses de investigação é um passo crucial para o desenvolvimento de um estudo de investigação, pois os seus resultados dependem inteiramente da relevância, clareza, consistência lógica e verificabilidade das hipóteses formuladas. Segundo Polit e Hungler (1995, p.76), a hipótese é “uma previsão experimental, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis. Em outras palavras, uma hipótese traduz o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados”.

Uma outra definição é-nos proposta por Campana *et al.* (2001, p.77), em que a hipótese é uma “explicação proposta para um problema, mais ou menos provável, com base nos factos acessíveis ou provas relevantes, ou então, como uma tentativa de explicação mediante uma suposição ou conjectura verosímil, destinada a ser comprovada pela comprovação dos factos”.

Segundo Fortin *et al.* (2009), uma investigação exige sempre a formulação de hipóteses, ou seja, a elaboração de enunciados formais das relações previstas entre duas ou mais variáveis.

Elaborados os enunciados declarativos, que são os objetivos, e para tentar encontrar respostas para as questões acima enunciadas, propusemos as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 (H<sub>1</sub>): A «satisfação no trabalho» dos e das profissionais de saúde é diferente consoante exerçam funções no setor público, privado ou parceria público-privada.

Hipótese 2 (H<sub>2</sub>): Há diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o trabalho entre géneros, faixas etárias e estado civil.

Hipótese 3 (H<sub>3</sub>): Há diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o trabalho no que concerne à categoria profissional e ao tempo de exercício profissional..

Hipótese 4 (H<sub>4</sub>): Há diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o trabalho no que concerne ao tipo de vínculo, horário de trabalho e tipo de horário.

### 3.3 - Tipo de Estudo

Delineou-se um estudo observacional e transversal, seguindo um modelo de análise descritivo-correlacional, com uma abordagem eminentemente quantitativa.

Para Fortin, Côté e Vissandjée (2003a, p.22), “o método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”. Freixo (2009, p.145) acrescenta que “tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos”. E Ribeiro (2010) refere que a investigação quantitativa caracteriza-se por se expressar através de números.

Estudos transversais são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (Fortin *et al.*, 2009; Almeida & Rouquayrol, 2006).

Vilelas (2009, p.122) salienta que “os estudos correlacionais procuram determinar as relações entre as variáveis presentes num estudo. Não procuram estabelecer uma relação causa-efeito. O seu objetivo é quantificar, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis”. Já Freixo (2010) refere que num estudo de investigação correlacional o enunciado das hipóteses é uma etapa processual fundamental que permite uma predição das relações esperadas entre duas ou mais variáveis.

### 3.4 - Definição de Dimensões e Variáveis de Estudo

A operacionalização das variáveis apresenta-se como uma das etapas fundamentais para o sucesso da investigação.

Segundo Gil (1996), tem como objetivo conferir maior precisão aos enunciados científicos. Fortin, Côté e Vissandjée (2003b, p.36) mencionam que “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

### 3.4.1 - Variáveis independentes

Fortin *et al.* (2003b, p.37) mencionam que a “variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente”. São variáveis que afetam outra variável, são o fator que constitui a causa para certo efeito (Campana *et al.*, 2001).

Com o objetivo de caracterizar os profissionais de saúde que constituíram a amostra, categorizamos as variáveis sociodemográficas em género, idade e estado civil. As variáveis profissionais foram categorizadas em categoria profissional e tempo de exercício profissional. As variáveis laborais foram categorizadas em tipo de gestão da entidade laboral, tipo de vínculo, horário de trabalho e tipo de horário (tabela 5).

**Tabela 5** - Variáveis do estudo

| Componentes              | Dimensões                          | Variáveis Independentes                                                                                                                                                       | Indicadores |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Sociodemográficas</b> | Género                             | Masculino<br>Feminino                                                                                                                                                         |             |
|                          | Idade                              | Anos                                                                                                                                                                          |             |
|                          | Estado Civil                       | Solteiro(a)<br>Casado (a)/União de facto<br>Separado (a)/ Divorciado<br>Viúvo                                                                                                 |             |
|                          |                                    |                                                                                                                                                                               |             |
| <b>Profissionais</b>     | Categoria Profissional             | Médico(a)<br>Enfermeiro(a)<br>Técnico(a) de Radiologia<br>Fisioterapeuta<br>Secretário(a) Clínico(a)/ Administrativo(a)<br>Assistentes Operacionais                           |             |
|                          | Tempo de exercício profissional    | Anos                                                                                                                                                                          |             |
| <b>Laborais</b>          | Tipo de gestão da entidade laboral | Pública<br>Privada<br>Parceria público-privada                                                                                                                                |             |
|                          |                                    |                                                                                                                                                                               |             |
|                          | Tipo de vínculo                    | Nomeação<br>Contrato Administrativo de Provimento (CAP)<br>Contrato Individual de Trabalho (CIT)<br>Contrato de Trabalho a Termo Resolutivo<br>Prestação de serviços<br>Outro |             |
|                          |                                    |                                                                                                                                                                               |             |
|                          |                                    |                                                                                                                                                                               |             |
|                          | Horário semanal                    | Horário parcial (<35h/semana)<br>Horário completo (35-40h/semana)<br>Horário acrescido (>40h/semana)                                                                          |             |
|                          | Tipo de horário                    | Fixo<br>Por turnos                                                                                                                                                            |             |

### 3.4.2 - Variável dependente

A variável dependente constitui a base da presente investigação e hipoteticamente pode ser influenciada pelas restantes variáveis.

Segundo Fortin *et al.* (2003b, p.37), “a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”. Conforme nos diz Campana *et al.* (2001), é dependente a variável capaz de ser influenciada pela outra. Polit e Hungler (1995, p.373) referem que a variável dependente é a “variável de resultado que interessa ao pesquisador, a variável que é formulada como uma hipótese para depender de outra variável (chamada de variável independente) ”.

Aqui a variável dependente é a satisfação profissional dos profissionais de saúde.

A EST (Escala de Satisfação com o Trabalho), escolhida para avaliar a satisfação profissional dos profissionais de saúde foi desenvolvida por Ribeiro (2002), e subdivide-se em seis dimensões: Segurança com o Futuro da Profissão (SFP); Apoio da Hierarquia (AH); Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado (ROTR); Condições Físicas do Trabalho (CFT); Relação com Colegas (RC); e a Satisfação com a Profissão (SP).

## 3.5 - População e Amostra

A elaboração de um estudo de investigação com estas características obriga à especificação da população.

Fortin (2003a, p.373) define população como um “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. Para Polit e Hungler (1995, p.34) é o “conjunto ou totalidade de objetos, sujeitos ou membros que estão em conformidade com um conjunto de especificações”. Sendo a população alvo “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 2003b, p.202).

Campana *et al.* (2001, p.155) caracterizam uma população como “o conjunto de todos os possíveis valores de uma variável e, como amostra, qualquer subconjunto (parte) do mesmo”. Para Fortin (2003b, p.202), amostra é um “sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”.

Tendo em consideração o referido anteriormente e os objetivos do estudo, definiu-se como população alvo todos os profissionais de saúde que trabalham em meio hospitalar, em Portugal, sendo a amostra alvo todos os profissionais de saúde que trabalham em meio hospitalar, em Portugal e para os quais foi enviado o *link* do questionário. A amostra alvo do nosso estudo ficou delimitada a 551 indivíduos.

Segundo Fortin (2003b, p.202), “a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas de uma população é escolhida com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada”.

O método de amostragem selecionado foi o não probabilístico por conveniência, através do método de «bola de neve».

Na amostragem não probabilística “a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador” (Mattar 1996, p.132). Por conveniência, “porque os entrevistados são selecionados com base na sua semelhança presumida com a população útil e na sua disponibilidade imediata” (Rea & Parker, 2002, p.150).

### 3.6 - Instrumento de Colheita de Dados

Atendendo ao tipo de estudo e ao processo de amostragem selecionado, optou-se por recolher os dados através de um inquérito por questionário de autopreenchimento via web. Este instrumento foi o que nos pareceu mais adequado, além disso, o questionário é de fácil aplicação, oferece a possibilidade de anonimato total e a ausência de um entrevistador garante não haver tendenciosidade nas respostas. Por outro lado, tem um custo reduzido e apresenta um nível de confiança aceitável.

Na ótica de Pais Ribeiro (1999, p.79), um questionário tem que “possuir um conjunto de propriedades métricas, éticas, entre outras, que garantam que o são”.

O instrumento de recolha de dados é composto por duas partes (*Anexo I*). A primeira parte é constituída por um questionário prévio contemplando variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional. A sua elaboração foi fundamentada em reflexões conceptuais sólidas e alicerçadas em conhecimentos já existentes para que, desta forma, os seus resultados fossem satisfatórios. As questões foram elaboradas pelo investigador e baseadas no questionário aplicado pela Sr.<sup>a</sup> Dra. Sandra Moura em 2012, à qual foi pedida autorização via *email* (*Anexo II*).

A segunda parte é constituída pelo Questionário de Satisfação com o Trabalho, da autoria de José Luís Pais Ribeiro. Este questionário foi criado em 2002, em Portugal, com a finalidade de avaliar a satisfação com a prática profissional. O questionário é constituído por 24 afirmações que avaliam a satisfação com o trabalho e que se agrupam em seis dimensões ou fatores de satisfação: Segurança com o Futuro da Profissão (3 itens), Apoio da Hierarquia (3 itens), Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado (5 itens), Condições Físicas do Trabalho (3 itens), Relação com Colegas (4 itens) e Satisfação com a profissão (6 itens). Destes, sete itens encontram-se invertidos.

A resposta a cada uma das dimensões é realizada através de uma escala *Likert* de seis pontos, de escolha forçada, em que A (correspondente à pontuação de 1) significa total discordância e F (correspondente à pontuação de 6) implica total concordância.

O total da cotação obtém-se, primeiro, por dimensão, somando as pontuações obtidas e, depois, globalmente, adicionando os valores obtidos nas seis dimensões ou domínios de satisfação.

Os itens referentes a cada dimensão do questionário, bem como a relação dos que foram formulados de modo a permitir a inversão da respetiva cotação constam da tabela 6.

**Tabela 6** - Informação sobre cotação dos itens do Questionário de Satisfação com o Trabalho

| Dimensões                                         | Itens correspondentes | Itens invertidos |
|---------------------------------------------------|-----------------------|------------------|
| Segurança com o Futuro da Profissão               | 5, 8 e 13             |                  |
| Apoio da Hierarquia                               | 4, 11 e 19            |                  |
| Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado | 1, 6, 15, 18 e 21     | 1, 21            |
| Condições Físicas do Trabalho                     | 9, 17 e 23            |                  |
| Relação com Colegas                               | 7, 20, 22 e 24        | 20, 24           |
| Satisfação com a profissão                        | 2, 3, 10, 12, 14 e 16 | 2, 3, 10         |

Fonte: Pais Ribeiro (2002)

A aplicação da escala fornece um somatório por dimensão e ainda um somatório total que resulta da soma de todas as dimensões que define a variável satisfação no trabalho, ou seja, quanto maior for o *score* obtido, maior é o nível de satisfação, quer em cada dimensão quer na satisfação em geral.

Estabelece-se desta forma uma relação entre as variáveis da primeira parte do questionário e as dimensões da EST para assim se estabelecer quais os fatores preponderantes na satisfação com o trabalho nos profissionais de saúde.

### 3.6.1 - Procedimentos de Colheita de Dados

A aplicação do instrumento de recolha de dados incidiu numa amostra de profissionais de saúde, de ambos os géneros, de diferentes idades, com diferentes profissões e com diferentes tipos de gestão da entidade patronal.

O autor da EST, Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro foi contactado via *email*, e após a sua autorização (*Anexo III*), iniciou-se a recolha de dados.

Os participantes foram convidados a participar por correio eletrónico ou pela rede social *facebook*; a estes foi enviada uma mensagem da investigadora a explicar o estudo de investigação e o seu objetivo, facultando um *link* para o inquérito on-line.

Inicialmente, o pedido de colaboração foi enviado a todos os profissionais de saúde da rede de contactos e, posteriormente, solicitou-se a alguns dos colegas o reenvio do *link* (tabela 7). A cada participante foi garantida a confidencialidade e acesso aos resultados.

**Tabela 7** - Distribuição dos questionários on-line

| Quem realizou o contacto |   | Contacto                            |                                 |
|--------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------------|
|                          |   | Correio eletrónico ( <i>Email</i> ) | Rede Social ( <i>Facebook</i> ) |
| Investigadora            | A | 98                                  | 83                              |
|                          | B | 10                                  |                                 |
|                          | C | 6                                   | 40                              |
|                          | D |                                     | 50                              |
|                          | E | 12                                  | 30                              |
|                          | F |                                     | 60                              |
|                          | G |                                     | 20                              |
|                          | H |                                     | 16                              |
|                          | I | 16                                  |                                 |
|                          | J | 8                                   | 19                              |
|                          | K |                                     | 36                              |
|                          | L |                                     | 45                              |
|                          | M | 20                                  | 35                              |
|                          | N | 10                                  | 33                              |
| Total                    |   | 180                                 | 501                             |

Assim, foi enviado o inquérito por questionário a 681 profissionais de saúde, após cerca de um mês obtiveram-se 567 questionários respondidos, dos quais 16 foram considerados nulos pelo facto de as pessoas inquiridas não terem respondido à totalidade das questões da EST (tabela 8).

**Tabela 8** - Nível de respostas e aceitação dos questionários enviados

|                    | Enviados | Respondidos |       | Válidos |       |
|--------------------|----------|-------------|-------|---------|-------|
|                    | N        | N           | %     | N       | %     |
| Correio eletrónico | 180      | 155         | 86,1% | 152     | 98,1% |
| Facebook           | 501      | 412         | 82,2% | 399     | 96,8% |
| Total              | 681      | 567         | 83,3% | 551     | 97,2% |

A recolha de dados via Web processou-se entre 26 de fevereiro e 26 de março, com uma taxa de adesão de 83,3%.

Para a construção e envio do questionário eletrónico *on-line* foi utilizada a ferramenta denominada SurveyMonkey. Esta ferramenta, entre outras funcionalidades, permite a observação de resultados em tempo real, análise de texto, gráfico de respostas, com registo de todos os endereços dos respondentes, aqui salvaguardados em modo anonimizado.

No final do inquérito, o programa permite a importação dos dados para um ficheiro em Excel.

### 3.7 - Tratamento Estatístico dos Dados

O tratamento e análise dos dados têm como objetivo verificar se as afirmações obtidas validam as hipóteses formuladas, isto é, se os resultados observados correspondem aos resultados esperados.

Apresentar os resultados é fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação (Fortin *et al.*, 2009). De acordo com Campana *et al.* (2001), a estatística não deve ser vista unicamente como uma complicação de números, mas sim como um conjunto de métodos usados para obter, organizar e analisar informações numéricas.

Desta forma, após a recolha dos dados procedeu-se ao tratamento da informação obtida para processamento dos dados no programa de análise estatística de dados SPSS *Statistics*®, versão 20 para Windows.

A apresentação de dados é feita recorrendo a tabelas de frequências absolutas e relativas, gráficos de barras e histogramas para as variáveis escalares idade e tempo de exercício profissional. Na inferência estatística, recorreremos ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para testar a normalidade das variáveis dependentes. Em função dos resultados destes testes, aplicaram-se testes paramétricos ou não paramétricos, a saber: Teste *t-Student* para duas amostras independentes, ANOVA a um fator ou Teste de *Kruskal-Wallis* para comparar mais de dois grupos independentes. No caso da ANOVA procedeu-se ainda à validação do pressuposto da homogeneidade das variâncias e independência.

Em todos os testes realizados, o nível de significância adotado foi de 5%, pelo que valores de prova inferiores a 5% permite-nos concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

### 3.8 - Princípios Éticos

Tendo em consideração que a metodologia utilizada foi o inquérito *Web*, entendemos que em termos éticos não se envolvem tantos riscos como nos trabalhos convencionais.

Salienta-se que não foram necessários os habituais pedidos de autorização às instituições, pois os participantes foram contactados a nível pessoal. Em nenhuma instância será divulgada a identidade de qualquer profissional de saúde na descrição dos dados avaliados e resultados descritos, protegendo assim o anonimato dos sujeitos e respeitando a ética do sigilo profissional, a menos que o colaborador tenha voluntariamente facultado o seu *e-mail* para receber informação dos resultados.

De referir que, como o questionário não foi preenchido pessoalmente, a opção de não participação foi mais facilitada e menos constrangedora.

## **PARTE III**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

---

## 1 - Apresentação e Análise dos Resultados

“Os números são bastante menos vagos do que as palavras, consequentemente, são capazes de comunicar informações a uma audiência mais ampla”.

Polit e Hungler (1995, p.202)

A análise e apresentação dos dados é uma das etapas mais relevantes e fundamentais e tem como objetivo apresentar os resultados obtidos ao longo deste estudo de investigação, em função dos seus objetivos, das questões de investigação e da natureza da investigação.

Parafraseando Fortin (2003c, p.329), “apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas”.

Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas efetuadas com base nos dados recolhidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados.

### 1.1 - Caracterização Geral da Amostra

Neste capítulo efetuar-se-á a análise descritiva da caracterização dos profissionais de saúde, de acordo com as variáveis sociodemográficas, profissionais e laborais.

#### 1.1.1 - Variáveis sociodemográficas

A amostra é constituída por 551 indivíduos profissionais da saúde, dos quais 74,2% (n=409) é do género feminino. A idade dos inquiridos varia entre 21 e 63 anos, sendo a média 34,11 anos e o desvio padrão 7,78 anos (figura 5).

Por faixa etária, há cerca de 28% de inquiridos com menos de 30 anos, 54% tem entre 30 e 39 anos, e os restantes têm 40 ou mais anos. Assim, salienta-se uma amostra em estudo relativamente jovem.

A maioria dos inquiridos (55,7%) é casada ou vive em união de facto, havendo 37,7% de indivíduos solteiros, cerca de 6% divorciados ou separados e 2 viúvos.

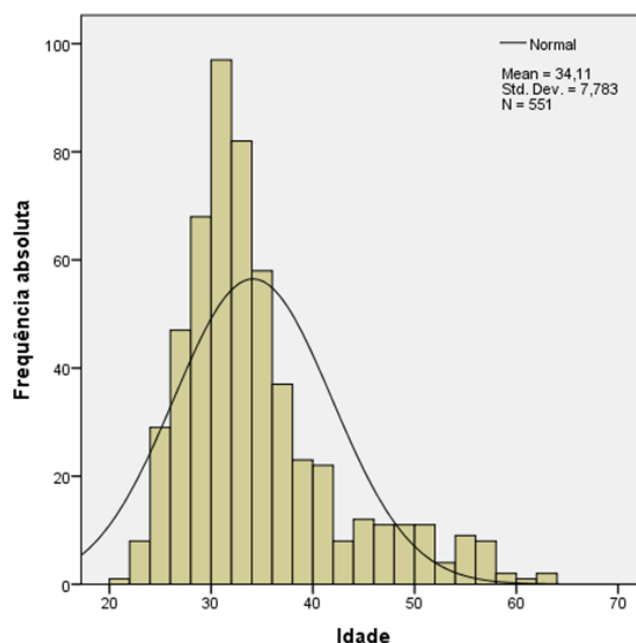


**Figura 5** - Distribuição da idade dos inquiridos

Na tabela 9 apresenta-se a distribuição da amostra em estudo no que concerne às variáveis sociodemográficas.

**Tabela 9** - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas

| Dimensões           | Indicadores           | N          | %            |
|---------------------|-----------------------|------------|--------------|
| <b>Sexo</b>         | Feminino              | 409        | 74,2         |
|                     | Masculino             | 142        | 25,8         |
| <b>Idade</b>        | Menos de 30 anos      | 153        | 27,8         |
|                     | 30 a 39 anos          | 297        | 53,9         |
|                     | 40 a 49 anos          | 64         | 11,6         |
|                     | 50 ou mais anos       | 37         | 6,7          |
| <b>Estado civil</b> | Solteiro              | 208        | 37,7         |
|                     | Casado/união de facto | 307        | 55,7         |
|                     | Separado/divorciado   | 34         | 6,2          |
|                     | Viúvo                 | 2          | 0,4          |
| <b>Total</b>        |                       | <b>551</b> | <b>100,0</b> |

### 1.1.2 - Variáveis profissionais

Quanto às variáveis profissionais, nomeadamente, categoria profissional e tempo de exercício profissional, apresentamos a caracterização da amostra na tabela 10.

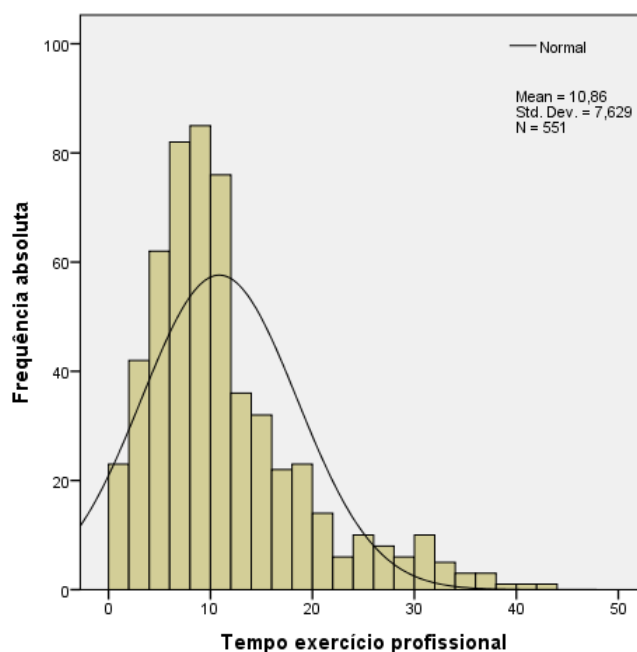
**Tabela 10** - Caracterização da amostra no que concerne às variáveis profissionais

| Dimensões                       |                                   | N   | %    |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----|------|
| Categoria profissional          | Médico                            | 72  | 13,1 |
|                                 | Enfermeiro                        | 424 | 77   |
|                                 | Técnico de radiologia             | 5   | 0,9  |
|                                 | Técnico de análises clínicas      | 6   | 1,1  |
|                                 | Fisioterapeuta                    | 17  | 3,1  |
|                                 | Secretário clínico/administrativo | 9   | 1,6  |
|                                 | Assistentes operacionais          | 14  | 2,5  |
|                                 | Outra                             | 4   | 0,7  |
| Tempo de exercício profissional | Menos de 5 anos                   | 90  | 16,3 |
|                                 | 5 a 9 anos                        | 204 | 37   |
|                                 | 10 a 14 anos                      | 130 | 23,6 |
|                                 | 15 a 19 anos                      | 59  | 10,7 |
|                                 | 20 ou mais anos                   | 68  | 12,3 |

Quanto à categoria profissional, a maioria dos inquiridos (77%) é enfermeiro, cerca de 13% é médico, sendo estas as mais representativas.

No que respeita ao tempo de exercício profissional, há 16,3% com menos de 5 anos de serviço, 37% tem entre 5 e 9 anos de serviço, há 23,6% com tempo de serviço entre 10 e 14 anos, há 10,7% com tempo de serviço entre 15 e 19 anos e os restantes 12,3% tem 20 ou mais anos de serviço (figura 6). O tempo médio de serviço registado na amostra em estudo foi de 10,86 anos e o desvio padrão 7,63 anos.

Estes resultados são suportados pelo facto da amostra em estudo ser relativamente jovem, como já mencionado.

**Figura 6** - Tempo de exercício profissional em anos

### 1.1.3 - Variáveis laborais

Na tabela 11 apresentamos a caracterização da amostra no que concerne às variáveis laborais: tipo de gestão da entidade laboral, prestação direta de cuidados, tipo de vínculo, horário semanal, tipo de horário e existência de turnos noturnos.

**Tabela 11** - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis laborais

| Dimensões                          | Indicadores                             | N   | %     |
|------------------------------------|-----------------------------------------|-----|-------|
| Tipo de gestão da entidade laboral | Pública                                 | 319 | 57,9% |
|                                    | Privada                                 | 94  | 17,1% |
|                                    | Parceria público-privada                | 138 | 25,0% |
| Prestação direta de cuidados       | Sim                                     | 525 | 95,3% |
|                                    | Não                                     | 26  | 4,7%  |
| Tipo de Vínculo                    | Nomeação                                | 20  | 3,6%  |
|                                    | Contrato administrativo de provimento   | 18  | 3,3%  |
|                                    | Contrato individual de trabalho         | 373 | 67,7% |
|                                    | Contrato de trabalho a termo resolutivo | 64  | 11,6% |
|                                    | Prestação de serviços                   | 33  | 6,0%  |
|                                    | Contrato de trabalho funções públicas   | 43  | 7,8%  |
|                                    | Estágio profissional                    | 1   | 0,2%  |
|                                    | Horário parcial (<35 h)                 | 30  | 5,4%  |
| Horário semanal                    | Horário completo (35-40 h)              | 457 | 82,9% |
|                                    | Horário acrescido (>40 h)               | 64  | 11,6% |
| Tipo de horário                    | Turnos                                  | 400 | 72,6% |
|                                    | Fixo                                    | 151 | 27,4% |
| Turnos noturnos                    | Sim                                     | 399 | 72,4% |
|                                    | Não                                     | 152 | 27,6% |

A maioria dos inquiridos (57,9%) exerce funções numa entidade pública, cerca de 17% numa entidade privada e 25% em PPP. Mais de 95% dos profissionais de saúde inquiridos exerce funções na prestação direta de cuidados.

No que concerne ao tipo de vínculo, cerca de 68% possui um contrato individual de trabalho, há 11,6% com contrato a termo resolutivo e 6% em prestação de serviços. Há ainda 3,6% nomeados, e 3,3% com contrato administrativo de provimento, cerca de 8% com contrato em funções públicas e um inquirido está a realizar um estágio profissional.

Quanto ao horário semanal, a maioria dos inquiridos (82,9%) tem horário completo, isto é, trabalha entre 35 a 40 horas por semana, apenas 5,4% trabalha a tempo parcial, e 11,6% tem horário acrescido, ou seja, trabalha mais de 40 horas por semana.

O tipo de horário predominante é por turnos (72,6%) e os restantes 27,4% trabalha com horário fixo. E, um dos inquiridos que trabalha por turnos não tem noturnos. Quanto ao nível de satisfação com o envolvimento e participação nos processos de tomada de decisão

dentro da equipa multidisciplinar, apresentamos na figura 7 as frequências relativas obtidas para a amostra deste estudo.

**Tabela 12** - Distribuição da amostra de acordo com o distrito onde exerce funções

|                  | N   | %    |
|------------------|-----|------|
| Aveiro           | 10  | 1,8  |
| Beja             | 2   | 0,4  |
| Braga            | 14  | 2,5  |
| Bragança         | 36  | 6,5  |
| Castelo Branco   | 7   | 1,3  |
| Coimbra          | 19  | 3,4  |
| Évora            | 7   | 1,3  |
| Faro             | 9   | 1,6  |
| Guarda           | 5   | 0,9  |
| Leiria           | 8   | 1,5  |
| Lisboa           | 298 | 54,1 |
| Portalegre       | 1   | 0,2  |
| Porto            | 57  | 10,3 |
| Santarém         | 17  | 3,1  |
| Setúbal          | 16  | 2,9  |
| Viana do Castelo | 7   | 1,3  |
| Vila Real        | 11  | 2,0  |
| Viseu            | 15  | 2,7  |
| Açores           | 4   | 0,7  |
| Madeira          | 8   | 1,5  |
| Total            | 551 | 100  |

Analisando a tabela 12, relativo ao distrito no qual os profissionais de saúde da amostra desempenham funções, verifica-se que o distrito de Lisboa é claramente o mais representado, com 54,1% do total. Segue-se com maior representação, embora bem mais diminuta, os distritos do Porto e Bragança, com 10,3% e 6,5%, respetivamente.

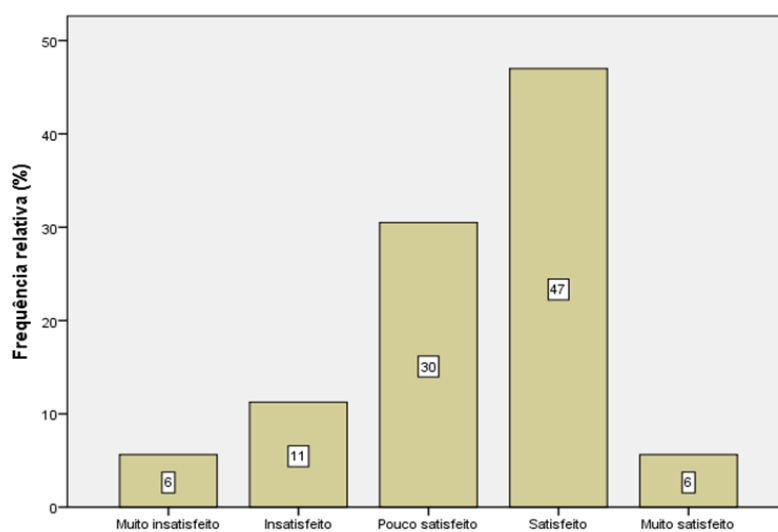


**Figura 7** - Nível de satisfação com o envolvimento e participação nos processos de tomada de decisão

Regista-se que 6% dos inquiridos está muito insatisfeita e igual percentagem está muito satisfeita; há 47% de inquiridos que está satisfeita, 30% está pouco satisfeita e 11% está insatisfeita. Assim, de uma maneira geral, podemos afirmar que a maioria dos profissionais de saúde inquiridos está satisfeita com o envolvimento e participação nos processos de tomada de decisões dentro da equipa multidisciplinar.

Na figura 8 apresenta-se o grau de concordância dos indivíduos da amostra em estudo com a afirmação «Profissionais satisfeitos refletem doentes satisfeitos». E, a larga maioria dos profissionais de saúde concorda ou concorda plenamente com a afirmação. Há cerca de 6% (n=31) que nem concorda nem discorda, 1,4% (n=8) que discorda e apenas um inquirido está completamente em desacordo.

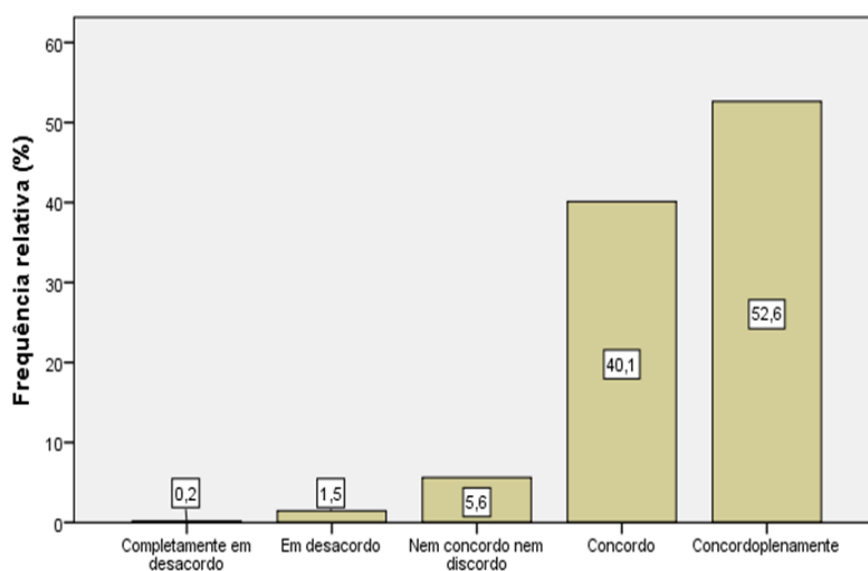


**Figura 8** - Grau de concordância com a afirmação: «Profissionais satisfeitos refletem doentes satisfeitos»

## 1.2 - Análise do Questionário de Satisfação com o Trabalho

Tendo por base o questionário de satisfação com o trabalho, apresentamos uma análise das frequências relativas das respostas obtidas em cada um dos 24 itens da escala, cujos resultados se encontram na tabela 13.

**Tabela 13** - Distribuição percentual das respostas aos 24 itens da EST

| Itens                                                                                     | DT          | DB   | DP   | CP   | CB   | CT   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|------|------|------|------|
| <b>1. Ninguém reconhece que sou um bom profissional (n=551)</b>                           | 3,3         | 10,2 | 17,2 | 18,7 | 26,9 | 23,8 |
| <b>2. O meu trabalho é muito rotineiro (n=550)</b>                                        | 5,3         | 11,5 | 23,6 | 23,6 | 23,3 | 12,7 |
| <b>3. O progresso na minha carreira é muito lento (n=549)</b>                             | <b>69,0</b> | 16,0 | 5,8  | 4,0  | 2,4  | 2,7  |
| <b>4. O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho (n=551)</b>  | 16,3        | 18,5 | 19,1 | 22,5 | 18,1 | 5,4  |
| <b>5. A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro (n=550)</b>           | 19,5        | 23,5 | 18,7 | 20,9 | 11,1 | 6,4  |
| <b>6. As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas (n=548)</b>                  | 4,9         | 12,8 | 17,5 | 30,8 | 29,6 | 4,4  |
| <b>7. A minha relação com os meus colegas é boa (n=550)</b>                               | 0,9         | 2,4  | 5,8  | 15,5 | 47,5 | 28,0 |
| <b>8. A administração da minha empresa tem uma política clara (n=550)</b>                 | 19,5        | 23,1 | 25,1 | 18,9 | 10,5 | 2,9  |
| <b>9. As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis (n=549)</b>                | 11,3        | 19,5 | 21,3 | 23,5 | 19,7 | 4,7  |
| <b>10. O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir (n=545)</b>          | 28,6        | 22,0 | 16,9 | 16,0 | 11,4 | 5,1  |
| <b>11. O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso (n=549)</b>                   | 12,9        | 15,8 | 15,8 | 24,6 | 21,1 | 9,7  |
| <b>12. O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade (n=548)</b>                  | 11,1        | 18,1 | 22,6 | 27,0 | 16,1 | 5,1  |
| <b>13. A administração da minha empresa explica bem a sua política (n=546)</b>            | 22,7        | 27,1 | 21,6 | 16,3 | 10,1 | 2,2  |
| <b>14. A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos (n=549)</b>      | 9,3         | 17,9 | 24,4 | 29,1 | 14,2 | 5,1  |
| <b>15. Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho (n=548)</b>              | 13,5        | 16,4 | 20,1 | 27,2 | 17,7 | 5,1  |
| <b>16. A minha profissão dá-me oportunidades de promoção (n=548)</b>                      | 39,2        | 25,7 | 13,5 | 13,1 | 6,2  | 2,2  |
| <b>17. As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis (n=549)</b>           | 10,0        | 14,8 | 15,1 | 23,9 | 26,0 | 10,2 |
| <b>18. Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho (n=550)</b> | 3,3         | 9,6  | 14,7 | 40,4 | 27,6 | 4,4  |
| <b>19. O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho (n=544)</b>      | 11,2        | 18,0 | 20,4 | 26,1 | 19,1 | 5,1  |
| <b>20. Não gosto das pessoas com quem trabalho (n=551)</b>                                | 0,9         | 3,4  | 8,5  | 12,3 | 28,1 | 46,6 |
| <b>21. Ninguém reconhece o meu trabalho (n=548)</b>                                       | 4,0         | 7,3  | 13,0 | 21,7 | 24,5 | 29,6 |
| <b>22. Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas (n=547)</b>                    | 3,5         | 6,8  | 8,8  | 19,4 | 30,9 | 30,7 |
| <b>23. As condições de trabalho no meu serviço são boas (n=546)</b>                       | 9,3         | 16,7 | 15,4 | 26,9 | 24,7 | 7,0  |
| <b>24. Os meus colegas não me tratam bem (n=551)</b>                                      | 1,8         | 5,1  | 3,8  | 8,0  | 27,0 | 54,3 |

Legenda: DT – discorda totalmente; DB – discorda bastante; DP – discorda parcialmente; CP – concorda parcialmente; CB – concorda bastante; CT – concorda totalmente. Nota: os itens a negrito foram reconvertidos, pelo que a afirmação deve ser negada.

Destacam-se os itens 3 e 24 nos quais se obteve a maioria das respostas numa das categorias. Assim, no item 3 (reconvertido), «o progresso na minha carreira é muito rápido», a maioria (69%) dos inquiridos discorda totalmente. No item 24 (reconvertido) «os meus colegas tratam-me bem», a larga maioria dos inquiridos concorda bastante ou totalmente com esta afirmação. Nos restantes itens, as repostas estão repartidas pelas várias possibilidades de

resposta, centrando-se as respostas no: «discordo parcialmente», «concordo parcialmente» e «concordo bastante».

Para cada item da EST, a unidade de medida tinha seis pontos que variava entre 1-discordo totalmente a 6-concordo totalmente, o que significa que o ponto médio de intervalo da resposta é de 3. Ou seja, abaixo de 3 o profissional de saúde está insatisfeito e acima de 3 está satisfeito.

Na figura 9 apresenta-se o valor médio por item.

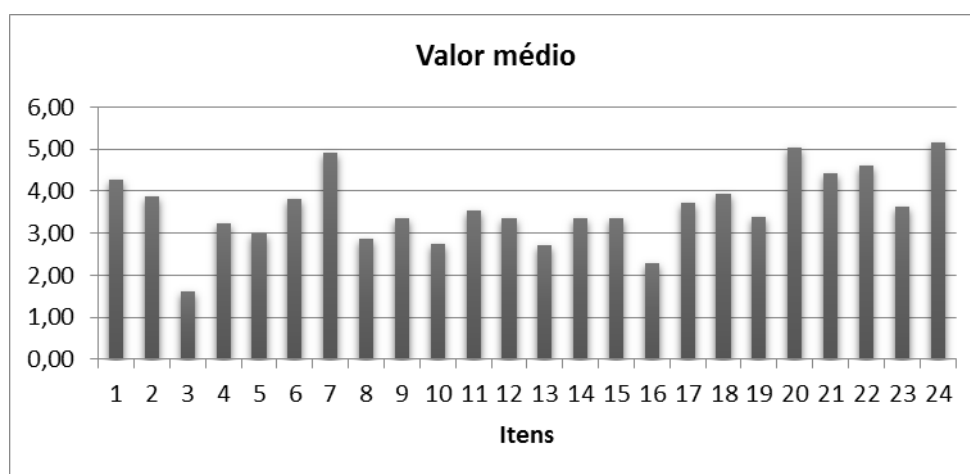


**Figura 9** - Valor médio por item

Destaca-se o item 7 («A minha relação com os colegas é boa»), item 20 («Gosto das pessoas com que trabalho») e item 24 («Os meus colegas tratam-me bem») com valor aproximadamente igual a 5, pelo que os profissionais de saúde estão muito satisfeitos nessas vertentes. Os itens 1 («Todos reconhecem que sou um bom profissional»), 21 («Todos reconhecem o meu trabalho») e 22 («Fiz amizades muito duradouras entre o meus colegas») apresentam valor médio superior a 4, pelo que também aqui os inquiridos estão bastantes satisfeitos.

Os itens 3 («O progresso na minha carreira é muito rápido») e 16 («A minha profissão dá-me oportunidades de promoção») são os que apresentam os valores médios mais baixos, o que traduz menor satisfação dos profissionais de saúde.

Tendo em consideração o artigo de Pais Ribeiro (2002), consideraram-se os fatores aí descritos e para os quais se obtiveram os resultados de descrição apresentados na tabela 14 que se segue.

Nesta escala, quanto maiores os *scores* obtidos em cada dimensão e também no total, melhores os resultados de satisfação.

**Tabela 14** - Distribuição dos 24 itens da EST pelas dimensões

| Dimensões                                                | Itens                 | Score Mínimo | Score Máximo |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|--------------|
| Segurança com o Futuro da Profissão (SFP)                | 5, 8, 13              | 3            | 18           |
| Apoio da Hierarquia (AH)                                 | 4, 11, 19             | 3            | 18           |
| Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado (ROTR) | 1, 6, 15, 18, 21      | 5            | 30           |
| Condições Físicas do Trabalho (CFT)                      | 9, 17, 23             | 3            | 18           |
| Relação com Colegas (RC)                                 | 7, 20, 22, 24         | 4            | 24           |
| Satisfação com a Profissão (SP)                          | 2, 3, 10, 12, 14, 16  | 6            | 36           |
| Escala de Satisfação com o Trabalho (EST)                | 1, 2, 3,...22, 23, 24 | 24           | 144          |

Nota: Itens invertidos: 1, 2, 3, 10, 20, 21, 24.

Uma vez que os instrumentos de medida servem para colher os dados que fornecerão resposta às questões de investigação ou às hipóteses, é importante considerar os aspetos da fidelidade e da validade dos instrumentos de medida (Fortin & Nadeau, 2003).

Na tabela 14 apresenta-se para cada dimensão e para o valor global a variação teórica, o alfa de *Cronbach*, média e desvio padrão para a amostra em estudo.

NA SFP obteve-se uma variação entre 3 e 18 pontos, tendo-se registado uma média de 8,56 e um desvio padrão de 3,31. Este valor médio pode considerar-se baixo, pelo que os profissionais de saúde não estão muito satisfeitos nesta vertente. O alfa de *Cronbach* obtido foi de 0,68 o que traduz uma consistência fraca, resultado que coincide com o estudo de Geca (2012) que obteve 0,55, e de Moura (2012) que obteve 0,63.

Na dimensão AH, o valor médio obtido foi de 10,19 e o desvio padrão 3,78, tendo-se observado valores entre 3 e 18. Neste caso, e comparativamente à dimensão anterior, os profissionais de saúde estão ligeiramente mais satisfeitos, mas ainda assim o valor é baixo. Nesta dimensão, o alfa de *Cronbach* obtido foi de 0,81, o que traduz uma boa consistência interna, e comparando com os estudos de Geca (2012) e Moura (2012), ambos obtiveram uma consistência razoável, 0,73 e 0,78, respetivamente.

No que concerne ao ROTR, a variação registada foi entre 5 e 30, sendo o valor médio 19,80 e o desvio padrão 4,56. Mais uma vez, o valor médio não é muito elevado e, como tal, podemos concluir que os profissionais de saúde não estão muito satisfeitos com o reconhecimento pelo outros do trabalho realizado. O alfa de *Cronbach* foi de 0,72, o que traduz uma consistência razoável.

Quanto às CFT, a consistência interna é boa (alfa igual a 0,87). O valor médio registado foi de 10,67, o que mais uma vez revela pouca satisfação por parte dos inquiridos.

Na RC, obteve-se uma variação entre 5 e 24 pontos, sendo a média 19,71, valor mais próximo do limite superior que se pode obter, pelo que podemos afirmar que os inquiridos

estão satisfeitos nesta dimensão. O alfa de *Cronbach* foi de 0,74, o traduz uma consistência interna razoável.

Quanto à SP, obteve-se uma média de 17,23 numa variação entre 6 e 35, o que claramente revela insatisfação por parte dos profissionais de saúde inquiridos. O alfa de *Cronbach* obtido foi de 0,68, o que revela uma fraca consistência.

Globalmente, a pontuação pode variar entre 24 e 144 pontos, tendo-se registado na amostra em estudo um mínimo de 37 pontos (+13 que o mínimo teórico) e um máximo de 131 pontos (- 13 pontos que o máximo teórico). O valor médio foi de 86,16, o que é claramente baixo atendendo a que o máximo teórico é 144 pontos. Deste modo, e de uma forma geral, os profissionais de saúde estão pouco satisfeitos com a sua profissão.

O alfa de *Cronbach* global foi de 0,88, o que traduz uma boa consistência interna.

**Tabela 15** - Valores mínimos e máximos teóricos, alfa de *Cronbach*, média e desvio padrão para cada dimensão e para o global da escala de satisfação com o trabalho

| Dimensões                                                | Mínimo observado | Máximo observado | Alfa de <i>Cronbach</i> | Média | Desvio padrão |
|----------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------------------------|-------|---------------|
| Segurança com o Futuro da Profissão (SFP)                | 3                | 18               | 0,68                    | 8,56  | 3,31          |
| Apoio da Hierarquia (AH)                                 | 3                | 18               | 0,81                    | 10,19 | 3,78          |
| Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado (ROTR) | 5                | 30               | 0,72                    | 19,80 | 4,56          |
| Condições Físicas do Trabalho (CFT)                      | 3                | 18               | 0,87                    | 10,67 | 3,87          |
| Relação com Colegas (RC)                                 | 5                | 24               | 0,74                    | 19,71 | 3,59          |
| Satisfação com a Profissão (SP)                          | 6                | 35               | 0,68                    | 17,23 | 5,12          |
| Escala de Satisfação com o Trabalho (EST)                | 37               | 131              | 0,88                    | 86,16 | 16,95         |

### 1.3 - Inferência Estatística

Neste capítulo efetua-se a análise inferencial, isto é, desenvolvem-se os resultados relativos aos testes de hipóteses.

Hipótese 1 ( $H_1$ ): A «satisfação no trabalho» dos profissionais de saúde é diferente consoante estes exerçam funções no setor público, privado ou parceria público-privada.

Para testar esta hipótese, e como se pretende comparar três grupos independentes entre si, vamos testar a normalidade recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para as seis dimensões e para o resultado global da EST. A única variável onde se confirma a normalidade dos dados é na EST, pois os valores de prova obtidos são superiores a 5%, e recorreremos portanto a uma *ANOVA*; nas seis dimensões não se confirma a normalidade, pelo que as

comparações entre os três grupos foram feitas recorrendo ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

Os resultados são apresentados em função da média e desvio padrão em cada grupo, assim como a mediana e ainda a estatística do teste e respetivo valor de prova (tabela 16).

**Tabela 16** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao tipo de gestão da entidade laboral

|      |          | Média (DP)    | Mediana | ET                  | VP     |
|------|----------|---------------|---------|---------------------|--------|
| SFP  | Pública  | 8,10 (3,06)   | 8       | $\chi^2_2 = 18,577$ | <0,001 |
|      | Privada  | 9,95 (3,75)   | 10      |                     |        |
|      | Parceria | 8,68 (3,29)   | 8       |                     |        |
| AH   | Pública  | 9,89 (3,78)   | 10      | $\chi^2_2 = 6,141$  | 0,046  |
|      | Privada  | 10,86 (3,78)  | 11      |                     |        |
|      | Parceria | 10,42 (3,74)  | 11      |                     |        |
| ROTR | Pública  | 19,74 (4,38)  | 20      | $\chi^2_2 = 3,668$  | 0,160  |
|      | Privada  | 20,57 (4,98)  | 21      |                     |        |
|      | Parceria | 19,42 (4,64)  | 20      |                     |        |
| CFT  | Pública  | 9,96 (3,85)   | 10      | $\chi^2_2 = 30,330$ | <0,001 |
|      | Privada  | 12,26 (3,78)  | 13      |                     |        |
|      | Parceria | 11,21 (3,58)  | 12      |                     |        |
| RC   | Pública  | 19,70 (3,63)  | 20,5    | $\chi^2_2 = 0,016$  | 0,992  |
|      | Privada  | 19,76 (3,46)  | 21      |                     |        |
|      | Parceria | 19,68 (3,60)  | 20      |                     |        |
| SP   | Pública  | 17,08 (5,11)  | 16      | $\chi^2_2 = 2,151$  | 0,341  |
|      | Privada  | 18,07 (5,24)  | 17      |                     |        |
|      | Parceria | 16,99 (5,02)  | 16      |                     |        |
| EST  | Pública  | 84,32 (15,89) | 84      | $F = 6,156$         | 0,002  |
|      | Privada  | 91,42 (19,21) | 89      |                     |        |
|      | Parceria | 86,67 (16,93) | 86      |                     |        |

Da análise, constata-se que os profissionais de saúde que exercem funções em entidades privadas são os que estão mais satisfeitos, quer nas seis dimensões quer globalmente, pois apresentam os maiores valores médios/medanas. Para além disto, confirma-se que há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões SFP, AH, CFT e ainda na satisfação global (EST), pois os valores de prova obtidos são inferiores a 5%. Na SFP, os profissionais do privado estão claramente mais satisfeitos do que os restantes. No AH, os profissionais que exercem funções em entidades públicas estão mais insatisfeitos face aos que trabalham no privado ou PPP. No que concerne às CFT, os profissionais de saúde que exercem funções no público estão mais insatisfeitos; nos restantes grupos, os valores médios/mediana são muito semelhantes, logo não diferem entre si.

Por último, na SP, os profissionais do privado estão mais satisfeitos do que os do público, mas não diferem dos que trabalham em PPP.

Hipótese 2 ( $H_2$ ): Há diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o trabalho entre géneros, faixas etárias e estado civil.

Quanto ao género, como as duas amostras são independentes e de grande dimensão, recorreu-se ao teste paramétrico de *t-Student* que compara as médias de cada grupo. Deste modo, apresentamos na tabela 17 os valores médios e respetivos desvios padrão, a estatística do teste e o valor de prova.

**Tabela 17** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao género

|      |           | Média (DP)    | ET           | VP    |
|------|-----------|---------------|--------------|-------|
| SFP  | Feminino  | 8,45 (3,28)   | $t = -1,305$ | 0,192 |
|      | Masculino | 8,88 (3,39)   |              |       |
| AH   | Feminino  | 10,10 (3,72)  | $t = -0,951$ | 0,342 |
|      | Masculino | 10,45 (3,95)  |              |       |
| ROTR | Feminino  | 19,64 (4,64)  | $t = -1,398$ | 0,163 |
|      | Masculino | 20,27 (4,32)  |              |       |
| CFT  | Feminino  | 10,48 (3,91)  | $t = -1,952$ | 0,051 |
|      | Masculino | 11,22 (3,73)  |              |       |
| RC   | Feminino  | 19,77 (3,60)  | $t = 0,719$  | 0,472 |
|      | Masculino | 19,52 (3,58)  |              |       |
| SP   | Feminino  | 16,79 (5,07)  | $t = -3,319$ | 0,001 |
|      | Masculino | 18,45 (5,06)  |              |       |
| EST  | Feminino  | 85,07 (16,75) | $t = -2,464$ | 0,014 |
|      | Masculino | 89,32 (16,75) |              |       |

Observa-se que os homens apresentam valores médios mais elevados do que as mulheres, com exceção da dimensão RC e, assim, os homens estão de uma maneira geral mais satisfeitos com a profissão. O teste *t-Student* permite-nos concluir que há diferenças estatisticamente significativas na dimensão SP e também globalmente (EST), pois o valor de prova obtido é inferior a 5%, e em ambas as situações os homens estão mais satisfeitos.

Para comparar a idade por faixa etária, e como se pretende comparar mais de dois grupos independentes entre si, a normalidade foi testada recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para as seis dimensões e para o global da EST. A única variável onde se confirma a normalidade dos dados é na EST, pois os valores de prova obtidos são superiores a 5%, e recorreu-se, portanto, a uma *ANOVA*; nas seis dimensões não se confirma a normalidade, pelo que as comparações entre os vários grupos foram feitas recorrendo ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

Na tabela 18 apresenta-se, para cada faixa etária e em cada dimensão da EST e globalmente, a média e desvio padrão, mediana, estatística do teste e valor de prova.

Da sua análise, conclui-se que os inquiridos com idades compreendidas entre 40 a 49 anos são os que estão mais insatisfeitos, quer nas várias dimensões quer globalmente, pois apresentam os valores médios mais baixos. Nas dimensões SFP, AH, ROTR e RC, os mais satisfeitos têm idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos. Na dimensão CFT, os mais

satisfeitos são os mais jovens e na dimensão SP, os mais velhos estão mais satisfeitos. Globalmente, isto é, no total da EST, os mais satisfeitos são os mais velhos. Mas, apesar disto, as diferenças entre os quatros grupos só têm relevância estatística da dimensão SP, pois o valor de prova obtido foi de  $0,003 < 5\%$ , destacando-se dos demais grupos os inquiridos com 50 ou mais anos, que estão claramente mais satisfeitos.

**Tabela 18** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo à faixa etária

|      |              | Média (DP)    | Mediana | ET                  | VP    |
|------|--------------|---------------|---------|---------------------|-------|
| SFP  | <30 anos     | 8,59 (3,44)   | 8       | $\chi^2_3 = 1,071$  | 0,784 |
|      | 30 a 39 anos | 8,62 (3,14)   | 8,5     |                     |       |
|      | 40 a 49 anos | 8,30 (3,72)   | 8,5     |                     |       |
|      | 50 ou mais   | 8,39 (3,48)   | 7       |                     |       |
| AH   | <30 anos     | 9,99 (3,81)   | 10      | $\chi^2_3 = 4,486$  | 0,214 |
|      | 30 a 39 anos | 10,43 (3,81)  | 11      |                     |       |
|      | 40 a 49 anos | 9,47 (3,57)   | 9       |                     |       |
|      | 50 ou mais   | 10,33 (3,73)  | 11      |                     |       |
| ROTR | <30 anos     | 19,43 (5,11)  | 20      | $\chi^2_3 = 4,290$  | 0,232 |
|      | 30 a 39 anos | 20,14 (4,36)  | 21      |                     |       |
|      | 40 a 49 anos | 19,16 (4,04)  | 19      |                     |       |
|      | 50 ou mais   | 19,67 (4,52)  | 21      |                     |       |
| CFT  | <30 anos     | 10,82 (4,04)  | 12      | $\chi^2_3 = 0,761$  | 0,859 |
|      | 30 a 39 anos | 10,66 (3,68)  | 11      |                     |       |
|      | 40 a 49 anos | 10,46 (4,41)  | 11,5    |                     |       |
|      | 50 ou mais   | 10,51 (3,81)  | 10      |                     |       |
| RC   | <30 anos     | 19,54 (3,41)  | 20      | $\chi^2_3 = 4,090$  | 0,252 |
|      | 30 a 39 anos | 19,99 (3,45)  | 21      |                     |       |
|      | 40 a 49 anos | 19,32 (3,87)  | 20      |                     |       |
|      | 50 ou mais   | 18,76 (4,69)  | 21      |                     |       |
| SP   | <30 anos     | 16,57 (5,43)  | 16      | $\chi^2_3 = 14,155$ | 0,003 |
|      | 30 a 39 anos | 17,26 (4,90)  | 16      |                     |       |
|      | 40 a 49 anos | 17,07 (4,71)  | 17      |                     |       |
|      | 50 ou mais   | 20,12 (5,39)  | 20      |                     |       |
| EST  | <30 anos     | 85,08 (18,15) | 85      | $F = 1,214$         | 0,304 |
|      | 30 a 39 anos | 87,04 (16,18) | 86      |                     |       |
|      | 40 a 49 anos | 83,06 (17,42) | 84,5    |                     |       |
|      | 50 ou mais   | 88,48 (17,12) | 88      |                     |       |

Por último, compara-se a satisfação dos profissionais de saúde no que concerne ao estado civil. E, como apenas dois inquiridos são viúvos, opta-se pela sua exclusão, comparando-se o grupo dos solteiros, casados/união de facto e separados/divorciados. A normalidade dos dados só se verificou para a EST, pelo que neste caso recorreu-se a uma

ANOVA. Nas dimensões recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* e os resultados são apresentados na tabela 19. Todos os valores de prova obtidos são superiores a 5%, pelo que as diferenças observadas entre os vários grupos não são estatisticamente significativas. Nas dimensões SPF, AH, RC, SP e também globalmente (EST), os inquiridos separados/divorciados apresentam maiores níveis médios de satisfação. Nas dimensões ROTR e CFT, os mais satisfeitos são os solteiros.

**Tabela 19** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao estado civil

|      |                       | Média (DP)    | Mediana | ET                 | VP    |
|------|-----------------------|---------------|---------|--------------------|-------|
| SFP  | Solteiro              | 8,50 (3,34)   | 8       | $\chi^2_2 = 1,195$ | 0,550 |
|      | Casado/união de facto | 8,55 (3,28)   | 8       |                    |       |
|      | Separado/divorciado   | 9,21 (3,51)   | 9       |                    |       |
| AH   | Solteiro              | 10,38 (3,82)  | 10      | $\chi^2_2 = 1,288$ | 0,525 |
|      | Casado/união de facto | 10,02 (3,85)  | 10      |                    |       |
|      | Separado/divorciado   | 10,59 (3,03)  | 10      |                    |       |
| ROTR | Solteiro              | 20,14 (4,64)  | 21      | $\chi^2_2 = 1,437$ | 0,488 |
|      | Casado/união de facto | 19,56 (4,57)  | 20      |                    |       |
|      | Separado/divorciado   | 19,91 (4,20)  | 20      |                    |       |
| CFT  | Solteiro              | 10,87 (3,73)  | 11      | $\chi^2_2 = 0,883$ | 0,643 |
|      | Casado/união de facto | 10,57 (4,00)  | 11      |                    |       |
|      | Separado/divorciado   | 10,37 (3,61)  | 11      |                    |       |
| RC   | Solteiro              | 19,67 (3,51)  | 20      | $\chi^2_2 = 0,179$ | 0,915 |
|      | Casado/união de facto | 19,74 (3,65)  | 21      |                    |       |
|      | Separado/divorciado   | 19,82 (3,43)  | 20      |                    |       |
| SP   | Solteiro              | 17,03 (5,27)  | 16      | $\chi^2_2 = 2,188$ | 0,335 |
|      | Casado/união de facto | 17,20 (5,00)  | 17      |                    |       |
|      | Separado/divorciado   | 18,48 (5,20)  | 17      |                    |       |
| EST  | Solteiro              | 86,78 (17,38) | 86      | $F = 0,293$        | 0,746 |
|      | Casado/união de facto | 85,65 (16,97) | 85      |                    |       |
|      | Separado/divorciado   | 87,00 (14,05) | 85      |                    |       |

Hipótese 3 ( $H_3$ ): Há diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o trabalho no que concerne à categoria profissional e ao tempo de exercício profissional.

Na tabela 20 apresenta-se os resultados associados à satisfação com o trabalho e as várias dimensões no que diz respeito à categoria profissional. Há diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e globalmente, com exceção da RC, pois os valores de prova obtidos são inferiores a 5%.

**Tabela 20** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo à categoria profissional

|      |                                   | Média (DP)     | Mediana | ET                  | VP     |
|------|-----------------------------------|----------------|---------|---------------------|--------|
| SFP  | Médico                            | 8,61 (3,34)    | 8,5     | $\chi^2_7 = 20,377$ | 0,005  |
|      | Enfermeiro                        | 8,34 (3,12)    | 8       |                     |        |
|      | Técnico Radiologia                | 9,00 (4,36)    | 8       |                     |        |
|      | Técnico Análises clínicas         | 9,17 (4,92)    | 10      |                     |        |
|      | Fisioterapeuta                    | 12,06 (4,22)   | 14      |                     |        |
|      | Secretário Clínico/administrativo | 9,78 (3,0)     | 10      |                     |        |
|      | Assistentes operacionais          | 8,29 (3,77)    | 7       |                     |        |
|      | Outra                             | 13,00 (2,94)   | 11      |                     |        |
| AH   | Médico                            | 10,82 (3,90)   | 11      | $\chi^2_7 = 21,638$ | 0,003  |
|      | Enfermeiro                        | 9,85 (3,74)    | 10      |                     |        |
|      | Técnico Radiologia                | 10,40 (4,93)   | 12      |                     |        |
|      | Técnico Análises clínicas         | 10,83 (3,43)   | 10,5    |                     |        |
|      | Fisioterapeuta                    | 13,41 (2,96)   | 14      |                     |        |
|      | Secretário Clínico/administrativo | 11,89 (2,80)   | 13      |                     |        |
|      | Assistentes operacionais          | 11,50 (2,79)   | 12      |                     |        |
|      | Outra                             | 10,50 (5,92)   | 7       |                     |        |
| ROTR | Médico                            | 21,24 (4,50)   | 23      | $\chi^2_7 = 24,414$ | 0,001  |
|      | Enfermeiro                        | 19,44 (4,48)   | 20      |                     |        |
|      | Técnico Radiologia                | 19,20 (8,84)   | 23      |                     |        |
|      | Técnico Análises clínicas         | 21,50 (5,179)  | 20,5    |                     |        |
|      | Fisioterapeuta                    | 22,71 (4,229)  | 24      |                     |        |
|      | Secretário Clínico/administrativo | 21,33 (2,83)   | 22      |                     |        |
|      | Assistentes operacionais          | 17,57 (3,99)   | 17      |                     |        |
|      | Outra                             | 22,25 (3,95)   | 19      |                     |        |
| CFT  | Médico                            | 9,86 (4,03)    | 9       | $\chi^2_7 = 29,304$ | <0,001 |
|      | Enfermeiro                        | 10,64 (3,84)   | 11      |                     |        |
|      | Técnico Radiologia                | 10,60 (3,91)   | 12      |                     |        |
|      | Técnico Análises clínicas         | 12,83 (3,37)   | 12      |                     |        |
|      | Fisioterapeuta                    | 14,65 (2,32)   | 15      |                     |        |
|      | Secretário Clínico/administrativo | 9,00 (2,969)   | 9       |                     |        |
|      | Assistentes operacionais          | 10,23 (3,17)   | 11      |                     |        |
|      | Outra                             | 14,33 (1,15)   | 15      |                     |        |
| RC   | Médico                            | 18,96 (4,01)   | 20      | $\chi^2_7 = 9,309$  | 0,231  |
|      | Enfermeiro                        | 19,76 (3,55)   | 21      |                     |        |
|      | Técnico Radiologia                | 21,20 (3,03)   | 23      |                     |        |
|      | Técnico Análises clínicas         | 21,83 (2,40)   | 22      |                     |        |
|      | Fisioterapeuta                    | 20,88 (3,33)   | 22      |                     |        |
|      | Secretário Clínico/administrativo | 19,22 (2,73)   | 21      |                     |        |
|      | Assistentes operacionais          | 19,71 (3,65)   | 21      |                     |        |
|      | Outra                             | 18,75 (3,86)   | 1       |                     |        |
| SP   | Médico                            | 20,28 (4,959)  | 20      | $\chi^2_7 = 54,351$ | <0,001 |
|      | Enfermeiro                        | 16,54 (4,76)   | 16      |                     |        |
|      | Técnico Radiologia                | 16,40 (3,13)   | 17      |                     |        |
|      | Técnico Análises clínicas         | 15,33 (3,14)   | 15      |                     |        |
|      | Fisioterapeuta                    | 20,81 (4,87)   | 21,5    |                     |        |
|      | Secretário Clínico/administrativo | 18,43 (7,59)   | 17      |                     |        |
|      | Assistentes operacionais          | 15,77 (7,17)   | 15      |                     |        |
|      | Outra                             | 26,75 (2,50)   | 28      |                     |        |
| EST  | Médico                            | 89,99 (17,98)  | 92      | $F = 5,124$         | <0,001 |
|      | Enfermeiro                        | 84,44 (16,14)  | 85      |                     |        |
|      | Técnico Radiologia                | 86,80 (25,78)  | 92      |                     |        |
|      | Técnico Análises clínicas         | 91,50 (19,56)  | 85,5    |                     |        |
|      | Fisioterapeuta                    | 106,31 (15,62) | 108,5   |                     |        |
|      | Secretário Clínico/administrativo | 92,00 (14,90)  | 91      |                     |        |
|      | Assistentes operacionais          | 82,69 (14,42)  | 80      |                     |        |
|      | Outra                             | 99,33 (16,92)  | 95      |                     |        |

Para comparar a satisfação face à categoria profissional, e como se pretendia comparar mais de dois grupos independentes entre si, a normalidade foi testada recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para as seis dimensões e para o global da EST. A única variável onde se confirma a normalidade dos dados é na EST, pois os valores de prova obtidos são superiores a 5%, e recorreremos, portanto, a uma *ANOVA*; nas seis dimensões não se confirma a normalidade, pelo que as comparações entre os vários grupos foram feitas recorrendo ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

Na dimensão SFP, os fisioterapeutas estão claramente mais satisfeitos do que os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Na dimensão AH, os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os enfermeiros. No ROTR, os médicos estão mais satisfeitos do que os enfermeiros, e os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os assistentes operacionais. Nas CFT, os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os médicos, enfermeiros, secretário clínico/administrativo e os assistentes operacionais. Na SCP, os médicos estão mais satisfeitos que os enfermeiros e os assistentes operacionais, e, os que têm outra categoria, estão mais satisfeitos que os enfermeiros, técnicos de radiologia, técnicos de análises clínicas e os assistentes operacionais. Por último, globalmente, os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

Para comparar a satisfação dos profissionais de saúde quanto ao tempo de exercício profissional recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, pois não se validou o pressuposto da normalidade dos dados através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

**Tabela 21** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao tempo de exercício profissional

|      |              | Média (DP)    | Mediana | ET                 | VP    |
|------|--------------|---------------|---------|--------------------|-------|
| SFP  | <5 anos      | 8,79 (3,53)   | 8       | $\chi^2_4 = 5,832$ | 0,212 |
|      | 5 a 9 anos   | 8,28 (3,13)   | 8       |                    |       |
|      | 10 a 14 anos | 9,09 (3,28)   | 9       |                    |       |
|      | 15 a 19 anos | 8,34 (3,48)   | 8,5     |                    |       |
|      | 20 ou mais   | 8,28 (3,42)   | 7,5     |                    |       |
| AH   | <5 anos      | 10,59 (4,22)  | 10,5    | $\chi^2_4 = 5,037$ | 0,284 |
|      | 5 a 9 anos   | 9,95 (3,58)   | 10      |                    |       |
|      | 10 a 14 anos | 10,58 (3,63)  | 11      |                    |       |
|      | 15 a 19 anos | 9,60 (4,34)   | 10      |                    |       |
|      | 20 ou mais   | 10,14 (3,54)  | 1       |                    |       |
| ROTR | <5 anos      | 19,98 (5,61)  | 21      | $\chi^2_4 = 7,725$ | 0,102 |
|      | 5 a 9 anos   | 19,41 (4,25)  | 19      |                    |       |
|      | 10 a 14 anos | 20,52 (4,11)  | 21      |                    |       |
|      | 15 a 19 anos | 19,95 (5,10)  | 20      |                    |       |
|      | 20 ou mais   | 19,24 (4,21)  | 19      |                    |       |
| CFT  | <5 anos      | 11,07 (4,06)  | 12      | $\chi^2_4 = 7,710$ | 0,103 |
|      | 5 a 9 anos   | 10,22 (3,69)  | 11      |                    |       |
|      | 10 a 14 anos | 11,11 (3,79)  | 12      |                    |       |
|      | 15 a 19 anos | 11,02 (4,16)  | 11      |                    |       |
|      | 20 ou mais   | 10,38 (3,99)  | 11      |                    |       |
| RC   | <5 anos      | 19,31 (3,83)  | 20      | $\chi^2_4 = 8,902$ | 0,064 |
|      | 5 a 9 anos   | 19,60 (3,28)  | 20      |                    |       |
|      | 10 a 14 anos | 20,42 (3,87)  | 21      |                    |       |
|      | 15 a 19 anos | 19,92 (3,36)  | 21      |                    |       |
|      | 20 ou mais   | 18,96 (4,55)  | 21      |                    |       |
| SP   | <5 anos      | 17,78 (5,75)  | 17      | $\chi^2_4 = 7,674$ | 0,104 |
|      | 5 a 9 anos   | 16,69 (4,95)  | 16      |                    |       |
|      | 10 a 14 anos | 17,23 (4,63)  | 17      |                    |       |
|      | 15 a 19 anos | 16,76 (4,92)  | 15      |                    |       |
|      | 20 ou mais   | 18,58 (5,60)  | 18      |                    |       |
| EST  | <5 anos      | 87,88 (20,09) | 88,5    | $\chi^2_4 = 8,283$ | 0,082 |
|      | 5 a 9 anos   | 84,06 (14,94) | 83      |                    |       |
|      | 10 a 14 anos | 88,98 (15,92) | 88      |                    |       |
|      | 15 a 19 anos | 85,11 (19,35) | 86,5    |                    |       |
|      | 20 ou mais   | 85,84 (17,44) | 87,5    |                    |       |

Hipótese 4 ( $H_4$ ): Há diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o trabalho no que concerne ao tipo de vínculo, horário de trabalho e tipo de horário.

Na tabela 22 apresenta-se os resultados associados às comparações do nível de satisfação no que toca ao tipo de vínculo com a entidade laboral.

**Tabela 22** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao vínculo com a entidade laboral

|      |                   | Média (DP)    | Mediana | ET                  | VP    |
|------|-------------------|---------------|---------|---------------------|-------|
| SFP  | Nomeação          | 8,90 (3,68)   | 8       | $\chi^2_5 = 6,504$  | 0,260 |
|      | CAP               | 8,12 (2,55)   | 8       |                     |       |
|      | CIT               | 8,78 (3,31)   | 9       |                     |       |
|      | Termo resolutivo  | 7,88 (3,10)   | 8       |                     |       |
|      | Prestação serviço | 8,35 (3,73)   | 8       |                     |       |
|      | CTFP              | 7,77 (3,21)   | 8       |                     |       |
| AH   | Nomeação          | 10,60 (3,65)  | 11      | $\chi^2_5 = 6,683$  | 0,245 |
|      | CAP               | 9,59 (4,15)   | 11      |                     |       |
|      | CIT               | 10,41 (3,67)  | 10      |                     |       |
|      | Termo resolutivo  | 10,00 (3,69)  | 10      |                     |       |
|      | Prestação serviço | 9,63 (4,23)   | 9,5     |                     |       |
|      | CTFP              | 8,93 (4,20)   | 9       |                     |       |
| ROTR | Nomeação          | 21,25 (4,99)  | 23      | $\chi^2_5 = 20,837$ | 0,001 |
|      | CAP               | 19,71 (5,73)  | 21      |                     |       |
|      | CIT               | 20,05 (4,45)  | 21      |                     |       |
|      | Termo resolutivo  | 18,50 (4,11)  | 19      |                     |       |
|      | Prestação serviço | 21,03 (4,68)  | 21,5    |                     |       |
|      | CTFP              | 17,78 (4,62)  | 17      |                     |       |
| CFT  | Nomeação          | 11,85 (2,83)  | 12      | $\chi^2_5 = 6,482$  | 0,262 |
|      | CAP               | 10,12 (3,57)  | 12      |                     |       |
|      | CIT               | 10,83 (3,86)  | 11      |                     |       |
|      | Termo resolutivo  | 9,97 (4,31)   | 9       |                     |       |
|      | Prestação serviço | 10,75 (3,63)  | 12      |                     |       |
|      | CTFP              | 9,86 (3,93)   | 10      |                     |       |
| RC   | Nomeação          | 20,11 (2,81)  | 21      | $\chi^2_5 = 5,011$  | 0,415 |
|      | CAP               | 20,06 (3,13)  | 21      |                     |       |
|      | CIT               | 19,80 (3,59)  | 21      |                     |       |
|      | Termo resolutivo  | 19,29 (3,85)  | 20      |                     |       |
|      | Prestação serviço | 20,48 (2,66)  | 21      |                     |       |
|      | CTFP              | 18,62 (4,20)  | 19      |                     |       |
| SP   | Nomeação          | 17,15 (4,51)  | 15      | $\chi^2_5 = 5,778$  | 0,328 |
|      | CAP               | 17,00 (7,28)  | 15      |                     |       |
|      | CIT               | 17,37 (4,90)  | 16,5    |                     |       |
|      | Termo resolutivo  | 15,94 (5,68)  | 15      |                     |       |
|      | Prestação serviço | 18,41 (5,51)  | 15,5    |                     |       |
|      | CTFP              | 16,95 (5,07)  | 17      |                     |       |
| EST  | Nomeação          | 91,16 (14,95) | 92      | $F = 2,682$         | 0,014 |
|      | CAP               | 86,73 (20,13) | 86      |                     |       |
|      | CIT               | 87,15 (16,52) | 86      |                     |       |
|      | Termo resolutivo  | 81,37 (17,10) | 79      |                     |       |
|      | Prestação serviço | 87,93 (17,65) | 88,5    |                     |       |
|      | CTFP              | 79,49 (17,46) | 82      |                     |       |

Há diferenças estatisticamente significativas na dimensão ROTR e também na satisfação global (EST), pois os valores de prova obtidos são inferiores a 5%. Na dimensão ROTR, os nomeados e os que têm um contrato individual de trabalho são os que apresentam valores médios mais elevados e estão, portanto, mais satisfeitos comparativamente aos inquiridos cujo vínculo é contrato de trabalho em funções públicas que são os menos satisfeitos. Globalmente (EST), os nomeados são os que estão mais satisfeitos principalmente

face aos inquiridos cujo contrato é a termo resolutivo e também contrato de trabalho em funções públicas.

Na tabela 23 apresenta-se os resultados associados às comparações do nível de satisfação no que toca à carga horária semanal.

**Tabela 23** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo à carga horária semanal

|      |           | Média (DP)    | Mediana | ET                 | VP    |
|------|-----------|---------------|---------|--------------------|-------|
| SFP  | Parcial   | 8,30 (3,05)   | 8       | $\chi^2_2 = 0,317$ | 0,854 |
|      | Completo  | 8,55 (3,29)   | 8       |                    |       |
|      | Acrescido | 8,80 (3,59)   | 9       |                    |       |
| AH   | Parcial   | 10,40 (3,84)  | 10      | $\chi^2_2 = 1,058$ | 0,589 |
|      | Completo  | 10,24 (3,73)  | 10      |                    |       |
|      | Acrescido | 9,77 (4,12)   | 10      |                    |       |
| ROTR | Parcial   | 19,60 (4,60)  | 21      | $\chi^2_2 = 0,084$ | 0,959 |
|      | Completo  | 19,86 (4,39)  | 20      |                    |       |
|      | Acrescido | 19,50 (5,68)  | 20      |                    |       |
| CFT  | Parcial   | 10,00 (3,39)  | 11      | $\chi^2_2 = 2,145$ | 0,342 |
|      | Completo  | 10,78 (3,85)  | 11      |                    |       |
|      | Acrescido | 10,22 (4,20)  | 11      |                    |       |
| RC   | Parcial   | 19,86 (3,71)  | 20      | $\chi^2_2 = 0,127$ | 0,939 |
|      | Completo  | 19,70 (3,58)  | 21      |                    |       |
|      | Acrescido | 19,70 (3,70)  | 20      |                    |       |
| SP   | Parcial   | 17,03 (5,33)  | 16      | $\chi^2_2 = 1,632$ | 0,442 |
|      | Completo  | 17,12 (4,90)  | 17      |                    |       |
|      | Acrescido | 18,11 (6,39)  | 17      |                    |       |
| EST  | Parcial   | 85,89 (17,16) | 86      | $F = 0,293$        | 0,746 |
|      | Completo  | 86,11 (16,40) | 85      |                    |       |
|      | Acrescido | 86,61 (20,44) | 85      |                    |       |

Quanto à carga horária semanal, todos os valores de prova obtidos são superiores a 5%, pelo que as diferenças registadas entre os três grupos não são estatisticamente significativas. Os valores médios obtidos nos grupos nas várias dimensões e globalmente são muito similares mas, ainda assim, na SFP, SP e EST os mais satisfeitos são os que têm horário acrescido, no AH são os que têm horário parcial, no ROTR e CFT são os que têm horário completo e na RC são os que têm horário parcial.

Relativamente ao tipo de horário (tabela 24), há diferenças estatisticamente significativas no ROTR, SP e EST, pois os valores de prova obtidos são inferiores a 5%, e nas três situações os inquiridos mais satisfeitos são o que têm horário fixo. Esta tendência também

se observa nas dimensões SFP e AH, apesar da diferença não ser significativa do ponto de vista estatístico.

**Tabela 24** - Comparação da satisfação com o trabalho atendendo ao tipo de horário

|      |        | Média (DP)    | ET             | VP               |
|------|--------|---------------|----------------|------------------|
| SFP  | Turnos | 8,42 (3,17)   | $t = -1,524$   | 0,129            |
|      | Fixo   | 8,94 (3,66)   |                |                  |
| AH   | Turnos | 10,02 (3,70)  | $t = -0,1,674$ | 0,095            |
|      | Fixo   | 10,63 (3,96)  |                |                  |
| ROTR | Turnos | 19,48 (4,47)  | $t = -2,689$   | <b>0,007</b>     |
|      | Fixo   | 20,65 (4,72)  |                |                  |
| CFT  | Turnos | 10,71 (3,80)  | $t = 0,342$    | 0,732            |
|      | Fixo   | 10,58 (4,07)  |                |                  |
| RC   | Turnos | 19,83 (3,50)  | $t = 1,356$    | 0,176            |
|      | Fixo   | 19,37 (3,81)  |                |                  |
| SP   | Turnos | 16,52 (4,92)  | $t = -5,284$   | <b>&lt;0,001</b> |
|      | Fixo   | 19,12 (5,18)  |                |                  |
| EST  | Turnos | 84,87 (16,14) | $t = -2,633$   | <b>0,005</b>     |
|      | Fixo   | 89,59 (18,57) |                |                  |

Seguidamente, vamos comparar a categoria profissional que teve maior representatividade (enfermeiros) com a categoria profissional que apresenta maior satisfação com o trabalho (fisioterapeutas).

Quanto aos enfermeiros e fisioterapeutas, a principal diferença entre eles é o tipo de gestão da entidade empregadora e o tipo de horário, pois os fisioterapeutas têm todos horário fixo (tabela 25) e trabalham maioritariamente em privados (tabela 26).

**Tabela 25** - Caracterização dos fisioterapeutas e enfermeiros no que concerne ao tipo de horário

|                        |                | Tipo de horário |      | Total |
|------------------------|----------------|-----------------|------|-------|
|                        |                | Turnos          | Fixo |       |
| Categoria profissional | Enfermeiro     | 361             | 63   | 424   |
|                        | Fisioterapeuta | 0               | 17   | 17    |
| Total                  |                | 361             | 80   | 441   |

**Tabela 26** - Caracterização dos fisioterapeutas e enfermeiros no que concerne ao tipo de gestão da entidade empregadora

|                        |                | Tipo Gestão |         |                          | Total |
|------------------------|----------------|-------------|---------|--------------------------|-------|
|                        |                | Pública     | Privada | Parceria público-privada |       |
| Categoria profissional | Enfermeiro     | 246         | 65      | 113                      | 424   |
|                        | Fisioterapeuta | 6           | 9       | 2                        | 17    |
| Total                  |                | 252         | 74      | 115                      | 441   |

Para comparar estas duas categorias profissionais apresentamos, na figura 10, a média registada em cada um dos itens da escala de satisfação com a profissão. Observa-se que os fisioterapeutas estão sempre mais satisfeitos do que os enfermeiros, pois o valor médio é sempre superior nesses profissionais. E, recorrendo ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* testou-se se os dois grupos diferem de forma significativa. Na figura, todos os itens\* representam aqueles em que se obteve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Assim, os fisioterapeutas estão mais satisfeitos dos que os enfermeiros nos itens: 3 («O progresso na minha carreira é muito lento»), 4 («O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho»), 6 («As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas»), 8 («A administração da minha empresa tem uma política clara»), 9 («As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis»), 11 («O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso»), 12 («O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade»), 13 («A administração da minha empresa explica bem a sua política»), 14 («A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos»), 15 («Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho»), 17 («As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis»), 19 («O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho») e item 23 («As condições de trabalho no meu serviço são boas»).

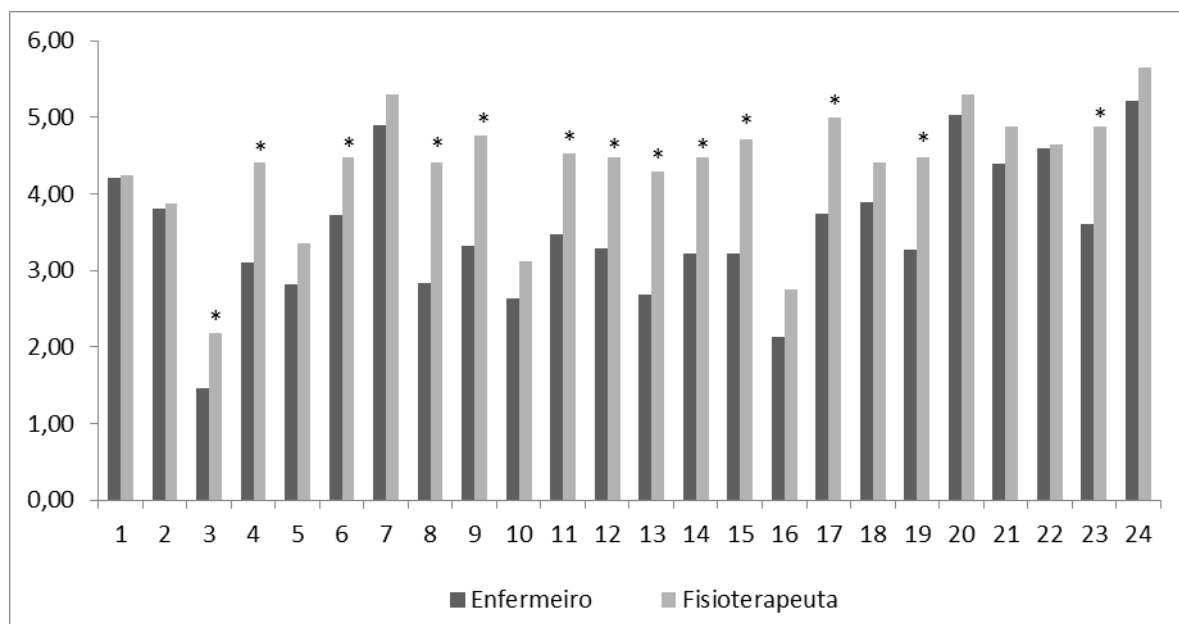


**Figura 10** - Média dos itens da escala de satisfação com o trabalho para enfermeiros e fisioterapeutas

Procedemos de igual modo para cada uma das seis dimensões e comparamos os resultados obtidos pelos enfermeiros e fisioterapeutas, figura 11. Mais uma vez, os itens\* indicam haver diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: SFP, AH, ROTR, CFT e SP e, em todas elas, os fisioterapeutas estão mais satisfeitos do que os enfermeiros.

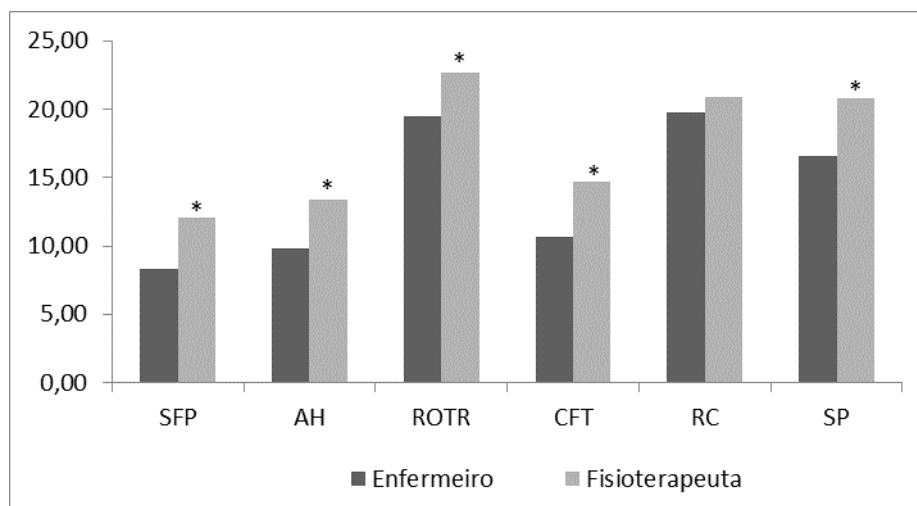


**Figura 11** - Média de cada dimensão da escala satisfação com o trabalho para os enfermeiros e fisioterapeutas

Globalmente, figura 12, os fisioterapeutas também estão mais satisfeitos do que os enfermeiros e essa diferença é estatisticamente significativa.

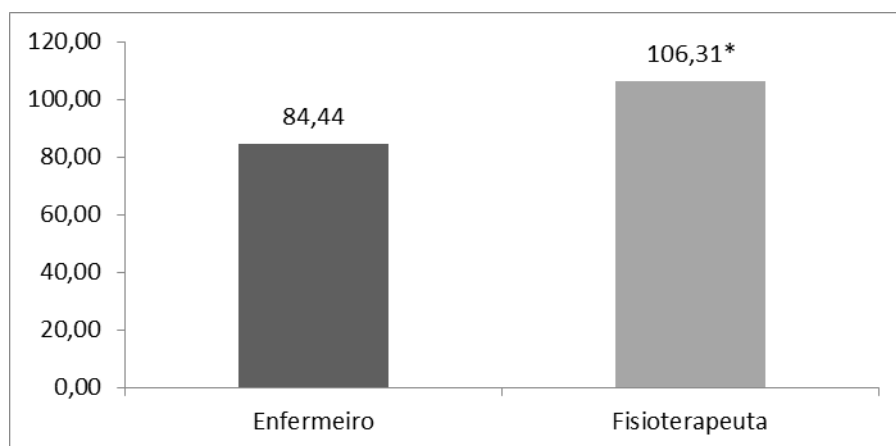


**Figura 12** - Satisfação média global com a profissão dos enfermeiros e fisioterapeutas

## 2 - Discussão dos Resultados

“Esta é a parte criativa do relatório. É aqui que se faz a síntese entre a teoria, a investigação e os resultados”.

Pais Ribeiro (1999, p.37)

Alcançada esta etapa da dissertação e após a apresentação e análise dos resultados, estes serão discutidos através de uma apreciação crítica, realçando os dados mais significativos e confrontando-os entre si e com os resultados de outros trabalhos de investigação relacionados com o fenómeno em estudo.

A importância da satisfação numa organização está bem documentada. Com funcionários satisfeitos, qualquer organização tem vantagens potencialmente acrescidas, dado que, de maneira geral, atrai os melhores, reduz a rotatividade do pessoal, aumenta a produtividade, reduz os custos, melhora a imagem perante a comunidade e ganha competitividade (Mezomo, 2001). Já uma pessoa insatisfeita não maximiza o seu potencial para o êxito coletivo (Almeida, 2007, cit. por A. Pereira, 2010).

Para compreender melhor estas relações, a variável dependente «Satisfação profissional dos profissionais de saúde» foi estudada em função da escala de satisfação com o trabalho desenvolvida por Pais Ribeiro (2002).

Verificou-se na relação entre o *Tipo de gestão* e a *Escala de satisfação com o trabalho* que os indivíduos que exercem funções em entidades privadas são os que estão mais satisfeitos. Este resultado confirma o obtido por Mrayyan (2005) no estudo comparativo que realizou na Jordânia, com uma amostra de 438 enfermeiros a trabalhar no setor público e no setor privado, em que os enfermeiros que trabalhavam em hospitais privados estavam mais satisfeitos com o trabalho. No entanto, não corresponde ao que foi anteriormente reportado por Maia (2012), que verificou que para a amostra utilizada (enfermeiros) não existia evidência estatística para afirmar que o tipo de natureza jurídica da instituição influencia a satisfação no trabalho dos mesmos.

Contudo, a hipótese ( $H_1$ ) aqui confirmada, de que a «Satisfação no trabalho» dos profissionais de saúde é diferente consoante estes exerçam funções no setor público, privado ou PPP, está estatisticamente sustentada na amostra de respondentes. É de salientar que a maior satisfação dos profissionais de saúde que exercem funções em entidades privadas se evidenciou nas dimensões SFP, AH, CFT. Adicionalmente, os profissionais do privado mostraram-se claramente mais satisfeitos do que os restantes no que respeita às expectativas

da SFP e, em entidades públicas, mostraram mais insatisfação com o AH, bem como relativamente às CFT.

Na relação entre o *Gênero* e a *Escala de satisfação com o trabalho*, verifica-se que os indivíduos do gênero masculino apresentam valores médios de satisfação mais elevados do que as mulheres em todas as dimensões da satisfação, com exceção da dimensão RC. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Graça (2000), Pais Ribeiro (2002), Tavares (2008), P. Pereira (2010), Freitas (2011), Moura (2012), os quais verificaram que os homens estão de uma maneira geral mais satisfeitos com a profissão que as mulheres. O contrário foi evidenciado por Simoens *et al.* (2000), Galdeano (2001), V. Batista *et al.* (2010) e Carrillo-Garcia *et al.* (2013). Para explicar essa tendência de maior satisfação das mulheres relativamente ao trabalho, foi sugerida a possibilidade de que as suas expectativas sejam menores, quando comparadas às dos homens e, conseqüentemente, mais fáceis de se satisfazer (Clark, 1997, cit. por Carrillo-Garcia *et al.*, 2013). Uma determinada posição no mercado de trabalho podia eventualmente mediar as assimetrias na satisfação. Outros estudos, nomeadamente o de Alcobia (2001), Ribeiro (2005), cit. por V. Batista *et al.* (2010), Herzberg, cit. por Agapito e Sousa. (2010), V. Ferreira (2011), Pacheco (2012) e Maia (2012), não verificaram diferenças estatisticamente significativas para afirmar que a satisfação no trabalho é diferente entre homens e mulheres.

Da análise da relação entre a *Idade* e a *Escala de satisfação com o trabalho*, verifica-se que os mais satisfeitos são os mais velhos, destacando-se dos demais grupos os inquiridos com 50 ou mais anos, que estão claramente mais satisfeitos. Estes resultados confirmam os resultados obtidos por Bennett (1999), Fontes (2009), Freitas (2011), Carrillo-Garcia *et al.* (2013), Krumm (2005) cit. por P. Pereira (2010), Leite (2013), Maia (2012), Ribeiro (2005) cit. por V. Batista *et al.* (2010), Robbins (2005), Simoens *et al.* (2000) e Tavares (2008). Mas não se coadunam com os estudos de P. Pereira (2010) e V. Ferreira (2011), que verificaram ser o grupo etário mais jovem os mais satisfeito. Os trabalhadores mais velhos apresentam níveis mais elevados de satisfação, porque provavelmente têm melhores remunerações, níveis mais elevados de responsabilidade, pois exercem cargos com um nível hierárquico superior e possuem mais anos de experiência (Cordeiro & Pereira, 2008). Além disso, desempenham trabalhos socialmente mais prestigiantes e possuem competências de nível superior e melhores recompensas (Spector, 1997). Por outro lado, o nível de habilitações literárias dos trabalhadores mais velhos pode ser mais reduzido do que o dos trabalhadores mais jovens, o que pode reduzir as expectativas dos indivíduos mais velhos (Cordeiro & Pereira, 2008).

No que respeita à influência do *Estado civil* sobre a *Satisfação com o trabalho*, verifica-se que os inquiridos separados/divorciados apresentam maiores níveis médios de satisfação. Curiosamente, este resultado contraria os obtidos por Moura (2012) e Shields e Ward (2001) cit por Maia (2012) ao verificarem que são os casados aqueles que apresentam uma satisfação maior. São também distintos dos resultados obtidos por P. Pereira (2010) que defende que são os solteiros a apresentar uma média de satisfação mais elevada, e de outros estudos, nomeadamente o de Tavares (2008), Pacheco (2012) e Maia (2012), que não verificaram diferenças estatisticamente significativas para afirmar que a satisfação no trabalho é diferente consoante o estado civil. Provavelmente, fatores conjunturais sociais característicos de cada região, em cada época e a sua conjuntura demográfica deverão ser estudados para melhor se perceber esta relação.

Desta forma, a hipótese (H<sub>2</sub>) aqui confirmada de que há diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o trabalho entre géneros, faixas etárias e estado civil está estatisticamente sustentada na amostra de respondentes. Relativamente à relação entre a *Categoria profissional* e a *Escala de satisfação com o trabalho*, verifica-se que, globalmente, os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os médicos, enfermeiros, técnicos de radiologia, técnicos de análises clínicas, secretário clínico/administrativo e assistentes operacionais inquiridos. Estão menos satisfeitos os assistentes operacionais seguidos dos enfermeiros. Nos estudos relacionados, McIntyre *et al.* (2000), Pais Ribeiro (2002) e Tavares (2008) concluíram serem os médicos os mais satisfeitos com a profissão.

McIntyre *et al.* (2000) realizaram um estudo aprofundado da satisfação profissional, stresse e recursos de *coping* dos profissionais dos serviços de saúde na região norte, com uma amostra total de 370 profissionais de saúde, dos quais 114 eram médicos, 125 enfermeiros, 129 administrativos e 2 técnicos de diagnóstico. Concluíram que os médicos estão mais satisfeitos com os colegas e com o trabalho em geral; os enfermeiros valorizam os colegas; os administrativos estão mais satisfeitos com a supervisão, com os colegas e com o trabalho.

Pais Ribeiro (2002) realizou um estudo sobre a satisfação com a profissão e impacto na saúde em profissionais de uma unidade de cuidados intensivos, com uma amostra total de 41 profissionais de saúde, dos quais 10 eram médicos e 17 enfermeiros, e concluí que os médicos eram os mais satisfeitos.

Tavares (2008) realizou um estudo sobre a satisfação profissional dos profissionais de saúde que exerciam funções no serviço de imagiologia dos hospitais da Universidade de Coimbra, com uma amostra total de 185 profissionais de saúde, dos quais 46 eram médicos,

61 técnicos de radiologia, 12 enfermeiros, 6 secretários clínicos, 12 administrativos e 48 auxiliares de ação médica, onde concluiu serem os médicos os mais satisfeitos e os administrativos os menos satisfeitos.

Robbins (2005) referiu que os profissionais altamente qualificados são mais difíceis de motivar e as recompensas tradicionais não costumam ser eficazes para estimular uma dedicação extra. Contrariando esta linha de pensamento, P. Pereira (2010), num estudo sobre a satisfação dos profissionais de saúde no Centro Hospitalar do Nordeste, com as categorias profissionais de médicos, enfermeiros, técnico superior de saúde, técnico de diagnóstico e terapêutica, administrativo, assistentes operacionais e operários, verificou que na satisfação global não existia relações significativas entre a profissão e a satisfação.

Da análise da relação entre o *Tempo de exercício profissional* e a *Escala de satisfação com o trabalho*, verifica-se que não há diferenças na satisfação dos profissionais de saúde nas várias dimensões e globalmente, sustentando-se, assim, os resultados testemunhados por Tavares (2008).

No entanto, parece relevante observar que os níveis de satisfação mais elevados são dos inquiridos com 10 a 14 anos de serviço, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Robbins (2005), Fontes (2009), Moura (2012) e Maia (2012), segundo os quais os indivíduos mais satisfeitos são os que têm mais tempo de serviço. Resultados diferentes são os de Neves (2002), MacRobert *et al.* (1993), cit. por V. Ferreira (2011), Ferreira (2011) e P. Pereira (2010), o que indicia a existência de fatores suscetíveis de influenciar diferenciadamente um acréscimo da satisfação profissional ao longo do percurso profissional. Segundo Spector (1997), as pessoas que trabalham há um longo período de tempo adaptam-se e ajustam as suas expectativas à realidade, atingindo níveis de satisfação mais elevados, embora diminua o seu grau de exigência.

No que diz respeito à relação entre o *Tipo de vínculo* e a *Escala de satisfação com o trabalho*, verifica-se que os nomeados são os que estão mais satisfeitos, apesar de P. Pereira (2010) ter observado que os trabalhadores que não tinham nenhum tipo de vínculo com a instituição estavam mais satisfeitos. No entanto, Robbins (2005) referiu que a estabilidade e a satisfação estão positivamente relacionadas. E V. Ferreira (2011) concluiu que foram os profissionais com contrato de trabalho a termo resolutivo, certo ou incerto, que demonstraram estar mais satisfeitos. Já Freitas (2011) relatou que indivíduos com contrato de trabalho a termo certo eram os mais satisfeitos, seguidos dos contratos de trabalho função pública e, por

último, contrato de trabalho a termo indeterminado. Será importante pesquisar em futuros estudos os fatores associados à satisfação em função do tipo de vínculo.

No que concerne à relação entre a *Carga horária semanal* e a *Escala de Satisfação com o Trabalho*, verifica-se que não há diferenças na satisfação dos profissionais de saúde nas várias dimensões e globalmente. No entanto, os mais satisfeitos são os que têm horário acrescido. Resultados que não se coadunam com os do estudo publicado por Fontes (2009), que concluiu que os enfermeiros que trabalham «35 horas/semana» atribuíram um grau de satisfação significativamente superior aos que trabalham «mais de 35 horas/semana». Haverá, neste contexto, que compreender melhor esta relação.

Relativamente à relação entre o *Tipo de horário* e a *Escala de satisfação com o trabalho*, verifica-se que os inquiridos mais satisfeitos são o que têm horário fixo. Resultados estes também obtidos por Moura (2012), P. Pereira (2010) e Maia (2012). Estes resultados não se coadunam com os descritos nos estudos realizados por Butler e Parsons (1989), cit. por V. Ferreira (2011) e por V. Ferreira (2011) que verificaram que os profissionais mais satisfeitos são os que trabalham por turnos. Já nos estudos de Soares (2007) e de Chasco e Aznarez (2000) cit. por Maia (2012), não há diferenças estatisticamente significativas. Provavelmente, estão em causa fatores de satisfação específicos e/ou conjunturais das populações estudadas.

Seguidamente, vamos analisar a variável dependente «Satisfação profissional dos profissionais de saúde» em função de cada uma das seis dimensões da escala de satisfação: Segurança com o Futuro da Profissão (SFP), Apoio da Hierarquia (AH), Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado (ROTR), Condições Físicas do Trabalho (CFT), Relação com Colegas (RC) e a Satisfação com a Profissão (SP).

Vamos comparar os resultados obtidos com os de P. Pereira (2010) e Moura (2012), uma vez que também estes autores utilizaram o questionário de satisfação com o trabalho de Pais Ribeiro (2002). P. Pereira (2010) realizou um estudo sobre a satisfação dos profissionais de saúde no Centro Hospitalar do Nordeste, com uma amostra de 489 profissionais. Moura (2012) realizou um estudo sobre a satisfação dos profissionais de enfermagem a exercer funções em entidades de prestação de cuidados de saúde primários do ACES Trás-os-Montes I Nordeste, com uma amostra de 155 profissionais de enfermagem.

No que concerne à dimensão SFP, verifica-se que os inquiridos do género masculino apresentam maiores níveis médios de satisfação. Estes resultados confirmam os resultados obtidos por P. Pereira (2010) e Moura (2012). Relativamente ao grupo etário, verificou-se que

os inquiridos com idade entre 30 -39 anos eram os mais satisfeitos, o que vai de encontro aos resultados de Moura (2012), cujos indivíduos mais satisfeitos têm idades compreendidas entre 34-43 anos. No entanto, P. Pereira (2010) verificou ser o grupo etário mais velho (61-70 anos) o mais satisfeito para esta dimensão. A dimensão SFP assenta nos fundamentos da Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow (1943) que propõe que uma das cinco necessidades humanas é a necessidade de segurança, relacionada com a segurança tanto física como emocional, familiar e social.

Da análise da dimensão AH, verifica-se que, nos três estudos, os mais satisfeitos são os inquiridos do género masculino. Quanto ao grupo etário, verificou-se que os inquiridos com idade entre 30-39 anos eram os mais satisfeitos. Estes dados não se coadunam com os resultados de P. Pereira (2010) e Moura (2012), que verificaram ser o grupo etário mais jovem o mais satisfeito, com idades compreendidas entre os 20-30 anos e 24-33 anos, respetivamente.

No que diz respeito à dimensão ROTR, verifica-se que são os homens os mais satisfeitos, o que confirma os resultados obtidos por P. Pereira (2010) e contraria os resultados de Moura (2012). Relativamente ao grupo etário, verificou-se que, mais uma vez, são os inquiridos com idade entre 30-39 anos os mais satisfeitos. Já no estudo de P. Pereira (2010) se verificou ser o grupo etário mais jovem o mais satisfeito (20-30 anos) e no estudo de Moura (2012) o grupo etário mais velho (>44 anos). A dimensão ROTR confirma os resultados obtidos na experiência de Hawthorne em 1933, que demonstrou que os colaboradores são mais eficientes e têm satisfação no trabalho desde que se lhes dê reconhecimento e importância a importância do fator humano nas organizações.

No que concerne à dimensão CFT, verifica-se que, novamente, são os homens os mais satisfeitos, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Moura (2012), mas não se coadunam com os resultados de P. Pereira (2010). Segundo Cordeiro e Pereira (2008), as mulheres percebem o seu ambiente de trabalho de forma diferente dos homens, ou seja, dão mais atenção e têm expectativas superiores às dos homens, o que as leva a vivenciar uma maior insatisfação com as condições de trabalho. Na variável grupo etário, verificou-se ser o grupo etário mais jovem o mais satisfeito (< 30 anos), ao contrário dos resultados encontrados por P. Pereira (2010) e Moura (2012), que verificaram ser o grupo etário mais velho o mais satisfeito, com idades compreendidas entre 61-70 anos e >44 anos, respetivamente. A dimensão CFT pode ser entendida através da Teoria dos Dois Fatores (1959) de Frederick

Herzberg, nomeadamente os fatores higiénicos ou extrínsecos que se caracterizam pelas condições dentro das quais as pessoas desempenham o seu trabalho.

Relativamente à dimensão RC, verifica-se que são os inquiridos do género feminino os mais satisfeitos, já nos estudos de P. Pereira (2010) e Moura (2012) os mais satisfeitos eram os inquiridos do género masculino. Quanto ao grupo etário não se verificou consenso, no estudo em análise os mais satisfeitos são os que têm idade compreendida entre 30-39 anos, no estudo de P. Pereira (2010) eram os mais novos (20 -30 anos) e no estudo de Moura (2012) eram os mais velhos (> 44 anos). A RC é caracterizada pelo contacto social e profissional, tanto formal como informal, durante o horário de trabalho (Siqueira & Kurcgant, 2012). Diversos estudos concluíram existir relação entre a satisfação profissional e a RC (Paiva, Rocha & Cardoso, 2011; Schimidt & Dantas, 2006; Siqueira & Kurcgant, 2012).

Da análise da dimensão SP, verifica-se que na totalidade dos estudos em análise são os homens os mais satisfeitos. No que diz respeito à variável grupo etário, verifica-se que os inquiridos mais satisfeitos são os mais velhos (>50 anos), o que vai de encontro aos resultados de Moura (2012) (>44 anos). Resultados diferentes são os de P. Pereira (2010), em que os mais satisfeitos são os inquiridos mais novos (20-30 anos).

Relativamente à participação nos processos de tomada de decisões dentro da equipa multidisciplinar, é de salientar os números que expressam um equilíbrio ainda não atingido nas relações entre profissionais nas equipas multidisciplinares nas organizações em geral; apesar de a maioria dos profissionais de saúde inquirida estar satisfeita (53%), uma proporção elevada (47%) não se considera efetivamente satisfeita com o envolvimento e participação nos processos de tomada de decisões dentro da equipa multidisciplinar. Vários autores consideram que a participação na tomada de decisão está positivamente relacionada com a satisfação (Alcobia, 2001; Andrade, 2001; Delp *et al.*, 2010; Lee & Cummings, 2008; Peiró & Prieto, 1996; Vanderslice *et al.*, 1987, cit. por Peiró & Prieto, 1996).

Relativamente à afirmação “Profissionais satisfeitos refletem doentes satisfeitos”, verificou-se que a larga maioria dos profissionais de saúde concorda ou concordou plenamente com a afirmação. Vários autores concluíram que a satisfação profissional exerce interferência na satisfação do utente/cliente (A. Martins, 2012; Cunha *et al.*, 2006; Donabedian, 1980; Emmendoerfer & Palmeira, 2013; Idvall *et al.*, 1997; Kenagy *et al.*, 1999; O. Santos *et al.*, 2007; Robbins, 2007).

Falta salientar que foi solicitado aos inquiridos, caso quisessem, para deixarem um comentário. A esmagadora maioria não respondeu, 20 inquiridos escreveram mensagens de

boa sorte, 9 inquiridos desabafos acerca da situação atual com a sua profissão, 6 inquiridos gostariam de saber os resultados do estudo e 3 inquiridos referem tratar-se de um estudo de investigação pertinente para a atual situação. A pertinência do estudo sobre satisfação profissional também é mencionada noutros estudos, nomeadamente, no de Agapito e Sousa (2010), M. C. Carvalho (2010) e G. Santos (2013).

## Conclusão

Chegada a esta etapa, cabe agora fazer uma retrospectiva do trabalho desenvolvido e tecer as considerações finais.

Na literatura existem já muitos estudos em Portugal sobre a satisfação profissional em meio hospitalar, onde é de consenso que a satisfação profissional é influenciada por diversos fatores e pode prever comportamentos futuros, desde o nível profissional até ao pessoal. Contudo, a comparação de resultados torna-se difícil na ausência de dados correlacionáveis sobre o enquadramento socioeconómico, geográfico-cultural e até político e conjuntural do momento em que cada estudo é realizado. Não surpreenderá, portanto, ser fácil encontrar, para diferentes cenários no tempo e no espaço, diferentes relações da satisfação profissional no setor público, privado ou em PPP, dependendo do género, da idade e do estado civil, bem como do tempo de exercício profissional, do tipo de vínculo, do horário de trabalho e do tipo de horário.

Neste estudo, observou-se que nas dimensões Segurança com o Futuro da Profissão (SFP) e Apoio da Hierarquia (AH), Relação com Colegas (RC) e a Satisfação com a Profissão (SP), e também globalmente (EST), os inquiridos separados/divorciados apresentam maiores níveis médios de satisfação. Nas dimensões Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado (ROTR), Condições Físicas do Trabalho (CFT), os mais satisfeitos são os solteiros.

Na dimensão Segurança com o Futuro da Profissão (SFP), os fisioterapeutas estão claramente mais satisfeitos do que os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Na dimensão AH os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os enfermeiros. No ROTR os médicos estão mais satisfeitos do que os enfermeiros, e os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os assistentes operacionais. Nas CFT os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os médicos, enfermeiros, secretário clínico/administrativo e os assistentes operacionais. Na SCP os médicos estão mais satisfeitos que os enfermeiros e os assistentes operacionais, e, os que têm outra categoria, estão mais satisfeitos que os enfermeiros, técnicos de radiologia, técnicos de análises clínicas e os assistentes operacionais. Por último, globalmente, os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

Relativamente ao tempo de exercício profissional e a carga horária semanal não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Os resultados obtidos neste estudo suscitam, de facto, uma reflexão sobre a forma como as variáveis sociodemográficas, profissionais e laborais estarão a influenciar alterações no nível de satisfação profissional dos profissionais de saúde, em Portugal, face à variação de resultados e conclusões distintas nos estudos sucessivamente publicados no contexto dos profissionais de saúde, não só em Portugal mas também noutros países.

Destacam-se, as principais conclusões:

- Indivíduos do género masculino apresentam valores médios de satisfação mais elevados do que as mulheres, com exceção da dimensão RC;
- Indivíduos de faixas etárias mais elevadas apresentam-se, no total da escala, mais satisfeitos que os das faixas etárias mais baixas;
- Indivíduos separados/divorciados apresentam satisfação superior aos restantes grupos;
- Globalmente, os fisioterapeutas estão mais satisfeitos que os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais;
- Profissionais de saúde, com tipo de contrato por nomeação, dizem-se mais satisfeitos que os restantes;
- Profissionais de saúde com horário acrescido globalmente, encontram-se mais satisfeitos;
- Profissionais de saúde que praticam horário fixo consideram-se mais satisfeitos do que os que praticam horário por turnos.

Merece destaque o grau de concordância obtido com a afirmação “Profissionais satisfeitos refletem doentes satisfeitos” pela larga maioria dos profissionais de saúde que concordaram ou concordaram plenamente com a afirmação, com apenas um inquirido (1/551) completamente em desacordo. É, assim, de antever uma consequência da satisfação profissional na comunidade, para além da produtividade nas organizações, na visão de que, através do desempenho de um profissional satisfeito no seu exercício de atividade, se consolida o alicerce para o êxito coletivo centrado no cliente/utente.

Apresentadas as conclusões, é importante tecer algumas considerações em torno das fragilidades deste estudo e sugerir recomendações para estudos futuros.

A principal limitação do estudo está relacionada com a particularidade de a estratégia de colheita de dados ter sido exclusivamente por questionário *on-line* e disseminado por correio eletrónico e pela rede social *Facebook*. Desta forma, profissionais de saúde que não tinham e-mail, conta na rede social ou que não eram utilizadores da internet, não foram

incluídos na amostra. Contudo, dado o pouco tempo disponível para a colheita, este pareceu ser o método mais eficaz, por ser rápido e garantir a confidencialidade.

Outra limitação a salientar foi o tamanho da amostra, apesar do esforço feito para que este fosse maior e mais equilibrado, a verdade é que não foi possível evitar o diferencial entre o setor público, privado e PPP, nem evitar que, na categoria profissional, a amostra fosse maioritariamente constituída por enfermeiros.

Os resultados obtidos estão condicionados pela dimensão da amostra e carecem de futuras investigações com vista a explorar fatores que possam contribuir para as divergências encontradas na satisfação dos profissionais de saúde em Portugal.

Como traves mestras de intervenção futura deverão ser alcançadas amostras aleatórias maiores e, em vez de um desenho transversal (avaliação num momento), o aprofundamento das causas de satisfação poderá ser auxiliado através de estudos longitudinais. A caracterização da satisfação profissional ao nível organizacional beneficiará, certamente, do desenvolvimento de estudos comparativos tendo por base diversos serviços.

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

## Bibliografia

- Administração Central dos Serviços de Saúde. (2009). *Metodologia de contratualização: USF modelo A e modelo B*. Lisboa: Autor. Retirado de [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o\\_USF\\_2009.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o_USF_2009.pdf)
- Agapito, S. M., & Sousa, F. C. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Rev Port Saúde Pública*, 28 (2), 132-139.
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M. ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344 (e1717), 1-14. doi: 10.1136/bmj.e1717
- Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho. In J. M. C. Ferreira, J. Neves & A. Caetano (Eds.), *Manual de psicossociologia das organizações* (pp. 281-306). Lisboa: McGraw-Hill.
- Al-Hussami, M. (2008). A study of nurses' job satisfaction: The relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research*, 22 (2), 286-295.
- Almeida, H. J. (1999). *A unidade funcional da saúde: Impacto nos barómetros do sistema de saúde portugueses*. XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998. Escola de Saúde Pública, 10-56.
- Almeida, N., & Rouquayrol, M. (2006). *Introdução à epidemiologia* (4a ed. rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Andrade, L. M. C. (2001). *A satisfação profissional nos enfermeiros de pediatria*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Departamento de Pediatria, Porto.
- Andrews, D. R., & Dziegielewska, S. F. (2005). The nurse manager: Job satisfaction, the nursing shortage and retention. *Journal Nursing Management*, 13 (4), 286-295. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15946168>

- Austin, T. M. (2005). *Definición del problema a investigar y de los objetivos de investigación*. Retirado de <http://www.angelfire.com/emo/tomaustin/Met/guiadosproblema.htm>
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). *O sector da saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Retirado de <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-11-12/Baganha%20-%20saude%20em%20portugal.pdf>
- Ball, J., Pike, G., Griffiths, P., Rafferty, A. M., & Murrells, T. (2012). RN4CAST nurse survey in England. London: University of Southampton, Centre for Innovation and Leadership in Health Sciences. Retrieved from [https://www.google.pt/?gfe\\_rd=cr&ei=oXU\\_VcvUC5Ss8wfikoHQBg&gws\\_rd=ssl#q=Ball+et+al.+%282012%29.+RN4CAST+Nurse+Survey+in+England](https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=oXU_VcvUC5Ss8wfikoHQBg&gws_rd=ssl#q=Ball+et+al.+%282012%29.+RN4CAST+Nurse+Survey+in+England)
- Barracho, L. P. P. (2013). *Motivação e satisfação dos colaboradores: O caso do Grupo Somitel*. Estágio Relatório, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Barros, P. (2000). *A economia dos serviços de saúde: Setor público e setor privado na prestação*. Apontamentos da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Barros, P. P. (2009). *Economia da saúde: Conceitos e comportamentos* (2a ed.). Coimbra: Almedina.
- Barros, P. P., & Gomes, J.-P. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Gabinete de Análise Económica. Retirado de [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2003/rel047-2003-estudo\\_externo-final.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-final.pdf)
- Batista, A. A. V., Vieira, M. J., Cardoso, N. C. S., & Carvalho, G. R. P. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39 (1), 85-91.
- Batista, V. L. D., Santos, R. M. F., Santos, P. M. F., & Duarte, J. C. (2010). Satisfação dos enfermeiros: Estudo comparativo em dois modelos de gestão hospitalar. *Referência*, 12 (Série, II), 57-69.

- Bennett, J. (1999). *An analysis of attitudes toward measures of job satisfaction related to identified factors of paramedic education*. Retrieved from <http://www2.widener.edu/erg0001/Dissertations/will.html>
- Cabral, A. P. (2011). O sistema de saúde português. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 5, 6-9.
- Cabral, A. P. (2013). *O direito à proteção da saúde*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa.
- Cabrita, J., & Perista, H. (2007). *Measuring job satisfaction in surveys: Comparative analytical report*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Retrieved from [http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/ewco/reports/TN0608TR01/TN0608TR01.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/ewco/reports/TN0608TR01/TN0608TR01.pdf)
- Caetano, A. (2007). Formação e mudança organizacional: Mudanças alfa, beta e gama. In A. Caetano (Ed.), *Avaliação da formação: Estudos em organizações portuguesas* (pp. 109-129). Lisboa: Livros Horizonte.
- Campana, A. O., Padovani, C. R., Iaria, C. T., Freitas, C. B. D., Paiva, S. A. R., & Hossne, W. S. (2001). *Investigação científica na área médica*. Barueri, SP: Manole.
- Carrillo-Garcia, C., Solano-Ruiz, M. C., Martínez-Roche, M. E., & Gómez-García, C. I. (2013). Influência do gênero e da idade: Satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21 (6), 1314-1320. Retirado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt\\_0104-1169-rlae-21-06-01314.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01314.pdf)
- Carvalho, G., & Lopes, S. (2006). Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. *Arquivos Ciência e Saúde*, 13 (4), 215-219.
- Carvalho, M., & Santiago, R. (2008). *VI Congresso Português de Sociologia. (Re)formas da burocracia: A nova gestão pública e a organização hospitalar*. Junho 2008.
- Carvalho, M. C. F. C. S. (2010). *Satisfação profissional dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Instituto de Educação, Lisboa. Retirado de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1574>

- Cordeiro, S., & Pereira, F. (2008). Características do trabalho, variáveis sócio-demográficas como determinantes da satisfação no trabalho na marinha portuguesa. *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Estudos e Ensaios*, 10, 68-78. Retirado de <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rhumanidades/article/view/1273/1032>
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., & Neves, P. (2006). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (5a ed. rev e actual.). Lisboa: Editora RH.
- Daniel, T. A., & Metcalf, G. S. 2005. *The science of motivation: Theories of motivation that support workplace programs*. Retrieved from <https://www.hrserviceinc.com/images/MOTIVATION.pdf>
- Davis, K. (1981). *Human behavior at work: Human relations and organizational behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Decreto-Lei n.º 11/93*, de 15 de janeiro. Aprova o estatuto do serviço nacional de saúde. Diário da República, 12. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 185/2002*, de 20 de agosto. Regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Diário da República, 191. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 188/2003*, de 20 de agosto. Aprova o regime jurídico da gestão hospitalar. Diário da República, 191. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 233/2005*, de 29 de dezembro. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima... aprova os respetivos estatutos. Diário da República, 249. Série I-A.
- Dejours, C. (2007). A carga psíquica do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jaye (Orgs.), *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 21-32). São Paulo: Atlas.
- Delp L., Wallace, S. P., Geiger-Brown, J., & Muntaner, C. (2010). Job stress and job satisfaction: Home care workers in a consumer-directed model of care. *Health Services Research*, 45 (4), 922-940. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01112.x
- Dinis, A. (2008). Saúde privada, integração sofisticada. *Revista IP Espaços/Edifícios/ Empresas, Dossier Especial Saúde e Tecnologia*, 14-22.

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). Chicago: Health Administration Press.
- Eira, A. (2010). *A saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Tese de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Faculdade de Economia, Porto.
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. (2004). Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3 (4), 20-28. Retirado de <http://www.spgsaude.pt/download/RPBG.pdf>
- Emmendoerfer, M. L., & Palmeira, M. L. (2013). Funcionário feliz é sinônimo de cliente satisfeito? Um estudo a partir de uma pesquisa de clima organizacional. *REDIGE – Revista de Design, Inovação e Gestão estratégica*, 4 (03), 1-19. Retirado de <http://www2.cetiq.t.senai.br/ead/redige/index.php/redige/article/view/213/257>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011a). *Relatório sobre a carta dos direitos dos utentes: Draft preliminar*. Porto: Autor. Retirado de <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/b728835740d469726edcd5ee88f1362d.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011b). *Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento público: relatório preliminar*. Porto: Autor. Retirado de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/34/Relatorio\\_Preliminar\\_Rede\\_Hospitalar.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/34/Relatorio_Preliminar_Rede_Hospitalar.pdf)
- Entidade Reguladora da Saúde. (2012). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. Porto: Autor. Retirado de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/399/Relat\\_rio\\_Centros\\_Hospitalares.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/399/Relat_rio_Centros_Hospitalares.pdf)
- Escoval, A. (1999). *Sistemas de financiamento da saúde. Análise e tendências*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Ferreira, A. I., & Martinez, L. F. (2008). *Manual de diagnóstico e mudança organizacional*. Lisboa: Editora RH.
- Ferreira, A. S. (2003). Nova lei de gestão hospitalar: De que modelo de regulação precisamos?, In *Livro de Atas do 8º Encontro Nacional de Economia da Saúde*, Lisboa, outubro.
- Ferreira, C. M. S. (2001). Modelo de formação reflexiva em ensino clínico com recurso à técnica de espelhamento: Impacto na satisfação dos estudantes. *Referencia*, 6, 5-13.

- Ferreira, F. H. G. (2003). *A evolução de uma ciência chamada administração*. Retirado de <http://pt.scribd.com/doc/49123970/A-Evolucao-de-uma-Ciencia-chamada-Administracao#scribd>
- Ferreira, J. M. C., Neves, J., Abreu, P. N., & Caetano, A. (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Ferreira, M. A. M. C. M. (2006). Satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6, 37-46.
- Ferreira, M. M. F. (2005). *Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga. Retirado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4383/1/tese.pdf>
- Ferreira, M. M. F., & Loureiro, L. (2009). EASPE: Uma escala de avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros. *Referência*, 10 (Suplemento Atas e Comunicações).
- Ferreira, V. L. A. (2011). *A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Faculdade de Economia, Porto. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf>
- Ferro, A. B., Adriano, A., Palma, J., Quintino, M. F., & Sousa, M. (2007). Satisfação profissional dos técnicos de anatomia patológica, citológica e tanatológica dos hospitais públicos e de gestão, S.A. da Sub-Região de Saúde de Lisboa. *Revista Técnica de Anatomia Patológica*, 10 (14), 6-14.
- Figueiredo, S. (2009). *Órgão de governação de topo do hospital público português: Estrutura e constituição*. Trabalho de projeto de investigação. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Fisher, C. D. (1985). Source of performance variance as a moderator of job satisfaction: Job performance relation ship. *International Journal of Psychology*, 20 (2), 169-178. doi:10.1080/00207598508247730
- Fonseca, R. (2014). *Satisfação profissional nas USF da ARS Centro: Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Fontes, A. (2009). *Satisfação profissional dos enfermeiros... que realidade? Serviço de cuidados intensivos versus serviço de medicina*. Tese de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F. (2003a). Glossário. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003b). Métodos de amostragem. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 15, pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003c). Apresentação e interpretação dos resultados. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 21, pp. 329-338). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., & Nadeau, M. (2003). A medida em investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 16, pp. 215-237). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003a). A investigação científica. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 1, pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003b). As etapas do processo de investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 3, pp. 35-43). Loures: Lusociência.
- Freitas, M. F. P. (2011). *Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas*. Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Retirado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1673>
- Freixo, J. M. V. (2010). *Metodologia científica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gago, A. (2008). *O financiamento hospitalar e os grupos de diagnóstico homogêneos*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Galdeano, A. S. (2001). *Gender differences in Job satisfaction and labour market participation: UK evidence from propensity score: Preliminary version*. Retrieved from <http://www.aiel.it/Old/bacheca/FIRENZE/Papers/Sanz%20de%20Galdeano.pdf>
- Galhanas, C. R. G. (2009). *A motivação dos recursos humanos nos novos modelos de gestão da administração pública*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa. Retirado de <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1757>
- Galhardo, N. M. O. (2007). *A (in)satisfação dos docentes do 1º ciclo perante a constituição da agrupamento de escolas: Estudo de caso no concelho de Vila Franca de Xira*. Dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Lisboa. Retirado de <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/655>
- Garmendia, J. A. (2004). The impact of corporate culture on company performance. *Current Sociology*, 52 (6), 1021-1038. doi:10.1177/0011392104046620
- Geca, E. E. F., Alves, A. T. B., Ribeiro, M. I. B., & Pires, T. C. D. S. (2012). *Nível de satisfação com o trabalho em profissionais de farmácias do distrito de Bragança* [Poster]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Gil, A. C. (1996). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Goetz, K., Campbell, S. M., Steinhäuser, J., Broge, B., Willms, S., & Szecsenyi, J. (2011). Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: An exploratory study. *BMC Family Practice*, 12 (1), 1-6. doi:10.1186/1471-2296-12-137
- Graaf-Zijl, M. (2008). *The relationship between job satisfaction and contingent-employment*, University of Amsterdam, Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies. Retrieved from [http://www.flexworkresearch.org/uploads/publication/document/3338/DeGraaf-Zijl\\_2008.pdf](http://www.flexworkresearch.org/uploads/publication/document/3338/DeGraaf-Zijl_2008.pdf)
- Graça, L. (1999). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde: Instrumentos para a melhoria da qualidade*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Graça, L. (2000). *A satisfação profissional dos médicos de família no SNS*. Parte III Retirado de <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos36.html>
- Graça, L. (2010). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: Um imperativo também para a gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 3-6.

- Grawitz, M. (1986). *Methodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Green, T., Ross, J., & Wertz, J. (1999). Job satisfaction and organizational commitment. In C. L. Cooper & I.T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial Psychological* (pp. 157-188). New York: John Wiley & Sons.
- Heneman, H., & Schwab, D. (1985). Pay Satisfaction: Its multidimensional nature and measurement. *International Journal of Psychological*, 20 (1), 129-141. doi: 10.1080/00207598508247727
- Hespanhol, A. (2008). Satisfação profissional dos enfermeiros do centro de saúde de São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 665-670.
- Idvall, E., Rooke, L., & Hamrin, E. (1997). Quality indicators in clinical nursing: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (1), 6-17. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025006.x
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Destaque: Informação à comunicação social*. Retirado de file:///C:/Users/Vera/Downloads/04DiaMundialSaude%20(1).pdf
- Joyce, C. M., Schurer, S., Scott, A., Humphreys, J., & Kalb, G. (2011). Australian doctors satisfaction with their work: Results from the MABEL longitudinal survey of doctors. *The Medical journal of Australia*, 194 (1), 30-33. Retrieved from [https://www.mja.com.au/system/files/issues/194\\_01\\_030111/joy11511\\_fm.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/194_01_030111/joy11511_fm.pdf)
- Kenagy, J. W., Berwick, D. M., & Shore, M. F. (1999). Service quality in health care [abstract]. *JAMA*, 281 (7), 661-665. doi:10.1001/jama.281.7.661
- Kvist, T., Mäntynen, R., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Does Finnish hospital staff job satisfaction vary across occupational groups? *BMC Health Services Research*, 13 (1), 376. doi:10.1186/1472-6963-13-376
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16 (7), 768-783. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00879.x
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de bases da saúde. Diário da República, 195. Série I.

- Lei nº 27/2002*, de 08 de novembro. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Diário da República, 258. Série I-A.
- Lei nº 56/79*, de 15 de setembro. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. Diário da República, 214. Série I.
- Leite, M. (2013). *Satisfação no trabalho: Determinantes organizacionais e pessoais mais relevantes*. Vila Nova de Gaia: Instituto Superior de Línguas e Administração.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Loureiro, R. (2005). *Liderança em enfermagem: Satisfação dos enfermeiros segundo o tipo de liderança da chefia*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Lu, H., While A. E., & Barriball K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 211-227. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003
- Maia, N. (2012). *Satisfação em enfermagem: Comparação entre sector público e privado*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Marreiros, J. (2007). *Gestão de recursos humanos na administração pública: Implicações no novo serviço público na gestão das pessoas*. Retirado de <http://prof.santana-e-silva.pt>
- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78. Retirado de <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25851/27583>
- Martinez, M. C., Paraguay, S. I. B., & Latorre, M. R. D. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 5-61.
- Martins, A. P. S. G. (2012). *Gestão dos fatores motivacionais intervenientes na satisfação/motivação dos profissionais da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Bragança*. Tese de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Retirado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8215>

- Martins, M. C. F., & Santos, G. E. (2006). Adaptação e validação de construto da escala de satisfação no trabalho. *Psico-USF* 11 (2), 195-205. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v11n2/v11n2a08.pdf>
- Massano, D. T. (2012). *O clima organizacional em Unidades hospitalares públicas e privadas. A perspectiva dos técnicos de radiologia*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Évora, Évora. Retirado de <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1715/1/O%20clima%20organizacional%20em%20unidades%20hospitalares%20p%C3%BAblicas%20e%20privadas.pdf>
- Mattar, F. (1996). *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas.
- McCormick, C. A. (2000). *A study of job attitudes (job satisfaction, organizational commitment and career commitment) and career adaptability of the members of the library and information science profession*. Retirado de <http://www.vla.org/programs/MLAVLASummary.html>.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E., & Silvério J. (2000). *Estudo Aprofundado da satisfação profissional, stress e recursos de coping dos profissionais dos serviços de saúde na região norte*. Estudo realizado no âmbito do protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a Universidade do Minho.
- Menezes, M. H. V. F. (2010). *Novos modelos de gestão hospitalar: Liderança e satisfação profissional em enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Ministério da Saúde. (2000). *Recursos humanos da saúde - 1998*. Lisboa: Autor.
- Ministério da Saúde. (2010). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa: Autor.
- Moreira, I. (2011). *Comparação de resultados: Prestação de cuidados saúde hospitalares públicos e privados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Faculdade Economia, Porto.
- Moura, S. (2012). *Satisfação dos profissionais de enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

- Mrayyan, M. T. (2005). Nurse job satisfaction and retention: Comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 13 (1), 40-50. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2004.00453.x/pdf>
- Murrells, T., Robinson, S., & Griffiths, P. (2008). Job satisfaction trends during nurses' early career. *BMC Nursing*, 7, 7. doi:10.1186/1472-6955-7-7
- Neves, A. L. (2002). *Motivação para o trabalho* (2a ed.). Lisboa: Editora RH.
- Observatório Nacional de Recursos Humanos. (2014). *Resultados nacionais agregados de 2013*. Retirado de [http://www.apg.pt/downloads/file762\\_pt.pdf](http://www.apg.pt/downloads/file762_pt.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2001). *Relatório de Primavera 2001: Conhecer os caminhos da saúde*. Coimbra: Autor.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). *Saúde: Que ruturas? – Relatório de primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2007). *Relatório de Primavera 2007. Luz e sombras: A governação da saúde*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2014). *Relatório de Primavera 2014. Saúde: Síndrome de negação*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, M. D. (2010). Evolução da oferta. In J. Simões (Coord.), *30 anos do serviço nacional de saúde: Um percurso comentado* (pp. 271-296). Coimbra: Almedina.
- Pacheco, J. (2012). *Valores de trabalho, satisfação global com o trabalho e satisfação com a vida: um estudo exploratório das diferenças sócio-demográficas em institutos de saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Psicologia, Lisboa
- Pádua, E. M. M. (2007). *Metodologia da pesquisa: Abordagem teórico-prática* (13a ed.). São Paulo: Papirus.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Pais Ribeiro, J. L. (2002). Satisfação com a profissão e impacto na saúde em profissionais de uma unidade de cuidados intensivos. In I Leal, I. Cabral & J. Ribeiro (Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.239-246). Lisboa: ISPA.
- Pais Ribeiro, J., & Marques, S. (2010). *The hope construct and his relations with Satisfaction with health, quality of life, and disease behaviour, in general population*.
- Paiva, F. F. S., Rocha, A. M., & Cardoso, L. D. F. (2011). Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 45 (6), 1452-1458. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a25.pdf>
- Parreira, P. (2005). *As organizações*. Coimbra: Formasau.
- Peiró, J. M., & Prieto, F. (1996). *Tratado de psicología del trabajo. Volumen I: La actividade laboral en su contexto*. Madrid: Sintesis Psicología.
- Pereira, A. (2010). *Fatores de satisfação profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica*. Tese de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã. Retirado de <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/443>
- Pereira, J. P. E. (2005). *A satisfação no trabalho: Uma aplicação ao setor hoteleiro da ilha de São Miguel*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade dos Açores, Açores. Retirado de <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/506/1/DissertMestradoJorgeParreiraEstevesPereira.pdf>
- Pereira, P. M. G. (2010). *A satisfação dos profissionais de saúde*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Retirado de <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/1434>
- Pisco, L. (2011). Reforma da atenção primária e Portugal em duplo movimento: Unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (6), 2841-2852. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/22.pdf>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramos, S. I. V. (2002). *Satisfação/insatisfação profissional em professores de educação física do quadro de nomeação definitiva de Coimbra: Um estudo descritivo*. Tese de

- doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Coimbra.
- Rea, L. M., & Parker, R. A. (2002). *Metodologia de pesquisa: Do planeamento à execução*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning,
- Ribeiro, J. M. (2009). *Saúde: A liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva.
- Robbins, S. P. (2005). *Comportamento organizacional* (11a ed.). São Paulo: Pearson.
- Robbins, S. P. (Ed.). (2007). *Comportamento organizacional*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Rocha, J. A. O. (2007). *Gestão de recursos humanos na administração pública* (2a ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Roehr, B. (2012). Young US doctors are satisfied with the present but pessimistic about the future. *British Medical Journal*, 17 (344), e2773. doi: 10.1136/bmj.e2773
- Sakellarides, C. (2000). Direção estratégica e gestão de expectativas no sistema de saúde português: O papel de um observatório para os sistemas de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (1), 27-34.
- Santana, R. (2005). *O financiamento hospitalar e a definição de preços*. *Financiamento hospitalar*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5 (Vol. Temático), 93-118.
- Santos, G. (2013). *Satisfação dos colaboradores de uma instituição particular de solidariedade social – IPSS*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências e Tecnologia, Porto.
- Santos, J. (2006). *Clima organizacional e satisfação profissional*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Scheurer, D., McKean, S., Miller, J., & Wetterneck T. (2009). U.S. physician satisfaction: A systematic review. *Journal of Hospital Medicine*, 4 (9), 560-568. doi:10.1002/jhm.496

- Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, USP*, 14 (1), 54-60. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a08.pdf>
- Seco, G. (2000). *A satisfação na actividade docente*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do autor.
- Sibbald, B., Bojke, C., & Gravelle, H. (2003). National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *British Medical Journal*, 326 (7379), 22. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC139500/>
- Simoens, S., Scott, A., & Sibbald, B. (2000). Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPs. *Scott Med J*, 47 (4), 80-86. Retrieved from <http://scm.sagepub.com/content/47/4/80.abstract>
- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. temático*, 4, 79-90.
- Simões, J. (Pres.). (2007). *Relatório final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*. Retirado de. Retirado de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>
- Siqueira, M. M. M., & Pavodam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09>
- Siqueira, V. T. A., & Kurcgant, P. (2012). Satisfação no trabalho: Indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 46 (1), 151-157. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a21.pdf>
- Soares, J. (2007). *Satisfação geral no trabalho dos enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assesment, cause and consequences*. London: Sage Publications.
- Tavares, O. (2008). *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no serviço de imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Aplicação do instrumento de avaliação de satisfação profissional*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia de Coimbra, Coimbra.
- Tountas, Y., Karnaki, P. Pavi, E., & Souliotis, K. (2005). The unexpected growth of the private sector in Greece. *Health Policy*, 74 (2), 167-180. doi:10.1016/j.healthpol.2005.01.013
- Vicente, J. A. D. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental: Aspectos sociológicos e organizacionais*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/17822>
- Vieira, J. A. C., Couto, J. P., & Tiago, M. T. (2004). *Wages and job satisfaction in Portugal*. Retirado de <http://www-sre.wu-wien.ac.at/ersa/ersaconfs/ersa04/PDF/667.pdf>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wargborn, C. (2008). *Managing motivation in organizations. Why employee relationship management matters*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Weaver, C. (1980). Job Satisfaction in the United States in the 1970's. *Journal of Applied Psychology*, 65 (3), 364-367. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1981-02263-001>
- World Health Organization. (2009). *Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO european region*. Copenhagen: Regional Committee for Europe. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/66957/RC59\\_edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/66957/RC59_edoc07.pdf)
- Yeşilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 4 (6), 962-971. Retrieved from [http://www.academicjournals.org/article/article1380721243\\_Yesilada%20and%20Direkt%C3%B6r.pdf](http://www.academicjournals.org/article/article1380721243_Yesilada%20and%20Direkt%C3%B6r.pdf)

## **ANEXOS**

---

## **Anexo I**

Questionário eletrônico

---

## Satisfação dos Profissionais de Saúde em meio hospitalar público e privado

O presente questionário destina-se a recolher dados para um projeto de investigação, no âmbito de uma Tese de Mestrado em "Gestão de Unidades de Saúde", a decorrer na Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, em Lisboa. A informação que nos proporcione será utilizada para avaliar a Satisfação dos Profissionais de Saúde em meio hospitalar público e privado.

O questionário é absolutamente anónimo, os dados por si fornecidos serão tratados de forma confidencial com o objetivo de promover a melhoria contínua das condições de trabalho e da eficiência das organizações de saúde.  
A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si. No final, poderá ter acesso aos resultados, se assim o desejar.

Responda com sinceridade a todas as perguntas, uma vez que a sua opinião é extremamente valiosa.

Este questionário dura aproximadamente 3-4 minutos. Por favor, responda a todas as questões para que o seu questionário seja válido.

Agradeço muito a sua colaboração.

Enf.ª Vera Ferreira

Para qualquer questão pode contactar-me para:

Email: vera.ferreira.mdl@gmail.com

Próx.

## Satisfação dos Profissionais de Saúde em meio hospitalar público e privado

### \*1. Forma como foi solicitada resposta ao questionário:

- ☐ Conta de email  
☐ Facebook  
☐ Outra. Qual?

### \*2. Género:

- ☐ Masculino  
☐ Feminino

### \*3. Idade:

Anos:

### \*4. Estado Civil:

- ☐ Solteiro(a)  
☐ Casado(a)/União de facto  
☐ Separado(a)/ Divorciado  
☐ Viúvo

### \*5. Categoria profissional:

- ☐ Médico(a)  
☐ Enfermeiro(a)  
☐ Técnico(a) de Radiologia  
☐ Técnico(a) de Análises Clínicas  
☐ Fisioterapeuta  
☐ Secretário(a) Clínico(a)/ Administrativo(a)  
☐ Assistentes Operacionais  
☐ Outra. Qual?

### \*6. Tempo de exercício profissional:

Anos:

### \*7. Qual o tipo de gestão da principal entidade empregadora?

- ☐ Pública  
☐ Privada  
☐ Parceria público-privada

### \*8. Qual o distrito onde se localiza a sua (principal) entidade empregadora?

### \*9. Executa funções de prestação direta de cuidados?

- ☐ Sim  
☐ Não

**\*10. Tipo de vínculo:**

- ☐ Nomeação  
☐ Contrato Administrativo de Provisão (CAP)  
☐ Contrato Individual de Trabalho (CIT)  
☐ Contrato de Trabalho a Termo Resolutivo  
☐ Prestação de serviços  
☐ Outro. Qual?

**\*11. Horário semanal:**

- ☐ Horário parcial (< 35h/semana)  
☐ Horário completo (35-40h/semana)  
☐ Horário acrescido (> 40h/semana)

**\*12. Tipo de horário:**

- ☐ Fixo  
☐ Por turnos

**\*13. O seu horário inclui turnos noturnos?**

- ☐ Sim  
☐ Não

**\*14. Auto-avalia o nível de satisfação que sente relativamente ao seu:**

|                                                                                                   | Muito Insatisfeito    | Insatisfeito          | Pouco Satisfeito      | Satisfeito            | Muito Satisfeito      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Envolvimento e participação nos processos de tomada de decisão dentro da equipa multidisciplinar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**\*15. Considere a seguinte afirmação:**

|                                                         | Completamente em desacordo | Em desacordo          | Nem concordo nem discordo | Concordo              | Concordo Completamente |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| Profissionais satisfeitos refletem doentes satisfeitos. | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  |

Anter.

Próx.

**Satisfação dos Profissionais de Saúde em meio hospitalar público e privado**

**Questionário de Satisfação com o Trabalho (Prof.º Doutor J. Pais Ribeiro)**

Se assinalar:

A significa que discorda totalmente com a afirmação  
B significa que discorda bastante com a afirmação  
C significa que discorda parcialmente com a afirmação  
D significa que concorda parcialmente com a afirmação  
E significa que concorda bastante com a afirmação  
F significa que concorda totalmente com a afirmação

**\*16. Assinale em que medida concorda ou discorda com estas afirmações relativas ao modo como vê o seu trabalho.**

|                                                                            | A                     | B                     | C                     | D                     | E                     | F                     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ninguém reconhece que sou um bom profissional.                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. O meu trabalho é muito rotineiro.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. O progresso na minha carreira é muito lento.                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro.          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem feitas.                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. A minha relação com os meus colegas é boa.                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. A administração da minha empresa tem uma política clara.                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis.               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir.         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso.                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade.                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. A administração da minha empresa explica bem a sua política.           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos.     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho.             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                             |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 17. As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis.           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho.      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Não gosto das pessoas com quem trabalho.                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Ninguém reconhece o meu trabalho.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas.                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. As condições de trabalho no meu serviço são boas.                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Os meus colegas não me tratam bem.                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anter.

Próx.

## Satisfação dos Profissionais de Saúde em meio hospitalar público e privado

Muito obrigado!

Pelo tempo e apoio dispensado ao responder a este questionário.

O seu contributo foi muito importante!

17. Se quiser deixe um comentário:

Anter.

Concluído

## **Anexo II**

Autorização para utilização de algumas questões do Questionário de caracterização da amostra da autoria da Sr.<sup>a</sup> Dra. Sandra Moura

---

09/02/2015

Gmail - Autorização para aplicação de questionário



Vera Ferrelra <vera.ferrelra.mdi@gmail.com>

---

## Autorização para aplicação de questionário

---

Vera Ferrelra <vera.ferrelra.mdi@gmail.com>  
Para: Sandra.mendo.moura@hotmail.com  
Cc: Maria Costa <p1658@ulusofona.pt>

2 de fevereiro de 2015 às 00:30

Caríssima Dra. Sandra Moura

cc. Prof.ª Doutora Maria do Céu Gonçalves da Costa

Chamo-me Vera Ferrelra, sou enfermeira no Hospital Fernando Fonseca, E.P.E. e no Hospital Beatriz Ângelo; encontro-me de momento a terminar o projeto de tese para o Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Maria do Céu Gonçalves da Costa.

O tema da tese é "Satisfação dos profissionais de saúde em meio hospitalar público e privado", e vamos utilizar o Questionário de satisfação com o trabalho do Sr.º Prof.º Doutor Pais Ribeiro.

Durante a revisão teórica tive acesso à sua tese de Mestrado "Satisfação dos Profissionais de Enfermagem" e o questionário por si aplicado responde de forma plena às minhas ambições para o estudo e o interesse despertado culminaram neste contato, bem demonstrador da importância a si atribuída.

O questionário está dividido em duas partes. A primeira parte é constituída por um questionário prévio, contemplando variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional. A sua elaboração foi também baseada no questionário por si aplicado. A segunda parte é constituída pela escala de Satisfação com o Trabalho da autoria do Sr.º Prof.º Pais Ribeiro.

O intuito deste mail é, portanto, solicitar a sua honrosa autorização para aplicar este questionário.

Gostaria imenso que o Caríssima Dra. Sandra Moura observasse o questionário e me dissesse a sua opinião ou se tem alguma recomendação.

Comprometo-me a seguir rigorosamente essas indicações, a respeitar a sua autoria e a enviar os resultados do estudo, bem como a base de dados, se assim o desejar.

Estamos ao seu dispor para adicionar mais alguma informação que seja pertinente.

Sem mais assunto de momento, agradeço desde já toda a sua atenção e amabilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Vera Ferrelra

---

 Questionário V2.docx  
19K

09/02/2015

Gmail - Autorização para aplicação de questionário



Vera Ferreira <vera.ferreira.mdi@gmail.com>

---

## Autorização para aplicação de questionário

---

Sandra Moura <sandra.mendo.moura@hotmail.com>

3 de fevereiro de 2015 às 21:07

Para: Maria Costa <p1658@ulusofona.pt>, "vera.ferreira.mdi@gmail.com" <vera.ferreira.mdi@gmail.com>

Caras Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Vera e Professora Doutora Maria do Céu Costa

Deixem-me antes de mais felicitá-las pela relevância e extrema pertinência da temática selecionada na atual realidade.

Muito me apraz poder fazer parte, com os meus modestos contributos, na vossa investigação, a qual confesso me ter despertado alguma curiosidade!

No que concerne à construção do instrumento de recolha de dados parece-me sucinto, direto e conciso, muito bem conseguido para o efeito.

Autorizo, neste sentido, a replicação dos elementos que considerem necessários colocando-me a vossa inteira disposição.

Deixo os meus contatos:

[mmoura.sandra@gmail.com](mailto:mmoura.sandra@gmail.com)

tlm: 934379097

Com os melhores cumprimentos.

Um até breve

---

Sandra Moura

---

Date: Tue, 3 Feb 2015 16:47:36 +0000

## **Anexo III**

Autorização para utilização do Questionário de Satisfação com o Trabalho da autoria do  
Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro

---



Vera Ferreira &lt;vera.ferreira.mdl@gmail.com&gt;

---

**Autorização para aplicar questionário**

---

Vera Ferreira <vera.ferreira.mdl@gmail.com>  
Para: Jose Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

17 de dezembro de 2014 às 16:40

Caríssimo Prof. Doutor Pais Ribeiro

Chamo-me Vera Ferreira, sou enfermeira no Hospital Fernando Fonseca, E.P.E. e no Hospital Beatriz Ângelo; encontro-me de momento a terminar o projeto de tese para o Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Maria do Céu Gonçalves da Costa.

O tema da tese é "[Satisfação dos profissionais de saúde em meio hospitalar público e privado](#)".

Durante a revisão teórica tive acesso ao [Questionário de satisfação com o trabalho, da sua autoria](#). Este questionário responde de forma plena às minhas ambições para o estudo e a correção científica e o interesse despertado culminaram neste contato, bem demonstrador da importância a si atribuída. O intuito deste mail é, portanto, solicitar a sua honrosa autorização para aplicar este questionário.

Solicito também que me envie as indicações para a sua aplicação. Comprometo-me a seguir rigorosamente essas indicações, a respeitar a sua autoria e a enviar os resultados do estudo, bem como a base de dados, se assim o desejar.

Estamos ao seu dispor para adicionar mais alguma informação que seja pertinente.

Sem mais assunto de momento, agradeço desde já toda a sua atenção e amabilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Vera Ferreira



Vera Ferreira <vera.ferreira.mdl@gmail.com>

---

## Autorização para aplicar questionário

---

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>  
Para: Vera Ferreira <vera.ferreira.mdl@gmail.com>

17 de dezembro de 2014 às 18:16

Cara colega

Autorizo a utilização do questionario e envio em anexo.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
Lattes- <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)