

LUÍSA MARIA DA COSTA ANDRADE

A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL
NOS ENFERMEIROS DE PEDIATRIA

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina
Universidade do Porto
PORTO
2001

LUÍSA MARIA DA COSTA ANDRADE

**A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL
DOS ENFERMEIROS DE PEDIATRIA**

*Dissertação de candidatura ao Grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem-
Pediatría, apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade do Porto*

2001

PREFÁCIO

A satisfação é, na nossa sociedade, um valor particularmente considerado. O tipo de vida que hoje é vivida pela generalidade das pessoas e a forma de organização social que marca a actualidade, faz da satisfação um dos atributos mais apreciados na nossa vida.

Pela importância que o trabalho assume na vida do homem é vantajoso desenvolver estudos que nos ajudem a compreender como se adequa e se combina a satisfação e o trabalho. Contribuir para melhorar o grau de satisfação do indivíduo em situação de trabalho e, assim, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, é um estímulo que motiva e anima a realização de trabalhos nesta área.

Através da metodologia utilizada foi possível adquirir uma grande quantidade de informação relativa a grupo de profissionais específico (enfermeiros a trabalhar em serviços de pediatria), permitindo conhecer e compreender o comportamento de algumas variáveis que têm significado mais ou menos distintos em relação a outros grupos de profissionais. No entanto, e no presente trabalho, limitaremos o nosso estudo à avaliação de parâmetros que nos permitam encontrar respostas para as questões de investigação a que nos propusemos responder.

A elaboração deste trabalho só foi possível com o contributo que, de algum modo, nos foi prestado.

Assim, em primeiro lugar, gostaríamos de expressar a nossa admiração ao Prof. Doutor A. Almeida-Dias, de quem temos recebido, a par de uma valiosa e permanente orientação, uma lição de dedicação ilimitada e inteligente aos problemas de investigação. A atenção que o nosso Mestre dignou prestar-nos em todos os momentos, tornam-nos devedores de incondicional dedicação.

Cumpre-nos também agradecer:

-à Enf. Manuela Martins, não só pela influência do seu exemplo como enfermeira e amiga, mas também pelo apoio humano e científico que nos dispensou na realização desta dissertação;

- ao Enf. Henrique Pereira pela orientação de todos os estudos estatísticos levados a cabo e pela oportunidade que nos concedeu de partilhar a sua sabedoria;
- ao Dr. Vítor Poças pela sua excelente e dedicada contribuição na realização da dissertação;
- a todos os meus amigos por toda a ajuda e apoio que dispensaram;
- aos meus pais pelo apoio e colaboração incondicional que nos dispensou;
- ao Manel que acompanhou, partilhou e ajudou a superar alguns momentos particularmente difíceis, com o seu companheirismo;

Pelos momentos que não podemos estar a seu lado, dedicamos esta dissertação ao Luis e ao Mané.

ÍNDICE

RESUMO

1-INTRODUÇÃO	7
2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
2.1-Evolução das organizações e da enfermagem	10
2.1.1-Periodo pré revolução industrial	10
2.1.2-Periodo per e pós revolução industrial	14
2.2-Satisfação e motivação organizacional	41
2.2.1-Satisfação	42
2.2.2-Motivação	44
2.2.3-Teorias da motivação e da satisfação	46
3-POPULAÇÃO E MÉTODOS	77
3.1-População	77
3.1.1-Characterização da amostra	83
3.2-Métodos	86
4-RESULTADOS	92
5-DISSCUSSÃO E CONCLUSÕES	104
BIBLIOGRAFIA	114
ANEXOS	122

RESUMO

A satisfação no trabalho tem sido uma questão amplamente estudada pela importância que tem em termos individuais, de grupo e sociais.

A realização de um estudo sobre a satisfação laboral de determinados profissionais, bem como a caracterização do trabalho e dos seus contextos permite-nos conhecer, não só a realidade por eles vivida no local de trabalho, mas também identificar as variáveis independentes que mais influenciam a sua satisfação. Neste sentido, com o presente estudo pretendemos dar resposta a algumas questões que envolvem o problema da satisfação profissional dos enfermeiros de pediatria.

Para tal avaliamos uma amostra com um número de casos de dimensão considerável ($n=209$) e com origem em seis hospitais da zona norte, que apresenta características gerais que são aceites como habituais.

Assim para estudarmos o grau de satisfação no trabalho, utilizamos dois instrumentos diferentes. Um, constituído por uma questão directa sobre o sentimento de satisfação laboral, por nós denominado de Satisfação Unidimensional (SUD), outro, composto por um conjunto de sete perguntas sobre o grau de satisfação sentida a propósito de sete parâmetros que caracterizam a sua actividade profissional, e que designamos de Satisfação Global (SG), já que o resultado foi obtido, quer pelo somatório das respostas, quer pelas suas médias.

Também estudamos a não satisfação laboral, utilizando para este fim a diferença entre as expectativas de trabalho e os contextos de trabalho (DEC), observados através de dezoito parâmetros, sobre características individuais, laborais e sociais, com reconhecida relação com a satisfação no trabalho.

Neste sentido, os resultados obtidos sugerem as seguintes conclusões:

1. Em termos globais, os enfermeiros de pediatria encontram-se moderadamente satisfeitos;

2. A não satisfação dos enfermeiros de pediatria, verificada através da diferença entre as expectativas e os contextos actuais de trabalho, varia inversamente com a satisfação, o que foi demonstrado pela forte correlação negativa observada entre as duas variáveis;
3. Quanto ao grau de satisfação dos enfermeiros de pediatria nos diferentes hospitais estudados, destacam-se os profissionais sediados no Hospital de S. Marcos, em Braga, e no Hospital de S. João, no Porto, surgindo, como os mais e os menos satisfeitos, respectivamente;
4. No que respeita a parâmetros socio-biográficos, se por um lado o aumento da idade e a categoria profissional mais elevada parecem corresponder a níveis superiores de satisfação, por outro, no que respeita à graduação académica, o grupo de profissionais com menor grau apresentou maior grau de satisfação. Em relação aos parâmetros sexo, oportunidade de escolha do Serviço e vínculo laboral, não foram encontrados resultados que permitam associar a sua variação com diferentes graus de satisfação;
5. Dos dezoito parâmetros avaliados sobre a realidade laboral, englobando aspectos relacionados com as características do trabalho, do indivíduo e da organização social, destacam-se como factores determinantes para a satisfação, por ordem decrescente de importância, a comunicação organizacional, o horário de trabalho, as condições físicas no trabalho, a autonomia e a remuneração.

1 - INTRODUÇÃO

Ao longo da História da Humanidade, o trabalho foi ganhando uma importância cada vez maior, não só para o indivíduo, mas também para as organizações, representando, na actualidade, o factor determinante no grau de desenvolvimento das sociedades. Esta importância tornou-se mais evidente após as transformações socio-económicas que se deram, fundamentalmente nestes dois últimos séculos, na sequência da revolução industrial. Actualmente, o trabalho, que é definido como *“qualquer actividade do homem que tem por finalidade um resultado útil e, nessa medida, dotado de um valor económico... enquanto actividade é uma actualização das potencialidades e virtualidades do ser humano e, por isso mesmo, meio indispensável para este se «realizar»”* (LAROUSSE, 1994), atingiu a dimensão e o espaço que faz com que seja o mais importante regulador da organização social.

Em termos individuais, pode-se afirmar que o trabalho deixou de ser fundamentalmente um meio de sobrevivência, assumindo-se, também, como um meio de realização pessoal e de integração social, contribuindo significativamente para a satisfação. O tipo de vida que cada um tem, a forma como se relaciona e se integra na sociedade depende, cada vez mais, do tipo de trabalho que realiza e do sucesso do seu desempenho. O estatuto adquirido durante a fase activa da vida é tão importante que se repercute, habitualmente, no período de aposentação a diferentes níveis, influenciando a qualidade de vida do indivíduo até à sua morte.

Neste sentido, e tendo em consideração o tempo ocupado na nossa vida com o trabalho, é importante que este seja motivador e proporcione um nível de satisfação que contribua para o bem estar global do ser humano.

A satisfação, cuja origem provém do latim *satisfactione*, é definida como sendo um “contentamento, prazer que resulta da realização do que se espera, do que se deseja”. A satisfação no trabalho é definida, concretamente por J. Vala, como “...um construto que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho.” (VALA *et al.*, 1994). Neste sentido, a satisfação condiciona obviamente o comportamento não só do indivíduo, mas também dos grupos, interferindo positiva ou negativamente nos comportamentos organizacionais.

A satisfação no trabalho tem sido uma questão amplamente estudada pela importância que tem em termos individuais, de grupo e sociais. Muitos têm sido os trabalhos realizados sobre a problemática da satisfação no sentido de identificar, por um lado, o que mais a influencia e, por outro, as consequências que advêm do grau de satisfação que o indivíduo experimenta no seu trabalho. As conclusões, que não são de forma alguma definitivas, permitem, no entanto, perceber que são inúmeras as variáveis envolvidas.

A realização de um estudo sobre a satisfação laboral de determinados profissionais, bem como a caracterização do trabalho e dos seus contextos permitem-nos conhecer, não só a realidade por eles vivida no local de trabalho, mas também identificar as variáveis independentes que mais influenciam a sua satisfação. Deixa ainda antever como se poderão comportar as variáveis dependentes da satisfação, tais como a qualidade do desempenho e o absentismo, entre outros aspectos, apesar das correlações entre estas variáveis não serem habitualmente muito fortes.

Dado o nosso interesse por este assunto e sendo a nossa actividade desenvolvida no âmbito da enfermagem pediátrica, sentimo-nos motivados a desenvolver um trabalho de investigação, cujos principais objectivos fossem, por um lado, conhecer o grau de satisfação dos enfermeiros de pediatria e, por outro, avaliar a influência de algumas variáveis laborais, individuais e sociais sobre esse grau. De facto, a satisfação no trabalho assume particular importância para quem exerce a enfermagem, na medida em que, tratando-se de uma profissão em que a relação com o próximo é essencial, é importante manter um bom equilíbrio emocional, para o qual contribui a referida satisfação, embora esta não seja necessariamente o garante de bom desempenho.

Neste sentido, com o presente estudo pretendemos dar resposta a algumas questões que envolvem o problema da satisfação profissional dos enfermeiros de pediatria, tais como:

1. Qual o grau de satisfação profissional dos enfermeiros de pediatria?
2. Qual o nível de não satisfação no trabalho resultante da não realização de expectativas, tendo em conta os contextos de trabalho?
3. Que relação existe entre a satisfação profissional dos enfermeiros de pediatria e algumas características institucionais e sociobiográficas,

nomeadamente o hospital onde exerce a sua actividade, a idade, o sexo, o grau académico, a categoria, o vínculo e a escolha do serviço?

4. Quais os contextos de trabalho que contribuem de forma mais significativa para a satisfação profissional dos enfermeiros de pediatria?

Da bibliografia consultada sobre o tema fica-nos a ideia de que a satisfação dos trabalhadores depende de um número infindável de variáveis pelo que verificamos um conjunto considerável de modelos e teorias divergentes quanto aos factores determinantes da satisfação. E porque cada modelo evidencia apenas alguns dos aspectos envolvidos na satisfação, Jorge Vala, elabora um questionário que tem a particularidade de se basear em alguns modelos e teorias da motivação e da satisfação procurando incluir diversos aspectos relevantes para a satisfação no trabalho. Podemos afirmar que se trata de um instrumento de colheita de dados fruto de uma hipotética teoria integrativa, que inclui um número considerável de variáveis, principalmente ao nível das características do trabalho e das características individuais, responsáveis pela variabilidade da satisfação do indivíduo no seu trabalho.

Foi com base nas características descritas e na adequação aos objectivos e questões colocadas no nosso trabalho que entendemos tratar-se do questionário mais ajustado.

Esta dissertação de mestrado é composta por diferentes partes. Numa das partes apresentamos o enquadramento teórico do estudo através de uma revisão da evolução dos conceitos de trabalho e de enfermagem e das teorias da satisfação e da motivação por nós entendidas como relevantes. Num segundo momento caracterizamos a amostra e descrevemos os aspectos metodológicos que orientaram e suportaram o estudo. A quarta parte do trabalho destina-se à apresentação dos resultados obtidos e por último é dado lugar à discussão destes e apresentação das conclusões.

Esperamos que, de alguma forma, este trabalho possa contribuir para um mais profundo conhecimento da realidade laboral dos profissionais de enfermagem que trabalham em serviços hospitalares de pediatria.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 - A EVOLUÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES E DA ENFERMAGEM

O Trabalho é uma presença constante na História do Homem, tendo variado de acordo com as necessidades, objectivos, e estruturas organizacionais da sociedade. Foi através do trabalho que o homem conseguiu adaptar-se e sobreviver às dificuldades que lhe foram surgindo, desde os tempos mais remotos até aos nossos dias. “O Homem, como os outros seres vivos, esteve sempre e continuará a estar em luta permanente de adaptação às condições variáveis e ou de riscos eventuais que o ambiente de vida lhe crie” (FERREIRA, 1990).

Ao analisar o percurso do Homem e do Trabalho, em particular na Enfermagem, torna-se imperioso encontrar referências ao longo do tempo, embora de uma forma empirico-reflexiva, que permitam perceber a sua origem e evolução. Neste sentido, e porque partilhamos a ideia daqueles que encontram na revolução industrial um marco importante na organização do trabalho, pelas implicações sociais e económicas que daí resultaram será feita referência aos factos aparentemente mais marcantes da história do trabalho em particular do trabalho de enfermagem tendo em conta o período pré, per e pós revolução industrial.

2.1.1 - PERÍODO PRÉ-REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

Presume-se que, há cerca de dez mil anos, tenha ocorrido uma mudança significativa na vida do homem e no conceito que este tinha de trabalho. Tornou-se sedentário, isto é, passou de uma vida de caça e colheita para uma vida agrícola, dedicando-se ao cultivo e produção de bens para consumo. Esta mudança de estilo de vida resultou numa melhoria das condições físicas e da qualidade de vida, o que se traduziu lentamente num aumento da população que se foi organizando em grupos que deram origem às primeiras cidades. No entanto, com o passar do tempo,

começaram a surgir desequilíbrios sociais relacionados com a concentração do dinheiro e do poder em pequenos grupos, enquanto a maioria da população passou a viver na miséria, garantindo-lhes o trabalho, quase exclusivamente, a sobrevivência alimentar.

A divisão sexual das tarefas foi uma componente que, desde sempre, influenciou a forma como o Homem se organiza em termos sociais e que não lhe é exclusiva, pois, é frequente encontrarmos no mundo animal esta forma de organização. Assim, à mulher, e porque lhe estão associados atributos como a maternidade, foram-lhe atribuídas, desde cedo, funções dirigidas para o cuidado da família e do abrigo. Ao homem competia, por seu lado, tarefas como a pesca, a caça e a defesa do grupo. É com base nesta divisão sexual das tarefas, que actividades como a enfermagem, vêem a sua história fortemente ligada à história da mulher desde o início da história do Homem.

Neste período, que durou milhares de anos, os saberes que o homem foi adquirindo, foram essencialmente por tentativa e erro e passados de geração em geração. Os cuidados que eram prestados ao indivíduo resultavam desse tipo de saber e eram fundamentalmente dirigidos ao corpo, que estava intimamente ligado ao espírito do qual era indissociável. Assim, e tendo em conta a importância que era dada à vertente espiritual, era frequente associar-se aos cuidados, rituais, magias e feitiçarias. Quando estes cuidados eram prestados fora do lar, isto é, aos vizinhos, eram considerados como um serviço que deveria ser pago com outro serviço ou bens.

Assim, o início da história da enfermagem, como refere Donahue (1985) resultou muito provavelmente da necessidade que o homem sente de conservação e protecção da tribo e que poderá ser visto como uma forma embrionária da enfermagem comunitária.

Outra grande mudança que se operou e que modificou profundamente conceitos fundamentais ao homem como seja vida, pessoa e trabalho, deu-se com o **Cristianismo**. Adoptou-se uma nova concepção de vida que desvaloriza o corpo, em particular o da mulher, e passa a valorizar essencialmente o espírito. O corpo e a sexualidade são desprezados, condenados e entendidos como um mal necessário. Face a esta nova filosofia de vida os cuidados deixam de ter como objectivo manter, desenvolver e conservar a vida, e passam a conotar-se com a dor e o sofrimento, e a

doença passa a ser entendida como um castigo ou como uma forma de purificar o espírito.

Esta corrente alicerçou-se no século V, e com ela surgiu uma nova forma de ver o Ser Humano. Rejeitando-se o saber anteriormente adquirido, as mulheres, passaram a ser perseguidas, em particular as denominadas feiticeiras, bruxas e curandeiras, com o objectivo de se fazer desaparecer o poder dos conhecimentos tradicionais. Estas mulheres representavam uma ameaça ao poder religioso pois, para além de serem fonte de pecado e de possuir um conhecimento adquirido pela experiência, possuíam um conhecimento empírico muito anterior ao religioso e usado na sua vivência diária, como refere Collière (1999). Esta prática de cuidados tradicionais, em que se privilegiava a prestação de cuidados por mulheres no seu quotidiano sem qualquer associação à Igreja, manteve-se enraizada no mundo rural, onde inicialmente a Igreja teve grandes dificuldades em se implantar. Foi, por este motivo, que a nova concepção de vida, adoptada com o Cristianismo, teve grandes dificuldades em se afirmar na sociedade. A população, que era maioritariamente rural, manteve a prática de cuidados tradicionais muitas vezes à margem da Igreja.

Sentindo esta dificuldade, a Igreja definiu uma nova forma de cuidar. Criou grupos de mulheres, não integradas na família, que professavam votos de castidade. Os conhecimentos deixaram de ser adquiridos pela experiência vivida, enquanto mulher e mãe, e passaram a ser proporcionados e determinados pela Igreja, de acordo com as suas concepções. São, no entanto, limitados pois se, por um lado não se fundamentavam nas experiências vividas e adquiridas durante milhares de anos, tendo havido uma recusa em reconhecer esses conhecimentos, por outro lado as mulheres também não eram incentivadas a adquirir novos conhecimentos. “Não era estimulado o saber das mulheres, fomentava-se a aprendizagem repetitiva, sem espírito crítico, sem iniciativa.” (Collière, 1999).

Segundo dados da história, durante o primeiro período da era cristã, a enfermagem é exercida pelas diaconisas que se dedicavam a um trabalho social e de cuidar dos enfermos, organizando-se em pequenos grupos principalmente nas cidades. Os conventos, muitas vezes associados a Hospitais, surgem mais tarde e funcionavam como o local onde estas mulheres, em dedicação à Igreja, viviam e trabalhavam. As mulheres que tratavam dos enfermos sob a orientação do poder

religioso eram tidas como [mulheres] consagradas, adoptando a terminologia de Collière, que dedicavam a sua vida a cuidar dos necessitados.

Em termos económicos e porque se vivia num período de enorme desigualdade social, poucos ricos (muito ricos) e muitos pobres (muito pobres), a esmola e a caridade eram uma forma de contributo e uma prática aceite socialmente. Assim, o trabalho executado por estas mulheres, sob a égide da Igreja, enquadrava-se na ideologia económica da época. Um trabalho gratuito, estimulado e incentivado por uma recompensa de ordem espiritual, proveniente de Deus, representando, em termos práticos, uma força de trabalho importante e não remunerada.

O séc. XVI ficou marcado por dois grandes movimentos: o **Renascimento** e a **Reforma**. “O espírito dominante do Renascimento foi a preocupação pelas coisas do mundo sem fazer referência a Deus.” (DONAHUE, 1985). Observa-se o declínio da Igreja e um aumento do interesse pelos assuntos mundanos. Nos países eminentemente protestantes surgiu um movimento denominado Reforma e que foi iniciado na Alemanha, em 1517, por Lutero. A essência deste movimento residia na revolta contra o poder do Papa. As principais acções desse movimento consistiam em provocar o encerramento dos conventos e a dissolução de ordens religiosas, “arrastando” consigo a conseqüente extinção ou estagnação dos hospitais. Daqui resultou um declínio, tanto em quantidade como em qualidade, dos cuidados que eram proporcionados aos necessitados; “A isto se seguiu um período de rápida deterioração dos cuidados aos doentes e aos pobres.” (DONAHUE, 1985). As mulheres ficaram ainda mais subordinadas ao homem e o seu papel circunscreve-se às actividades do lar. O trabalho nos hospitais deixa de ser procurado pela maioria das mulheres e passa a ser feito apenas por aquelas a quem não resta outro meio de sobrevivência, como as prisioneiras e prostitutas, como Charles Dickens caracterizou na sua obra. Iniciam-se os “anos negros da Enfermagem”.

Os séc. XVI e XVII são, na Europa, marcados pela fome, desgraça e doença...; a reforma social está eminente e surge sob a designação de **Contra-reforma**. Com ela, e pelas necessidades impostas, começam-se a organizar grupos de cariz mais ou menos religioso com o objectivo de cuidarem da população. S. Vicente de Paulo, como refere Collière (1999), reflecte um dos melhores exemplos de um desses tipos de organização e que, ainda hoje, existe na nossa sociedade como organização activa no apoio domiciliário. A organização por ele fundada, em 1633,

baseava-se no recrutamento de mulheres inteligentes que, inseridas num programa educacional, adquiriam experiência em hospitais e em visitas domiciliárias. Este processo de selecção e a formação a que as mulheres eram sujeitas, conferia-lhes algum prestígio e respeito social. Parte destas mulheres vão viver associadas à paróquia, “vão penetrar no meio rural e vão ser uma figura local de referência e conselho.”(COLLIÉRE, 1999). Foi com estas mulheres que a Igreja entrou de uma forma decisiva e determinante no meio rural e nos bairros populares.

Na época, o doente era definido como uma pessoa incapaz de satisfazer as suas necessidades corporais diárias, pelo que os cuidados eram dirigidos essencialmente à assistência básica, como alimentação e higiene,... Estes cuidados eram prestados pela mulher de família ou mulher “habilitosa” ou pela enfermeira privada. As “habilitosas” prestavam um serviço barato às famílias pobres, não tinham consciência de si próprias como um grupo profissional, simplesmente preenchiam, individualmente, um papel social e económico tradicional na comunidade. A enfermeira privada distinguia-se por servir os seus superiores sociais como refere Dingwall.

2.1.2 - PERÍODO PER E PÓS REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

No final do século XVIII, com a revolução industrial, operaram-se grandes mudanças nas condições de vida e no percurso da história do Homem.

Até então, o mundo tinha evoluído paulatinamente mantendo uma certa continuidade no seu desenvolvimento e os conhecimentos que se iam adquirindo eram fortemente assentes em conhecimentos anteriores.

Neste sentido, em finais do século XVIII, começou-se a desenhar aquilo a que se viria a chamar de **revolução industrial**. Marcada pela utilização de novas fontes de energia e pelo domínio da utilização da máquina em relação às formas artesanais, surgem novas actividades, novos sectores económicos, novos grupos sociais e a divisão do trabalho. A revolução industrial tem implicações económicas, culturais, sociais e políticas. O processo de industrialização deu origem a um desenvolvimento incomparavelmente mais rápido que em períodos anteriores, de tal forma que criou novas relações sociais, uma cultura e um modelo de vida que

rompeu com os valores e hábitos tradicionais. “O que diferencia radicalmente o simples crescimento da indústria de um verdadeiro processo de industrialização, tem a haver com o facto que este último implica mudanças geográficas, sociais e culturais que a indústria medieval e da época moderna (séc. XVI a séc. XVIII) nunca suscitaram a este ponto, nem sequer iniciaram, tais como o êxodo rural, o crescimento urbano contínuo, a recomposição dos sectores de actividade...” (BEAUCHAMP, 1998). Observou-se um crescimento exponencial da população com necessidades cada vez maiores em quantidade e qualidade, que distinguiram perfeitamente o período de trabalho da vida doméstica e que foram evoluindo no sentido de estabelecer os direitos e obrigações das entidades empregadoras e dos trabalhadores. Não se pretendia obter apenas um meio de garantia do sustento familiar em termos de sobrevivência, mas sim satisfazer novas necessidades das populações. Tratava-se de uma sociedade cada vez mais exigente que propiciava o desenvolvimento de estudos que, de alguma forma, contribuía para o entendimento da sociedade em todas as vertentes dando cada vez mais respostas às suas necessidades e expectativas. O mundo organizacional era uma das áreas que provocou a realização de estudos e a formalização de teorias, isto é, que motivou a produção de conhecimentos.

A melhoria das condições de vida no trabalho adquiriram particular importância. Esta melhoria tinha um duplo significado, pois além de ser uma questão social também assumiu uma importância económica considerada por muitos autores como uma variável que contribuiu para o aumento de produtividade. Assim, a satisfação organizacional surgiu implicitamente como causa e ou consequência do comportamento de inúmeras variáveis que participam nas grandes questões que se foram colocando no mundo organizacional, como produção, rentabilidade, qualidade, etc.

O séc. XX ficou marcado pelo desenvolvimento de teorias e correntes de pensamento nas diversas áreas das ciências procurando perceber, explicar e predizer atitudes, comportamentos e estratégias do homem, na sociedade e no mundo.

As abordagens teóricas, que foram sendo elaboradas nas várias disciplinas do conhecimento, respeitaram alguns princípios básicos, que predominaram no momento e que são tidos como fundamentais, influenciando, de alguma forma, o pensamento e a postura da sociedade.

Primeira metade do século XX

A primeira metade do séc. XX viveu as consequências da revolução industrial adaptando-se às grandes transformações sociais e económicas que daí resultaram.

O estudo sobre a organização do trabalho e administração, foi uma das áreas que cedo começou a desenvolver-se.

As teorias de administração surgiram no séc. XX de uma forma evolutiva readaptando-se continuamente às mudanças que se viviam no mundo organizacional e contribuindo para a optimização do funcionamento das organizações. A primeira metade do séc. XX, e de acordo com Chiavenato (1993), é denominada era Industrial Clássica. Nesta fase, surgiram as primeiras teorias de administração. Foi um período determinante pela inovação e por ter proporcionado as primeiras linhas orientadoras de como organizar e gerir uma organização. Este período ficou marcado por alguns teóricos cujos princípios influenciaram o mundo organizacional, em particular, e a sociedade em geral, e que ainda hoje são visíveis em inúmeras organizações.

As grandes divergências entre as várias teorias residia essencialmente na perspectiva ou aspecto da organização que estudavam, trabalhavam e justificavam como razão ou causa do sucesso ou insucesso da organização. As principais variáveis que estavam na origem das várias teorias de administração, bem como a forma como eram valorizadas e articuladas entre si eram, essencialmente, de acordo com Chiavenato (1999): as tarefas internas, a estrutura organizacional, as pessoas que representavam a inteligência, a tecnologia utilizada para as operações e o ambiente em que se vivia e operava.

As abordagens teóricas clássicas preocupavam-se, essencialmente, com aspectos prescritivos e normativos da administração e constituíram o ponto de partida de teorias mais consistentes e evoluídas que surgiram mais tarde, fruto da experiência até então adquirida.

A teoria científica de Taylor, em 1903, surgiu como a primeira teoria de administração; provocou uma verdadeira revolução no pensamento administrativo da época. Taylor desenvolveu um conjunto de princípios que visavam solucionar os problemas industriais. “A abordagem clássica da Administração constituiu a primeira

tentativa para definir um conjunto de regras consideradas indispensáveis ao bom funcionamento de qualquer empresa” (CHAMBEL, 1995). A inovação que influenciou e modificou a forma de ver e estar no mundo organizacional, foi o conceito de máxima produtividade conseguida através de um planeamento correcto do trabalho, onde só havia uma maneira certa de fazer esse trabalho. Para tal, ele estudou “a única maneira certa (*the best way*) de executar um trabalho, maximizando a experiência de um operário” (CHIAVENATO, 1999). A sua teoria colocava a tónica dominante nas tarefas que os operários realizavam como sendo causa e consequência de maior eficiência. Os princípios da teoria de Taylor eram (CHIAVENATO, 1999):

1. **Princípio do Planeamento:** *substituir no trabalho o critério individual do operário, a improvisação e a actuação empírico-prática por métodos baseados em procedimentos científicos. O planeamento é uma responsabilidade da gerência e não do trabalhador. Este é responsável apenas pela execução da tarefa.*
2. **Princípio do Preparo:** *seleccionar cientificamente os trabalhadores e prepará-los e treiná-los para produzirem mais e melhor...*
3. **Princípio do Controle:** *controlar o trabalho para se certificar que está a ser feito de acordo com as normas estabelecidas e segundo o plano previsto...*
4. **Princípio da Execução:** *distribuir distintamente as atribuições e as responsabilidades para que a execução do trabalho seja a mais disciplinada possível.*

Chiavenato refere ainda que Taylor enfatizou alguns princípios tidos como secundários para aumentar a eficiência: estudo de tempos e movimentos; selecção científica do trabalhador; preocupação com a fadiga; padrão de produção; plano de incentivo salarial; supervisão funcional; condições ambientais de trabalho. Começaram a ser objecto de estudo os contextos de trabalho das organizações.

O seu objectivo era assegurar o máximo de prosperidade do patrão e do empregado; devia, então, haver uma partilha de interesses por parte destes.

Taylor defendeu que toda a pessoa é concebida como profundamente influenciada por recompensas económicas e materiais; para ele o operário é irresponsável, vadio e negligente e procura o trabalho, não porque gosta dele, mas como meio de obter um salário que este lhe proporciona; é o chamado *Homo Economicus* de Taylor. Acreditava, ainda, que, para obter uma maior eficiência, é necessário proporcionar condições de trabalho que garantam o bem estar físico do trabalhador e redução da fadiga.

O método de trabalho de Taylor, apesar de dar origem a um aumento de produtividade e rentabilidade, implicou perda de valor social que a profissão tinha, o desinteresse dos trabalhadores, desmotivação, aumento de rotatividade, sendo esta uma das maiores críticas que lhe foi feita, pois não é unicamente o dinheiro que motiva e realiza o Homem. “Tendo em conta o conceito de Homem Económico, transformou artesãos qualificados em mão-de-obra barata e em “energia” para as fábricas, retirando-lhes o lado criativo do seu trabalho; como as teorias posteriores viriam a demonstrar, os comportamentos humanos são guiados por outras formas de motivação mais importantes que a motivação económica, e que influenciam os comportamentos relacionados com o trabalho”. (CHAMBEL, 1995).

No que se refere à Medicina, esta enveredou por uma perspectiva organicista, separando o corpo do espírito e dedicou-se, preferencialmente, à conservação do corpo, acabando por comungar com os principais ideais da perspectiva mecanicista do trabalho de Taylor. O doente estava reduzido à doença de que era portador, dando origem a novas formas de organização dos cuidados. O hospital, que nos finais do séc. XIX era tido como lugar de abrigo para os mais necessitados, passa a ser o lugar por excelência dos doentes, como refere Collière (1999): o que era lugar de refúgio dos sem abrigo, passou a ser um lugar de exploração e tratamento da doença. O primeiro objectivo do hospital passou a ser a investigação e a cura da doença. O hospital pôde começar a comparar-se, em termos organizacionais, a uma indústria, “a distribuição dos doentes e o destino das acomodações, estabelecem-se em torno da investigação e da reparação da mecânica orgânica, pelos aparelhos a utilizar ou pelo tipo de doenças de que eram portadores.” (COLLIÈRE, 1999)

Era frequente encontrar influências da teoria Taylor na Enfermagem. O saber fazer estava fortemente enraizado e tinha, como suporte principal, normas, regras e aprendizagem por repetição. “A elaboração ou simples adopção de manuais de

técnicas e de procedimentos tem sido uma das maiores preocupações dos enfermeiros que assumem a responsabilidade dos serviços de enfermagem.”(KURCGANT, 1991) Por outro lado, a divisão do trabalho por tarefas era um método de trabalho em enfermagem que só nas últimas décadas começa a ser posto de lado. Esta forma de organização do trabalho representou uma grande perda de valor profissional e originou o empobrecimento da profissão e do desempenho dos seus profissionais, “... o elemento executor distanciou-se do todo, que é a assistência de enfermagem, para se fixar na parte que é a tarefa.” (KURCGANT, 1991). Taylor influenciou a organização das tarefas e os cuidados. “As enfermeiras eram preparadas tendo em vista o desempenho de tarefas e procedimentos e não tendo como principal preocupação o doente”. (BENTO, 1997). As tarefas eram distribuídas ao longo do dia e, porque não existia um plano que as definisse de uma forma coerente e integrada, tinham apenas como suporte ou ponto de referência o doente, tendo-se em conta quase e principalmente a doença de que era portador. “Esta falha de conexão entre as tarefas fazia com que se perdesse o sentido, orientação, finalidade e significado. Embora muito pesadas de assumir, tornam-se “insignificantes” quanto ao seu alcance.” (COLLIERE, 1999).

Henry Fayol surgiu um pouco mais tarde, por volta de 1916, na Europa com a elaboração de uma teoria que deu ênfase à estrutura. “A Teoria Clássica, influenciada pelas estruturas organizacionais militares e eclesiásticas, conceberam a organização como uma estrutura rigidamente hierarquizada, estática e limitada.” (KURCGANT, 1991). A empresa continuava a ser concebida como uma máquina mas a preocupação de Fayol ia no sentido da estrutura da organização. Para ele a eficiência da organização obtém-se partindo-se do planeamento, organização e manutenção da estrutura, isto é, parte-se do todo organizacional para garantir a eficiência das partes envolvidas. “Para a Teoria Clássica, os aspectos organizacionais são analisados de cima para baixo (da direcção para a execução) e do todo para as partes (da síntese para a análise), exactamente ao contrário da abordagem da Administração Científica.” (CHIAVENATO, 1999).

Fayol tinha como objectivo principal proporcionar directrizes gerais que funcionem como uma espécie de modelo que possa ser adequado e adaptado a cada organização. No entanto, os princípios formulados acabaram por ter uma aplicação normativa, prescritiva e rígida e são (CHIAVENATO, 1999):

- **Divisão do trabalho:** a especialização promovida pela divisão do trabalho aumenta os resultados, tornando os empregados mais eficientes.
- **Autoridade:** a autoridade concede ao gerente o direito de dar as ordens. A responsabilidade é o dever ou obrigação de cumprir ordens. A autoridade e a responsabilidade devem ser proporcionais.
- **Disciplina:** os empregados devem obedecer e respeitar as regras que governam a organização. A disciplina é resultado de uma liderança eficaz e uma clara compreensão quanto às regras da organização e o uso judicioso das penalidades pelas infracções.
- **Unidade de comando:** cada empregado deve-se subordinar apenas a um superior.
- **Unidade de direcção:** cada grupo de actividades organizacionais deve ter o mesmo objectivo e ser dirigido por um gerente através de um plano.
- **Subordinação dos interesses individuais aos gerais:** os interesses de um empregado ou grupo não devem preceder os interesses superiores da organização como um todo.
- **Remuneração:** os trabalhadores devem ser pagos com salários adequados.
- **Centralização:** refere-se ao grau em que os subordinados estão envolvidos na tomada de decisões. A tomada de decisão deve ser centralizada na administração.
- **Cadeia escalar:** é a linha de autoridade que vai do topo da organização até ao nível mais baixo. As comunicações devem seguir esta cadeia.
- **Ordem:** pessoas e materiais devem estar no lugar certo e no tempo certo.
- **Equidade:** o gerente deve ser atencioso e justo com os seus subordinados.
- **Estabilidade e permanência do pessoal:** a rotatividade elevada de pessoal é ineficiente. As pessoas devem permanecer o máximo de tempo possível na organização, e o planeamento do pessoal deve fazer com que as substituições sejam feitas rapidamente.
- **Iniciativa:** os empregados incumbidos de executar planos devem manifestar esforço pessoal.

- *Espírito de equipe: promover espírito de equipe cria harmonia e unidade na organização.*

As principais críticas dirigiam-se ao seu carácter normativo e prescritivo e à sua preocupação exclusiva com a estrutura formal não admitindo estruturas informais. É alvo de crítica, a forma restritiva como definiu as tarefas dos indivíduos (limitando de uma forma extrema as suas funções), a ausência de trabalhos experimentais que suportem a teoria, perspectiva mecanicista da organização, organização vista como um sistema fechado, uma abordagem incompleta da organização. Por último, esta teoria, pela rigidez de conceitos que a caracteriza, demonstrou incapacidade para inovar dando respostas lentas às necessidades de mudança.

As instituições de saúde, no que diz respeito ao desenho organizacional, e de uma maneira geral, obedeciam mais ou menos ao proposto por Fayol "... a estruturação rigidamente hierarquizada estabelecia a subordinação integral de um indivíduo a outro e de um serviço a outro." (KURCGANT, 1991). A autora faz ainda referência aos organogramas que mostravam linhas de subordinação integral e que eram muito frequentes em instituições de saúde. Subsistia uma preocupação marcada com a organização das instituições, onde a hierarquia é extremamente valorizada, as relações interpessoais não eram, de facto, valorizadas e o que importava era a quantidade de trabalho desenvolvido, tudo se definia e se traduzia em números. Esta é, ainda, uma postura que subsiste nas nossas instituições de saúde.

Na década de 30 surgiu Elton Mayo com uma nova abordagem sobre administração, diametralmente oposta às anteriores. A teoria das Relações Humanas surge nos Estados Unidos e é bem aceite na medida em que se vivia uma grande insatisfação com o reducionismo a que o homem foi sujeito no mundo do trabalho pelas anteriores teorias administrativas. Mayo colocou ênfase na variável pessoa, após ter realizado um trabalho de campo em que verificou que a relação dos grupos informais tinham influência determinante na produtividade.

Em nosso entender, as principais conclusões a que Mayo chegou com a experiência de Hawthorne, vão servir de base à teoria das relações humanas, pelo que se passam a enumerar:

- a) *Nível de produção é resultante da integração social: quanto mais integrado socialmente no grupo, tanto maior será a disposição de produzir.*
- b) *Comportamento social dos empregados: em geral, os trabalhadores não agem ou reagem isoladamente como indivíduos, mas como membros de grupos.*
- c) *As recompensas e sanções sociais: as recompensas e sanções não económicas influenciam significativamente no comportamento dos trabalhadores... influenciam na motivação e na felicidade do trabalhador.*
- d) *Grupos informais: a empresa passou a ser visualizada como uma organização social composta de diversos grupos sociais informais, estes constituem a organização humana da empresa.*
- e) *Relações humanas: são as acções e atitudes desenvolvidas pelos contactos entre pessoas e grupos. Os indivíduos dentro da organização participam em grupos sociais e mantêm uma interacção social constante. O seu comportamento é fortemente influenciado pelo meio ambiente e pelas várias atitudes e normas informais existentes nos vários grupos.*
- f) *A importância do conteúdo do cargo: o conteúdo e a natureza do trabalho têm enorme influência sobre a moral do trabalhador. Trabalhos simples e repetitivos tendem a tornar-se monótonos e maçadores, afectando negativamente as atitudes do trabalhador e reduzindo a sua eficiência.*
- g) *Ênfase nos aspectos emocionais: os elementos emocionais e não planeados passam a ter importância para os teóricos desta corrente.*
(adaptado CHIAVENATO, 1993)

O indivíduo passou a ser a variável crucial para explicar o funcionamento das organizações. Passou a existir uma preocupação com o homem no trabalho e as suas relações, relegando para segundo plano as preocupações, como anteriormente, com os métodos de trabalho e normas. A tónica dominante dizia respeito ao homem "... preocupação com o homem no trabalho (aspecto psicológico) e com os grupos (aspecto sociológico) em lugar da preocupação com os métodos de trabalho e as regras e normas a serem seguidas pelos executantes." (KURCGANT, 1991).

Defende-se uma organização informal, estimulavam-se dos grupos sociais, a comunicação, a motivação... O *homo economicus* de Taylor deu lugar ao homem social.

Os princípios da escola das relações humanas são, segundo Chambel:

1. *As relações humanas são a variável fundamental no contexto das organizações.*
2. *A principal motivação do indivíduo é «estar junto» e «ser reconhecido pelos outros».*
3. *O comportamento do indivíduo no trabalho é determinante pelo grupo a que pertence.*
4. *O grupo a que o indivíduo pertence tem uma natureza informal.*

Assim, surgiu uma escola que teve, de alguma maneira, subjacente aos seus princípios uma forma de reivindicação ou compensação, ocupando a posição exactamente oposta às teorias que tinham surgido anteriormente. Esta teoria perdeu alguma da sua credibilidade pela fraca comprovação a que foi sujeita, como refere Chiavenato (1999), caiu em descrédito pelo seu romantismo ingénuo e pela superficialidade das suas conclusões. Mas permitiu que fossem valorizadas as boas relações e ambiente de trabalho, e um tratamento mais humano dos trabalhadores. A partir daqui, a Psicossociologia ganhou relevo e as Ciências Sociais passaram a ter um papel importante no estudo das organizações. Este foi, para muitos autores, o início do estudo da satisfação organizacional. Com a Teoria das Relações Humanas, a administração passou a tratar temas, entre outros, relativos à motivação humana, à liderança, e à dinâmica de grupo.

A teoria das Relações Humanas influenciou, de alguma maneira, as organizações e, em particular, as instituições de saúde, pois era notório algum esforço por parte destas de melhorar e valorizar as relações humanas sendo a formação do pessoal nestas áreas bastante frequente e incentivada. No entanto, uma mudança de facto ao nível das instituições ainda está longe de ser um passo concreto, as políticas institucionais ainda não tem de uma forma convincente e como tópico essencial as relações humanas na administração do pessoal.

A organização do trabalho por tarefas também começou a ser questionada, começou-se a perceber que com esta metodologia de trabalho, os cuidados eram desprovidos de sentido. Quem prestava cuidados não tinha um conhecimento da pessoa cuidada, com a qual não conseguia estabelecer uma relação interpessoal, uma relação *cuidativa* que é a essência e a razão de ser dos cuidados. A profissão de enfermagem esvazia-se sentido se se limitar no seu exercício à execução de um sem número de técnicas, muito embora necessárias, e parte integrante dos cuidados prestados.

A Teoria Burocrática de Weber surgiu quando a Teoria Clássica e a Teoria das Relações Humanas se reposicionavam no mundo organizacional. Weber surge por volta de 1947 com o modelo burocrático. Segundo Weber, burocracia é a organização racional e eficiente por excelência.

A sua teoria fundamenta-se em seis dimensões:

1. **Divisão do trabalho:** sistemática divisão do trabalho para permitir alto grau de especialização profissional e pessoas tecnicamente qualificadas. Os cargos são fragmentados em tarefas simples, rotineiras e bem definidas.
2. **Hierarquia da autoridade:** os cargos são arrançados, organizados e remunerados de acordo com a hierarquia: cada nível é supervisionado e controlado pelo nível superior. A autoridade é bem definida e estrutura-se sob a forma escalar ou piramidal, desde o topo até à base.
3. **Regulamentação:** normas, regras e procedimentos formais e escritos, juntos com a estrutura de autoridade, permitem a coordenação e asseguram uniformidade, eliminando decisões arbitrárias e regulando e controlando as acções dos empregados.
4. **Comunicações formalizadas:** todas as comunicações são feitas através de meios escritos e documentados.
5. **Impessoalidade:** a ênfase é colocada nos cargos e não nos empregados, para assegurar que as regras e controles sejam aplicados uniformemente, evitando envolvimento com pessoas e preferências pessoais e para assegurar continuidade, independentemente da rotatividade do pessoal.

6. **Competência profissional:** *a admissão e o encarreiramento são baseados na competência técnica e profissional, mediante concursos ou provas para selecção. Com o tempo de serviço, o profissional segue carreira dentro da organização, para promoção, progresso e acesso na escala hierárquica.* (CHIAVENATO, 1999)

Com Weber surgiu a cedência do proprietário não habilitado ao administrador competente, havendo uma separação total de funções que se observava, em especial nas grandes organizações.

As críticas à Teoria Burocrática de Weber são particularmente dirigidas à exagerada importância atribuída às regras, normas e regulamentos e consequentemente daí resulta um relacionamento humano impessoal, inflexibilidade e estabilidade organizacional.

Um dos primeiros críticos da Teoria Burocrática foi o próprio Weber ao aperceber-se que este tipo de estrutura podia concentrar o poder sobre muitos, na mão de poucas pessoas.

Esta teoria marcou profundamente as instituições e serviços públicos e, em particular, os serviços de saúde. Em relação à profissão de enfermagem, a principal influência da teoria de Weber sobre esta, recai sobre a sua prática, pela ênfase que se dá às normas e às regras.

“Como no sector industrial, da hierarquia de valores atribuídos às tarefas, dependem horários, índices salariais, compensações, afectação de locais mais ou menos exíguos, espaçosos ou confortáveis, consoante o lugar ocupado pelos doentes e o pessoal, no seio da instituição hospitalar.” (COLLIÈRE, 1999)

A Enfermagem foi também marcada pela Revolução Industrial como todos os outros sectores da sociedade, e foi nesta época que se deu o grande passo no sentido da enfermagem moderna. As teorias gerais de administração foram uma das áreas que, como vimos anteriormente, contribuíram de uma forma inequívoca para o que foram, e o que são ainda hoje, as instituições de saúde e a enfermagem em particular. Para além do contributo dado por outras disciplinas, também a própria enfermagem se desenvolveu e evoluiu. A enfermagem teve um marco fundamental que se situa

em Florence Nightingale, em finais do século XIX, considerada por muitos autores, a mãe da Enfermagem moderna. Ela influenciou, de forma determinante, a direcção da história da Enfermagem. Surgiu como a primeira teórica que descreveu uma função própria da enfermagem, "...situar o paciente nas melhores condições para que a natureza actue sobre ele."(MARRINER, 1989) Para tal, e de acordo com Nightingale, é fundamental conhecer a pessoa e o meio.

A observação sistemática foi, para Nightingale, uma metodologia de grande importância na aquisição de conhecimentos. A análise de dados estatísticos e de trabalhos de investigação foram também trabalhos relevantes por ela desenvolvidos. Assim, temos as suas principais obras situadas preferencialmente ao nível de reforma dos cuidados de saúde militar em Inglaterra e a elaboração de um programa de formação de enfermeiros baseado em normas profissionais. *"Ela acreditava que as enfermeiras deviam gastar o seu tempo cuidando dos pacientes, não limpando; que as enfermeiras deveriam continuar a estudar ao longo das suas vidas e não as tornar "estagnadas", que as enfermeiras deveriam ser inteligentes e utilizar essa inteligência para melhorar as condições do paciente; e que os líderes de enfermagem deveriam ter um reconhecimento social. Ela possuía uma visão de como a enfermeira poderia e deveria ser."*(ELLIS, 1998)

Os finais do séc. XIX foram também marcados por inúmeras descobertas no domínio da química e da física abrindo portas à investigação e desenvolvimento do conhecimento médico. A configuração social do hospital no séc. XX foi condicionada pela investigação, técnicas utilizadas e tipos de doenças a tratar. Apesar do contributo dado por Nightingale para o desenvolvimento da profissão, surgiu um período que medeia entre o início do século XX e os anos cinquenta, em que a enfermagem se desenvolveu com base em regras, tradições e experiência adquirida. A enfermagem foi-se modelando, tendo por base um modelo duplo de referência, o anterior associado à igreja e o que se estava a desenvolver de auxiliar do médico; "o modelo antigo, vindo directamente da [mulher] consagrada ... e de um novo modelo que começa a despontar, o de auxiliar do médico, primeiro preparando o material necessário à sua prática e depois assegurando, sob a sua responsabilidade, os cuidados prescritos e delegados por ele..." (COLLIÈRE, 1999). A enfermagem teve dupla filiação, a conventual que residia na ideia de que servir era a base da prática de enfermagem. Servir os doentes, servir os médicos e servir a instituição. Para além

deste servilismo o cuidar era ainda visto numa perspectiva de sofrimento e de dor, não sendo objectivo evitá-lo, mas sim debruçar-se sobre este, em estar à sua cabeceira. Para se ser enfermeira, era necessário ter vocação e possuir algumas qualidades, isto é, ter perfil, para além de ser condição obrigatória o celibato (a família continua a não ser compatível com a profissão). Enfermagem era, então, uma maneira de ser, onde servir era o objectivo e para o qual se devia ser dotado de algumas qualidades.

As enfermeiras deviam existir para colaborar com os médicos. “Assim formada, a enfermeira desenvolve uma prática de cuidados inteiramente tributária da prática médica, cujo exercício facilita consideravelmente.” (COLLIÈRE, 1999). Eram os médicos que determinavam quais os conteúdos que interessava ensinar, isto é, qual o conteúdo profissional da prática de cuidados de enfermagem. A enfermeira devia ser agente de informação e agente de execução, facilitando o diagnóstico e principalmente garante da correcta execução do tratamento, “... as enfermeiras vão orientar o seu modelo da prática dos cuidados em conformidade com o desenvolvimento da prática dos médicos.” (BENTO, 1997).

Assim, e em consonância com o que é o papel que o hospital passou a ter na sociedade, bem como o papel do médico, a prática dos cuidados de enfermagem passou, também ela, a ser centrada na doença. As linhas orientadoras e o que animava a profissão de enfermagem eram o cuidar a pessoa, mas portadora de uma doença, distinguindo-se os doentes mais pela patologia de que eram portadores do que pelo que eram como ser único com necessidades e sentimentos altamente individualizados. “A razão de ser da prática de enfermagem continua a ser o doente mas como portador de doença.” (COLLIÈRE, 1999). Era pela doença e para a doença que eram seleccionados e desenvolvidos os conhecimentos.

“O exercício de responsabilidade leva à estruturação de uma hierarquia vertical da profissão pela via da especialização, seja técnica ou baseada na faixa das idades ou pela via da função de enquadramento. Pelo contrário, nenhuma hierarquização horizontal, que valoriza-se o trabalho da enfermeira de cabeceira, constitui objecto de reconhecimento socialmente explícito, mesmo adquirido a partir da aquisição de competências técnicas.” (COLLIÈRE, 1999).

Segunda metade do século XX

O pós-guerra foi caracterizado por um movimento de mudança, foi o renascer, de todas as facetas da vida social e económica. O mundo organizacional começava a viver grandes transformações, desenvolveram-se novos produtos, novos serviços; as mudanças começaram a dar-se a um ritmo alucinante. A instabilidade, a imprevisibilidade e a inovação eram as notas dominantes.

Assim, e devido a este novo cenário económico e social e em particular na gestão organizacional, surgiu a necessidade de readaptar as teorias da era Industrial Clássica. Este período foi marcado por duas fases distintas na formalização de teorias; inicialmente tivemos teorias que assentavam em teorias anteriores reformulando-as e dotando-as de um carácter explicativo e descritivo, adequando-as aos novos tempos; num segundo período desenvolvem-se teorias que dão ênfase ao ambiente.

A Teoria Estruturalista marcou o início deste período, caracterizando-se pelo ênfase que imprimia à estrutura organizacional; preocupou-se com o estudo da organização formal e incorporou a organização informal. O Estruturalismo, tendo em conta as críticas que foram dirigidas à Teoria Burocrática, procurou eliminar conceitos menos adequados e associar e compatibilizar alguns conceitos das Teorias Clássica e das Relações Humanas.

Um pouco mais tarde surgiu a Teoria Neoclássica ou do Processo Administrativo (por volta de 1957), que teve por base a Teoria Clássica, mas seguindo mais ou menos os passos da anterior, isto é, fundamentou-se numa teoria do período clássico elegendo apenas os conceitos que se adequavam à situação do momento e associou-lhes conceitos igualmente importantes de outras teorias de administração ou mesmo de outras áreas do conhecimento. Chiavenato (1993) refere que os autores neoclássicos não formam propriamente uma escola bem definida, mas um movimento relativamente heterogéneo. No entanto, partilham alguns aspectos que são tidos como fundamentais, tais como: ênfase na prática da administração, reafirmação dos postulados clássicos, ênfase nos princípios gerais de administração, ênfase nos objectivos e nos resultados, eclectismo.

O ênfase nas pessoas perpetuou-se na era Industrial Neoclássica através da Teoria Comportamental. Surgiu após a década de cinquenta e sofreu influência da

psicologia organizacional. Trouxe novos conceitos sobre motivação, comunicação, dinâmica de grupos, comportamento organizacional, etc. A preocupação dominante situou-se ao nível do comportamento organizacional, tendo-se mantido o ênfase na variável pessoa, "... a preocupação com a *estrutura* transferiu-se para o *processo* e para a *dinâmica organizacional*, ou seja, para o comportamento organizacional."(KURCGANT, 1991).

Para a fundamentação da teoria Comportamentalista, participaram várias teorias administrativas e da Psicologia. Assim, para além das teorias Clássicas, temos entre outras, a influência do Behaviorismo onde se privilegia, como refere Kurkgant (1991), ênfase ao *homem administrativo* visando à *maneira satisfatória* na realização do trabalho, e não à *melhor maneira*, que era característica do chamado *homem económico*.

Maslow e a teoria da motivação humana que concebe as necessidades do indivíduo de forma hierárquica numa pirâmide e por ordem decrescente de importância da base até ao topo, foram um contributo importante para fundamentar a teoria Comportamentalista. Hertzberg dá o seu contributo à teoria Comportamentalista, quando elabora uma teoria sobre a motivação com base no estudo do comportamento humano em situação de trabalho, a Teoria dos Dois Factores (factores higiénicos e motivacionais).

Alguns destes teóricos também influenciaram a enfermagem; áreas como a Psicologia e da Motivação, suportam algumas teorias e modelos de enfermagem.

Num segundo momento, surgiram posições teóricas cujo ênfase foi atribuído à tecnologia e ambiente e, assim, temos a teoria de sistemas e teoria contingencial.

A teoria de sistemas, marcou o início de uma nova perspectiva de olhar a organização e de a gerir. Surge na década de sessenta, e decorre de estudos desenvolvidos pelo biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy.

Ludwig von Bertalanffy começa por questionar o método de investigação científico usado na sua época e proposto por Decartes no seu livro "O Discurso do Método" de 1637 que defendia "para se estudar um fenómeno era necessário dividi-lo no maior número possível de partes, até ao ponto que fosse possível compreender cada uma delas" (CHAMBEL, 1995), Ludwig von Bertalanffy, em oposição, defende uma abordagem global do objecto em estudo com uma organização complexa e em interacção com o meio envolvente.

Esta teoria teve uma influência determinante nas várias áreas das ciências e recebeu destas, também, vários contributos de investigadores das mais diversas disciplinas. “Esta teoria acaba por dar origem a um movimento científico, político e económico, que leva a sua aplicação a diversos domínios.” (CHAMBEL, 1995)

A teoria de sistemas deu um forte contributo ao mundo organizacional, as organizações passaram a ser concebidas não com um elemento isolado mas em relação com o meio envolvente e com o qual interagem. Neste sentido, Chiavenato (1999) define sistema como “um conjunto integrado de partes, íntima e dinamicamente relacionadas, que desenvolve uma actividade ou função e é destinada a atingir um objectivo específico. Sendo a organização visualizada como um sistema, operando em um ambiente e dependente dele para obter os seus insumos ou colocar os seus produtos/serviços”.

A organização é então considerada um sistema composto por subsistemas e integrada num sistema maior que é o meio envolvente com quem interage e com o qual deve manter um equilíbrio dinâmico mas do qual se distingue por fronteiras bem definidas. A organização tem um comportamento probabilístico e não determinístico, isto é, não depende unicamente dele mas do sistema maior onde está integrado.

Numa perspectiva sistémica existem duas propriedades que passaram a ser relevantes e a orientar a organização que Chiavenato (1999) define como: Totalidade e Propósito, em que Totalidade é a visão global da organização e que o todo é diferente da soma das partes, e Propósito refere-se ao facto de que todas as organizações têm um objectivo a alcançar, daí que o que é fundamental é a sua função e não a sua estrutura.

A Teoria de Sistemas tem quatro princípios, que Chambel (1995) define da seguinte forma:

- **Globalidade:** um sistema é mais e diferente do que a soma das suas partes. As características de um sistema não resultam da soma das características individuais de cada elemento e funciona como um todo tendo qualidades que as partes não possuem;
- **Interacção:** existe sempre uma relação entre os elementos de um sistema que é recíproca e não simétrica;
- **Organização:** os elementos são organizados segundo uma determinada estrutura; tem que haver algum tipo de organização para ser considerado

sistema; a forma como as interações entre os elementos estão organizadas, é que vai dar ao sistema as suas propriedades específicas;

- **Abertura:** os sistemas podem variar de muito abertos até pouco abertos ou fechados de acordo com as trocas que estabelecem com o meio.”

De acordo com a autora, as principais implicações desta teoria para as organizações, são a importância que o meio ambiente em que a organização está inserida, assume. As organizações passaram a ser vistas como um conjunto de subsistemas em inter-relação; a evolução das organizações passou a ser considerada como um processo natural. Assim, a eficácia de uma organização depende do sucesso na adaptação ao meio, pelo que as empresas passaram a ter estruturas diferentes, consoante as condições do meio em que operam. As limitações baseiam-se, essencialmente, no facto de compararmos um sistema social com um sistema vivo, porque estes últimos são formados por elementos orgânicos e os sociais são constituídos por indivíduos com autonomia intelectual.

A teoria de sistemas não passou indiferente às instituições de saúde. No entanto, e apesar de estas serem subsistemas do sistema maior, que é o sistema de saúde e da sociedade que é um sistema ainda mais abrangente, os intercâmbios que se estabelecem são fortemente condicionados pelas directrizes e políticas do momento.

No que se refere à enfermagem, a teoria de sistemas serviu de suporte teórico de algumas concepções; é exemplo disso a teoria de Callista Roy que é, na sua essência, uma teoria sistémica que vê o homem como um todo em interacção com o meio.

A teoria Contingencial partilha a visão sistémica das organizações mas centrou a sua atenção no meio situacional principalmente nas exigências deste em relação ao seu funcionamento. São as características do meio situacional da organização que condicionam as suas características.

Esta teoria surgiu após a década de setenta e deu ênfase ao ambiente colocando-o como a variável independente, funcionando as características organizacionais como variáveis dependentes. Resultou, assim, uma necessidade constante de adaptação da organização ao exterior criando habilidades organizacionais de inovação, adaptação, renovação...“Como o ambiente muda a cada instante, devido às forças económicas, tecnológicas, sociais, culturais, legais,

demográficas e ecológicas, a organização torna-se contingente em relação a todos esses aspectos mutáveis e dinâmicos. Contingência significa uma eventualidade, uma possibilidade de algo acontecer ou não.” (CHIAVENATO, 1999)

Não se atinge a eficácia organizacional tendo por base um único modelo organizacional, há um intercâmbio crescente de ideias e conceitos, as linhas orientadoras são cada vez menos absolutas, menos normativas, mais relativas, mais abrangentes e situacionais. Como refere Chiavenato (1999), os princípios gerais deixam de ter lugar e de ser válidos, o mundo organizacional, que era relativamente estático e previsível, deu lugar à mudança como nota dominante, onde tudo é contingencial e efémero. Nas organizações, pode-se e deve-se melhorar e aperfeiçoar, de uma forma contínua, para a obtenção de um ajustamento permanente.

No entanto, a teoria possui alguns pressupostos (Galbraith, cit in Scott, 1987—CHAMBEL, 1995) que funcionam como linhas orientadoras: não há uma melhor forma de estruturar ou fazer funcionar uma organização. A melhor forma de estruturar e fazer funcionar uma organização é contingente, isto é, depende das características do seu meio situacional.

“A contingência é um tipo de relação do tipo se-então” onde se privilegia o estudo dos “... ambientes e a interdependência entre a organização e o ambiente.” (CHIAVENATO, 1993)

A teoria contingencial tem algumas limitações; as que são habitualmente apontadas e comumente aceites são a desvalorização da influência que a organização tem sobre o meio e o facto de os modelos nela inseridos definem, na sua maioria, o meio situacional de uma forma muito abstracta e geral.

A teoria contingencial, apesar de ser considerada pelas organizações de saúde, não participa de uma forma efectiva e determinante na sua gestão. As instituições de saúde, evoluem no sentido natural dos acontecimentos e de acordo com as linhas de pensamento do momento, como as demais organizações; no entanto, esta evolução dá-se de uma forma mais lenta pela rigidez que vigora e a super-estrutura que as integra; há, ainda, a considerar a falta de competitividade que se vive hoje na área da saúde, que é um factor determinante para o desenvolvimento e evolução de qualquer organismo, independentemente da sua natureza.

A enfermagem também viveu o seu próprio processo de mudança; o conhecimento de enfermagem percorreu um longo caminho no sentido de identificar

e desenvolver os cuidados e os fundamentar. É neste período (década de cinquenta), que se iniciou a discussão sobre a direcção da enfermagem, o seu desenvolvimento, a sua concepção como disciplina e profissão. Foram recuperadas algumas das convicções de Nigthingale em relação à enfermagem e que tinham sido relegadas para segundo plano no início do século, pelo fascínio que a técnica adquiriu na prática de enfermagem. O homem, enquanto pessoa, passou a ser a razão dos cuidados, deixando de ser quase e somente um meio por excelência para a execução e desenvolvimento de técnicas e tratamentos.

Surgiram várias posições teóricas que foram variando entre si pela forma como concebem quatro elementos básicos: o homem, o ambiente, a enfermagem e o cuidar, bem como a forma como estes conceitos interagem e se articulam entre si. Observava-se uma evolução nas concepções que foram surgindo e que reflectiam a evolução do pensamento social e que se viveu noutras disciplinas. Neste sentido, as teorias de enfermagem têm como objectivo, orientar e fundamentar a prática, fornecendo um esquema conceptual, isto é, um conjunto de proposições interrelacionadas para descrever, explicar e prever um ou mais fenómenos. Por outro lado, o modelo de enfermagem traduz a fundamentação teórica na prática. A formalização das várias teorias e modelos situa-se num processo evolutivo. Importa, pois, fazer referência a algumas das teóricas mais conhecidas e, talvez por isso, mais influentes.

Virginia Henderson (1969) foi das primeiras a tentar clarificar os conceitos essenciais; a sua teoria baseou-se na teoria das necessidades humanas básicas de Maslow. O cuidar em enfermagem, por ela definido, é um dos conceitos mais amplamente conhecido pelos profissionais.

“Assistência à pessoa, doente ou com saúde, nas actividades que não pode fazer por si só por falta de força, vontade ou conhecimento, a fim de conservar ou de restabelecer a sua independência na satisfação das suas necessidades fundamentais.” (Kérouac, 1994).

A função principal do enfermeiro é então colaborar com a pessoa nas actividades que esta executaria normalmente sem ajuda.

Posteriormente, surgiram abordagens que se fundamentavam em teorias como a de sistemas, valorizavam a adaptação e atribuíam particular importância à ciência. Como exemplo sobejamente conhecido, temos Callista Roy, que elaborou um

modelo na década de sessenta; é um dos modelos conceptuais que combinou várias teorias como o modelo de adaptação de Helson, teoria de sistemas e de stress. Roy considera a pessoa com um total integrado com componentes biológico, psicológico e social em constante adaptação a estímulos focais, contextuais ou residuais. Para se adaptar, a pessoa é dotada de dois sistemas de adaptação: o regulador e o cognitivo; esta adaptação pode ser feita de quatro modos: fisiológico, auto-conceito, domínio do papel social e interdependência. A finalidade da enfermagem é ajudar a pessoa a adaptar-se aos estímulos. Saúde e doença situam-se num contínuo ao longo do qual é inevitável mobilizar-se.

Jean Watson (1979) é uma teórica mais recente, assim como Leininger e Parse, combinou teoria e filosofia numa metodologia humanista. Desenvolveu, assim, uma teoria em que as ciências humanas e a fenomenologia são privilegiadas. Para Watson, o cuidado é a essência da enfermagem e é construído sobre dez factores, dos quais a formação de um sistema de valores humanista-altuísta, instilação de fé-esperança e o cultivo da sensibilidade ao próprio *self* e ao das demais pessoas, formam os fundamentos filosóficos da teoria. O cuidado supõe uma sensibilidade entre o enfermeiro e a pessoa com a qual este co-participa. Saúde é unidade e harmonia entre o corpo, alma e espírito e a finalidade de enfermagem é ajudar a pessoa a alcançar um maior grau de harmonia.

Muito embora as teorias possuam quadros conceptuais únicos que as diferenciam das demais, elas resultam, por um lado, de uma forma mais ou menos directa e efectiva, de influência do pensamento social e científico que predomina no momento e, por outro lado, elas partilham um tronco comum de conhecimentos que são próprios à disciplina de enfermagem que as vai definitivamente influenciar. Algumas concepções há que se encontram mais próximas pela semelhança que têm na forma de pensar e ler o mundo; em função disso, Parse (1987) tendo por base as semelhanças paradigmáticas, identificou-as e classificou-as em dois paradigmas: totalidade e simultaneidade. No paradigma da totalidade, o conceito de ser humano é pensado como um todo, composto de atributos fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais, onde cada um deles pode ser estudado separadamente. O objectivo específico do cuidar é a promoção da saúde e a prevenção da doença segundo critérios pré-estabelecidos. Para autores que se situam no paradigma da simultaneidade, o ser humano é um todo e não uma adição de atributos particulares, e

reconhecido através de um processo de mutualidade com o universo. Outros autores classificam-no em seis escolas, atendendo a algumas características ou especificidades comuns, e que são: escola das necessidades, escola de interacção, escola dos efeitos desejados, escola da promoção da saúde, escola do ser humano unitário e escola do *caring*; a escola das necessidades (Henderson, Ropper, Orem) vê a pessoa como ser com necessidades que devem ser satisfeitas tendo em vista o equilíbrio; na escola de interacção (Peplau, Orlando, King) a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa assume particular importância, o doente precisa de alguém que o compreenda; a escola dos efeitos desejados (Callista Roy, Levine, Newman) atribui à enfermagem a responsabilidade de ajudar o indivíduo a tornar-se o mais independente, sendo este o efeito desejado; um modelo dirigido essencialmente aos cuidados de saúde primários elaborado por Mayra Allen constitui a escola de promoção da saúde; na escola do ser humano unitário (Rogers, Parse) a enfermagem intervém na parceria dos cuidados, cabe à pessoa identificar os seus problemas e determinar os objectivos, ao enfermeiro compete-lhe estar atento e acompanhar a pessoa na obtenção desses objectivos; por último, temos a escola do *caring* (Watson, Leininger), em que a acção de enfermagem supõe que o profissional se coloque no lugar do doente, é uma maneira de ser e estar em que há compaixão e humanização e onde a técnica é delegada a outros técnicos.

No entanto, e independentemente do quadro conceptual a que se faça referência, existem correntes de pensamento que estabelecem algumas directrizes alargadas e que são genericamente aceites e obtêm o consenso da comunidade científica. Assim, e no que se refere ao período de 1950 a 1975, privilegiou-se a revalorização da relação entre quem prestava e quem recebia os cuidados; esta corrente de pensamento surgiu nos E.U.A.. Foi posto em causa o lugar excessivo que era concedido à higiene, delegando para plano secundário o desenvolvimento do homem ao longo do ciclo vital, com todas as necessidades próprias de cada fase desse ciclo, colocavam-se interrogações, como refere Collière, sobre o homem, sobre o que o desenvolve ou o destrói ao longo dos anos e muito especialmente, durante a infância. Neste sentido, considera-se, de maneira diferente, o homem doente e o homem são.

A revalorização da relação entre quem presta e quem recebe os cuidados afirmou-se pelos anos setenta, em virtude da insatisfação pelos cuidados muito

tecnicistas ser cada vez mais sentida. A relação que se estabelece com o doente, tornou-se o eixo dos cuidados e a base do trabalho de enfermagem. A relação entre quem presta e quem recebe só vale se houver uma continuidade de cuidados: o plano de cuidados surgiu como instrumento de trabalho para garantir, de um forma efectiva, essa continuidade de cuidados entre os vários elementos da equipa de enfermagem. Este permite que a equipa que cuida o doente disponha de algumas linhas orientadoras que viabilizem a continuidade dos cuidados. A organização do trabalho alterou-se completamente porque a natureza deste também mudou. O trabalho de tarefas deu lugar aos cuidados prestados ao indivíduo no seu todo (o trabalho por tarefas não permite conhecer o indivíduo e estabelecer com ele uma relação de cuidar). Passou a fazer-se a divisão do trabalho atribuindo-se a cada enfermeiro um grupo de doentes, podendo-se comparar ao trabalho sectorizado das organizações. “Esta nova forma de organização choca com o funcionamento do conjunto da estrutura hospitalar, com a insuficiência do pessoal, com as relações hierárquicas dentro da equipe, bem como a discriminação das tarefas por estratos, por exemplo, as que são confiadas às auxiliares de enfermagem.” (COLLIÈRE, 1999).

Na relação entre quem presta e quem recebe os cuidados, é fundamental dispor de informação necessária para prestar os cuidados apropriados, relacionar essas mesmas diferentes informações e recorrer a fontes de conhecimento diversas. É importante que haja uma participação activa da pessoa no seu tratamento, a continuidade de cuidados deve ser assegurada e deve-se garantir uma coordenação das acções dos outros profissionais. É ainda importante que se faça uma avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Collière (1999) defende que esta corrente faz nascer a noção de *cuidados de enfermagem*, de *serviço de enfermagem*, que, até aí, não se apoiava propriamente numa concepção, mas ligava-se a uma prática de cuidados efectuados por enfermeiras, por um pessoal de enfermagem.

Collière (1989) e Kérouac (1995) *cit in* BENTO (1997) identificam como principais consequências desta nova prática de cuidados:

- *(re)valorização das actividades de manutenção da vida;*

- *valorização da relação enfermeira-utente (é através da relação que se chega aos conhecimentos das necessidades do utente; prestar cuidados implica “agir com”);*
- *a introdução de novos conhecimentos subjacentes (ou que servem de suporte) à prática dos cuidados (conhecimento não só das ciências naturais, mas também das ciências humanas e sociais, especialmente psicologia, necessários para que a enfermeira se torne competente na área da relação com o indivíduo são ou doente, seja capaz de identificar e compreender as suas necessidades).*
- *a introdução de novos instrumentos de trabalho na prática de enfermagem: instrumentos para recolher, analisar, tratar e guardar a informação colhida e/ou produzida; o plano de cuidados (surge porque a colheita de informação visa a sua utilização, isto é, a proposta de cuidados e é necessário garantir a continuidade da sua implementação);*
- *a introdução de novas técnicas de organização do trabalho, a organização dos cuidados e a distribuição do trabalho por tarefas e rotinas perde a sua razão de ser nesta concepção. Cada Pessoa é diferente e exige cuidados diferentes, específicos, em tempo e ocasiões diferentes. Tornando-se necessário que quer o planeamento que quer a prestação de cuidados seja individualizado. A divisão do trabalho passa do “método de distribuição por tarefas” para a distribuição por doentes / “método individual”;*
- *a disciplina de enfermagem diferencia-se em relação à disciplina médica, é possível encontrar, nesta concepção, áreas de intercepção dos cuidados médicos e de enfermagem, mas também áreas de intervenção específica, complementares de cada um dos actores. Cria-se espaço para a “autonomia”.*

Uma crítica que foi atribuída a esta corrente, deve-se ao facto de limitar a concepção de saúde à saúde individual, sendo que os cuidados de enfermagem têm um alcance social muito reduzido. Crítica esta também já feita a posições teóricas de outras áreas do conhecimento que se evidenciaram durante este período, como as teorias administrativas que tinham esta leitura da realidade.

As teorias gerais de administração dão também o seu contributo e influenciam a disciplina e profissão de enfermagem durante este período.

Atribuiu-se, muitas vezes, às equipas de enfermagem, não de uma forma directa, mas implícita, as características que concebem o homem de acordo com a Teoria X, isto é, indolente, preguiçoso, irresponsável, dependente e resistente às mudanças como define Kuregant (1991) e que leva a que o superior hierárquico adopte um estilo duro, autoritário e que o poder de decidir se concentre no topo da organização. Esta concepção do homem não se limitou aos profissionais mas estendeu-se ao cliente ou doente, reflectindo-se esse tipo de relação, também, na que se estabelece entre quem cuida e o cliente.

A era da informação surgiu na década de noventa e teve por cenário a tecnologia de informação: o mundo tornou-se numa aldeia global, onde as fronteiras são quase e tão somente um meio de organização do espaço, e onde a distância e o tempo são pequenos obstáculos quase imperceptíveis. O ênfase colocou-se na produtividade, qualidade, competitividade, cliente e globalização. Assim, para fazer face a esta nova forma de estar no mundo organizacional, há aspectos a privilegiar que Chiavenato (1999) identifica como simplicidade, agilidade, flexibilidade, trabalho em equipa e células de produção, unidades autónomas, além de aspectos culturais como ampla participação, comprometimento, focalização no cliente interno e externo, orientação para metas e resultados, busca da melhoria constante e da excelência. A presença destes aspectos possibilitou uma organização competitiva, é fundamental para a sobrevivência e sucesso de qualquer organização.

Foram desenvolvidos estudos sobre organizações com elevado desempenho, tais como o estudo desenvolvido por Pipers e Waterman referido por Chiavenato (1999). Este estudo permitiu conhecer algumas características comuns às organizações de sucesso e que eventualmente fazem a diferença. Deste estudo resultou a identificação de oito características comuns às empresas bem sucedidas: propensão à acção; proximidade do cliente; autonomia operacional e espírito empreendedor; produtividade através das pessoas; orientação para valores; focalização no negócio; formato simples e staff enxuto; controles simultaneamente soltos e apertados. Estas são orientações que podem e devem ser usadas, mas não constituem de forma alguma uma receita para uma gestão com sucesso; gerir por receita, no mundo organizacional de sucesso, deixou de ter lugar.

No que se refere à enfermagem, a inovação e renovação vem pela *mão* de uma corrente orientada para o desenvolvimento da saúde, corrente de origem recente que é ainda de difícil identificação tanto nas concepções teóricas que a sustentam como na sua prática.

O contributo de outras ciências é fundamental, salienta Collière (1999), atendendo à importância que assumem temas, como o estudo do homem normal, atendendo aos seus mecanismos biológicos e psicológicos, às grandes fases do seu desenvolvimento e evolução, aos seus modos de adaptação e de defesa, à sua necessidade de individualidade e ao seu instinto de socialização. São utilizadas técnicas médicas tradicionais, mas a prática de enfermagem deita mão também de técnicas de entrevista, de reunião, de organização do trabalho... que são provenientes da psicologia social. Assim, temos, segundo Collière:

- “ *o contributo de trabalhos no domínio da biologia e da fisiologia, sem negligenciar o contributo insubstituível das ciências humanas como a antropologia, a sociologia e a demografia;*
- *a necessidade de responder de forma diferente às necessidades sanitárias, apercebida primeiro nos países em vias de desenvolvimento, e depois na sociedade ocidental;*
- *o nascimento ou ressurgimento de novos movimentos sociais que arrastam um requestionar do trabalho social e da acção sanitária e social.*”

Cada vez mais são desenvolvidos estudos que nos orientam no sentido da importância da inter-relação e interacção do homem com a sociedade e o meio ambiente, onde o conceito de saúde é muito lato, abrangente e fundamentalmente relativo. A doença, por seu lado, resulta de um conjunto de fenómenos dentro dos quais o aspecto orgânico constitui apenas uma das suas facetas; nesse sentido, saúde-doença é um conceito dinâmico em que o homem está em inter-acção com a sociedade e com o meio-ambiente. A adaptação surge aqui como um componente determinante no indivíduo.

Esta corrente chama a si o que foi a razão de ser das mulheres antes do cristianismo e que se fundamentava, na sua essência, em ajudar a viver no seu quotidiano e dotado de um plano de acção em que os cuidados não se limitam a acções isoladas e sem continuidade. Collière (1999) diz-nos que esta corrente

defende que, cuidar volta a ser ajudar a viver, e que esta abordagem estimula a criatividade, tanto dos utilizadores dos cuidados como do pessoal que os presta; atenua os fenómenos de dependência e modifica, consideravelmente, as relações interpessoais a nível da equipe de cuidados, bem como com outros trabalhadores da saúde, onde cada um se sente implicado, há um esbater das estruturas hierárquicas que passam a funcionar mais no sentido horizontal, do que vertical.

É perceptível que a História do último século se escreveu de uma forma incomparavelmente mais rápida que toda a História do Homem. A vida social foi marcada por profundas transformações desviando irreversivelmente a História da sua rota.

O trabalho foi uma das facetas da vida do homem que teve grande protagonismo durante este período pelas operações a que se foi submetendo. A *grosso modo*, as grandes mudanças deram-se ao nível da organização do trabalho; passa a fazer-se uma separação entre o período de trabalho e a restante vida dos indivíduos no que se refere ao espaço, bem como ao horário e à partilha desse mesmo trabalho, este passa a ser feito fora do lar com o grupo de pares e durante um período de tempo previamente estabelecido. O trabalho deixa de ser apenas um meio de sobrevivência e passa a ser o principal responsável do poder de compra de cada indivíduo e influencia de forma determinante o seu estatuto social.

A melhoria das condições de vida, isto é, a obtenção de cada vez mais e melhores condições sociais e económicas, passa a ser um objectivo real e concreto que cada um vai procurando alcançar; daí a importância que assume a procura de soluções para que o trabalho, para além de ser esse meio de sobrevivência, seja também uma vivência que contribui positiva e efectivamente para a qualidade de vida, não só pelo que dele resulta, mas também, enquanto período da vida, que deve ser vivido com o máximo de qualidade e satisfação. É interessante ver quanto foram importantes e determinantes várias teorias de administração no que hoje é o mundo organizacional e a sociedade em geral.

A enfermagem fez também o seu percurso e viveu o seu processo de evolução; definir o seu corpo de conhecimentos, o que a distingue das outras disciplinas e que orientação deve ter a sua prática, foram as notas dominantes, principalmente na última metade do século XX. Esta evolução teve implicações na sua prática, dirigindo-se ao indivíduo com o objectivo de prestar mais e melhores

cuidados, tendo em conta que este possui uma história e experiência de vida única e está integrado numa determinada sociedade tornando-o diferente de todos os outros. O indivíduo é ainda visto como um elemento activo com responsabilidades que participa no cuidado de si, assumindo mesmo o papel de protagonista.

Para se perceber a satisfação organizacional dos enfermeiros, bem como a relação que há entre esta e os contextos de trabalho onde a sua actividade é exercida, torna-se insuficiente estudar o fenómeno isoladamente no tempo e no espaço. Para a satisfação ou insatisfação contribuem inúmeros factores, sendo um dos aspectos que assume particular importância a nossa herança histórica em termos profissionais. O percurso feito pelas organizações onde os enfermeiros desempenham as suas funções, bem como a história da enfermagem, são aspectos que vão influenciar e possibilitar a compreensão dos comportamentos que estes vão assumir perante questões como a avaliação da sua satisfação.

2.2 -SATISFAÇÃO E MOTIVAÇÃO ORGANIZACIONAL

Neste trabalho, a satisfação assume a posição de variável dependente, pelo que importa fazer uma abordagem sobre o que se entende por satisfação no trabalho, que factores a influenciam e quais as principais posições teóricas. Para além destes aspectos, há ainda a referir que esta está intimamente ligada à motivação do indivíduo, a qual inicia todo um processo que deve levar à obtenção da satisfação. Assim, por motivação entende-se "... o desejo de exercer altos níveis de esforço em direcção a determinados objectivos organizacionais, condicionados pela capacidade de satisfazer algumas necessidades individuais." (CHIAVENATO, 1999) O autor descreve todo o processo, que vai desde a motivação até à satisfação da pessoa, através do ciclo motivacional, que é definido como a "sequência de eventos que vão desde a carência de uma necessidade até à sua satisfação e retorno até ao estado anterior de equilíbrio". Daí resulta que, quando se faz uma revisão bibliográfica sobre as teorias da satisfação, se encontre uma associação, e até mesmo alguma indiferenciação, entre teorias da satisfação e da motivação, motivo pelo qual será feita alusão a ambas indistintamente, tendo em conta apenas os principais pressupostos que as suportam.

2.2.1 - SATISFAÇÃO

Actualmente as pessoas, preocupam-se e lutam por uma vida com o máximo de satisfação nas mais variadas actividades que compõe a sua vida, como seja o trabalho, o lazer e a vida familiar.

A par disto, os valores que orientam a vida dos indivíduos tem vindo a sofrer alterações importantes condicionando a sua conduta e definição de prioridades. A religião é, talvez, o exemplo mais paradigmático, pois, quando presente na vida do homem, ela tem uma influência determinante no seu comportamento, em diferentes vertentes da sua vida; no entanto, esta tem vindo a perder de uma forma significativa a importância que lhe era atribuída, bem como os condicionalismos que lhe estavam associados.

Por outro lado, o trabalho tem vindo a adquirir uma importância crescente na vida do indivíduo, deixando de ser unicamente um meio de sobrevivência, para se assumir como um meio de realização, o que levou Rodrigues (1995) a afirmar que "...para um número cada vez maior de indivíduos, não é apenas um meio de garantir o ganho económico e a sobrevivência, mas cada vez mais um espaço de realização e expressão individual, entre outros espaços como o do lazer, da família, etc." Neste sentido, tem sido realizados vários estudos que ajudam a perceber esta nova dimensão do trabalho. Ele é, de facto, cada vez mais uma componente fundamental na vida do indivíduo, com implicações socio-económicas muito importantes. Uma das questões que tem sido objecto de estudo, refere-se à satisfação do indivíduo em relação ao seu trabalho. Esta questão envolve aspectos importantes, como a importância que o trabalho assume na vida do homem, até que ponto a satisfação experimentada em situação de trabalho é relevante e o que é que condiciona a satisfação experimentada pelo indivíduo em situação de trabalho.

Será então oportuno debruçarmo-nos sobre algumas abordagens e definições a propósito da satisfação no trabalho, e tentar encontrar variáveis que nos levem a operacionalizar este conceito no contexto da nossa investigação.

Em 1976, Locke *cit in* (FRANCÈS, 1984) define satisfação no trabalho como um estado afectivo positivo resultante da apreciação do emprego ou das experiências

ligadas ao emprego. Em consonância com esta definição, Neves (1998) refere que “a satisfação organizacional é fundamentalmente uma medida de qualidade de vida no trabalho (LAWLER, 1973) e tem a ver com estados emocionais, sendo uma resposta afectiva resultante de experiências dos sujeitos em relação ao trabalho...” o que nos leva numa primeira abordagem, a identificar a pessoa em relação com o ambiente, resultando a expressão de um estado objectivo e positivo.

Equacionar a questão da satisfação no trabalho, leva-nos a considerar a opinião de Graça (1997) e Santos (1984) *cit in* (PEREIRA, 1998) em que satisfação é “o indivíduo perceber ou sentir que aquilo que recebe é justo, ou está de acordo com o que espera obter por comparação com os seus pares na mesma situação e em função dos investimentos feitos na organização onde trabalha.”

Assim sendo, a satisfação, em situação de trabalho, é um acontecimento estritamente individual que se manifesta através de uma resposta emocional e afectiva, o que nos leva a questionar qual a influência que o trabalho exerce sobre o indivíduo e vice-versa, o que deixa antever uma situação de grande complexidade, com a interferência de muitas variáveis externas.

Muito embora seja uma questão amplamente estudada, não se encontra um modelo consistente e integrativo sobre esta matéria. “A satisfação no trabalho começou a reunir o interesse dos teóricos, investigadores e gestores, desde a altura em que o modelo *taylorista* da organização do trabalho foi posto em causa e se valorizou o factor humano na empresa.” (LIMA, 1988) Vários foram os autores que se dedicaram a estudar a satisfação em situação de trabalho e todas as questões que ela envolve. Locke (1976) refere três escolas às quais atribui particular importância pelo contributo que deram para a evolução do conceito de satisfação no trabalho, nomeadamente: a “Escola psico-económica” (1912), de Taylor que dá origem à organização científica do trabalho, traduzindo-se num aumento da produção com divisão de lucros, atribuindo-se a esta última, a satisfação experimentada em situação de trabalho; a “Escola psicossociológica” (1939) fundamentada nos trabalhos de Elton Mayo em Hawthorne, que privilegia as relações interpessoais que se estabelecem na organização, é também, para Locke, um marco importante para a satisfação no trabalho; por último, a “Escola do desenvolvimento” de Herzberg, Mausner e Snyderman (1959); defende que a satisfação dos trabalhadores, como refere Francès (1984), não depende apenas de estímulos variados que podem ser

manipulados, mas da sua personalidade, mais precisamente da percepção que tem das suas relações com os seus pares ou superiores hierárquicos no trabalho e das possibilidades de desenvolvimento que o seu papel lhes pode trazer ou recusar.

Muitos dos trabalhos e teorias que foram elaboradas ao longo do último século sobre satisfação no trabalho estiveram intimamente ligadas a conceitos e teorias da motivação pelo que importa fazer uma revisão de alguns desses conceitos.

2.2.2 – MOTIVAÇÃO

Porque a relação que há entre a Satisfação e a Motivação, como foi referido anteriormente, é estreita pelo que é conveniente termos alguma compreensão desta variável.

Motivar, deriva do latim “*motivu*”, que originalmente queria dizer movimento, móvel, significa muito simplesmente despertar interesse, estimular.

Robbins (1999) define “Motivação como o desejo de exercer um alto nível de esforço direccionado a objectivos organizacionais, condicionado pela habilidade do esforço de satisfazer alguma necessidade individual.” Daqui resulta que a motivação do indivíduo depende e é orientada no sentido de conjugar os seus interesses com os da organização; é com vista à realização dos seus interesses, que o indivíduo se sente motivado e orienta o seu esforço e empenho.

Chiavenato (1999) refere, e de acordo com o que foi dito anteriormente, que motivação “é o processo que leva alguém a comportar-se para atingir os objectivos organizacionais, ao mesmo tempo que procura alcançar também os seus próprios objectivos individuais.”

O envolvimento e empenhamento da pessoa, depende essencialmente dos seus interesses e necessidades, das suas características individuais e das circunstâncias do momento e que envolvem a situação. Pese embora as diferenças individuais, são também de considerar nesta análise, as variações que existem no mesmo indivíduo em função do momento.

Pode-se dizer então que a motivação é vista em função dos resultados que se obtém na interacção do indivíduo com a situação que o envolve, a qual implica um esforço, como é perceptível na **Figura 1**.

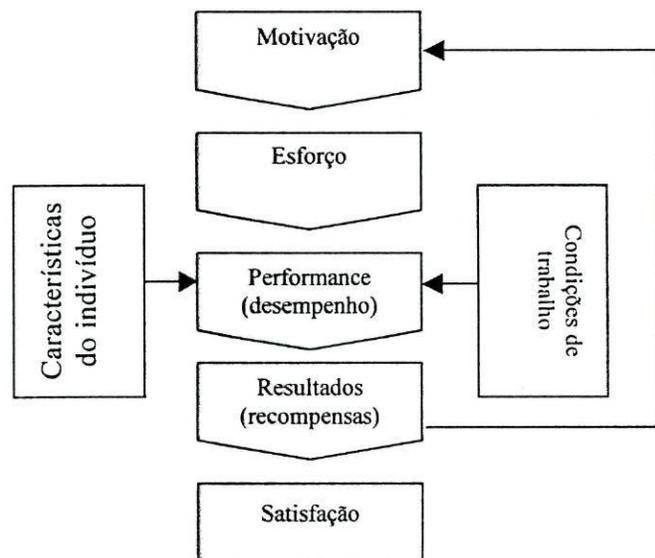


Figura 1 - Modelo básico do comportamento individual nas organizações.

Adaptado de Nadler, D.^a, Hackman, J.R. e Lawler III, E.E (Graça, 1995)

Outra forma de explicar a **motivação** e todo o processo a ela associado é o ciclo motivacional de Chiavenato (1999), composto por seis etapas essenciais e o retorno ao estado inicial permitindo que novo ciclo se inicie, já que a **motivação** é, para ele, um processo contínuo de **satisfação** das necessidades individuais. O ciclo motivacional é iniciado com uma **carência** que o indivíduo identifica e termina com a redução da tensão; para que tal aconteça, é necessário que a necessidade inicial seja satisfeita através de uma recompensa **intrínseca** ou **extrínseca**. De acordo com o autor, “a necessidade é um estado interno que, quando não satisfeito, cria tensão e estimula algum impulso no indivíduo, visando à sua redução ou atenuação. O impulso gera um comportamento de busca e pesquisa para localizar objectivos que, se atingidos, satisfarão a **necessidade** e produzirão redução da tensão.” (CHIAVENATO, 1999).

O ciclo motivacional de Chiavenato, **Figura 2**, é um exemplo de inúmeras descrições que podem ser elaboradas **para** explicar, de uma forma mais ou menos pormenorizada, as etapas que compõe o **processo** da **motivação**. Por exemplo, Neves (1998), identifica os três principais **componentes** que caracterizam os fenómenos motivacionais, e que são: a **energia humana** que suscita o comportamento, a **direcção**

que dirige o esforço (*goal orientation*) e a manutenção ou sustentação que preserva e reforça o comportamento (*systems orientation*). No entanto, o que se passa perante situações concretas, como a do trabalho, o que é que motiva o indivíduo, como é que ele satisfaz a carência ou necessidade que deu origem à motivação inicial, que tipo de necessidades são mais sentidas, o que está na origem dos comportamentos, o quê e porquê que move o indivíduo e que ordem de importância é atribuída à satisfação de diferentes necessidades é, entre outros aspectos, o que as teorias da motivação procuram explicar e antever. E é a par do desenvolvimento de teorias da motivação, e tendo em conta os conhecimentos que se vão desenvolvendo nesta área, que resultam contributos importantes para a compreensão do que é a satisfação.

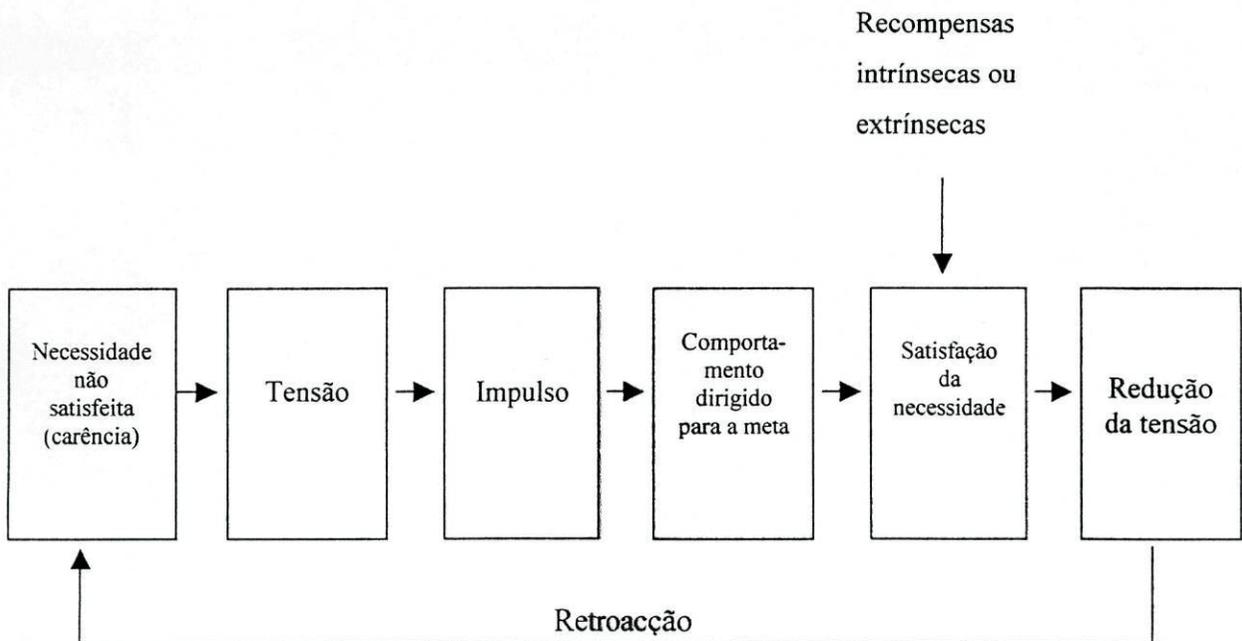


Figura 2 - O ciclo motivacional, Chiavenato.

Adaptado Chiavenato, 1999

2.2.3 – TEORIAS DA MOTIVAÇÃO E DA SATISFAÇÃO

Habitualmente é com base nos conhecimentos existentes e nos resultados obtidos em trabalhos anteriores que se realizam novos trabalhos de investigação. Os trabalhos que se realizam contribuem de alguma forma para validar (ou não) conhecimentos anteriores e produzir mais conhecimento sobre o tema. Neste sentido,

e porque a díade Motivação e Satisfação têm uma importância significativa para o desenvolvimento desta investigação, é oportuno nesta fase abordar algumas posições teóricas existentes nesta área.

As teorias da motivação no trabalho procuram formular respostas a várias questões tais como: O que é que motiva as pessoas? Como funciona o processo de motivação? Porque e como varia de pessoa para pessoa? Assim existem teorias que orientam as suas explicações no sentido de explicar o que é que causa determinado comportamento no indivíduo, identificar aspectos que quando alterados favorecem o processo que envolve a motivação resultando, entre outras coisas, a satisfação do indivíduo em situação de trabalho.

As principais teorias da motivação baseiam-se em pressupostos variados e atendem muitas vezes a diferentes aspectos ou vertentes do processo da motivação. Tendo em conta os aspectos que elas valorizam e a forma como centram as suas explicações numa ou noutra perspectiva, tem sido mais ou menos aceite que sejam classificadas como teorias do conteúdo ou do processo. Existem autores como Meggison (1986) que consideram um terceiro grupo onde são incluídas as teorias ditas prescritivas. Estas visam essencialmente identificar os meios mais adequados para motivar o indivíduo em situação de trabalho. Meggison refere ainda que as suas explicações fundamentam-se essencialmente no ensaio e erro ou em crenças populares. São tomadas como exemplo as teorias de Taylor e de Elton Mayo, já abordadas neste trabalho pelo que nos vamos abster de o fazer novamente, apesar de terem sido abordadas num contexto diferente.

No que se refere às teorias de conteúdo, estas procuram essencialmente encontrar explicações para o que causa determinado comportamento. São teorias que procuram saber o que motiva e que condições favorecem ou propiciam a pessoa a agir de uma determinada maneira. Chiavenato (1999), refere que são "...as teorias que se relacionam principalmente com aquilo que está dentro do indivíduo ou do ambiente que o envolve e que energiza ou sustenta o seu comportamento. Proporcionam uma visão geral das necessidades humanas e ajudam o administrador a entender o que as pessoas desejam ou o que satisfará as suas necessidades. Na realidade, são teorias estáticas e descritivas." Neste grupo integram-se a teoria da hierarquia das necessidades humanas de Maslow e a teoria motivação-higiene de Herzberg.

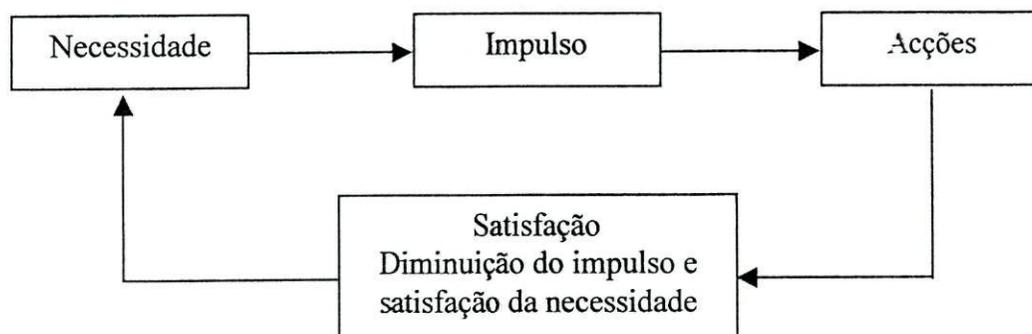


Figura 3: Modelo de motivação das teorias de conteúdo.

Adaptado Ferreira, 1998

O processo de motivação é tido, para as teorias de conteúdo, conforme se pode observar na **Figura 3**, como um processo fechado, linear, unidireccional e cíclico

Em relação às teorias do processo, o seu denominador comum é essencialmente responder à grande questão: “*como* é que os eventos e as recompensas (*outcomes*) interagem para motivar o comportamento numa dada direcção.” (NEVES, 1998). Isto é, que factores é que se vão conjugar e como é que o vão fazer para determinar a direcção que tomar no sentido de obter resultados que considera positivos. Que resultados considera ele importantes? O que é que está na base da sua avaliação para fazer essa escolha? Estas são algumas das questões que procuram compreender tendo em conta as inúmeras variáveis que há a considerar e que vão influenciar a variância da satisfação. São teorias mais dinâmicas que procuram compreender como é que a motivação acontece e que processos lhe estão associados; são abordagens que partilham o fundamento das teorias contemporâneas. Por outras palavras, as teorias do processo “...oferecem uma alternativa mais dinâmica, pois proporcionam uma compreensão dos processos cognitivos ou de pensamento das pessoas e que influenciam o seu pensamento.” (CHIAVENATO, 1999) O autor acrescenta ainda que estas teorias procuram verificar como é que o comportamento é activado, dirigido, mantido e encerrado. Teorias como a da expectativa, condicionamento operante, a teoria de Porter-Lawler, teoria da equidade, revêem-se nesta definição. Neste sentido, irá ser feita uma referência a algumas teorias do conteúdo e do processo.

Teoria da hierarquia das necessidades

A teoria formulada por Abraham Maslow (1954), é, provavelmente, a teoria mais conhecida sobre a motivação humana. Esta identifica cinco necessidades humanas dispostas em forma de pirâmide (**Figura 4**), obedecendo a uma ordem de prioridades com que invariavelmente estas se apresentam. Importa saber como é que estas são definidas; assim, e por ordem decrescente de importância desde a base até ao vértice, temos:

- *“Necessidades fisiológicas: incluem fome, sede, sono, sexo e outras necessidades corporais. São as necessidades básicas de sobrevivência biológica.*
- *Necessidades de segurança: incluem segurança e protecção contra ameaça ou perigo físico e emocional. Visam assegurar a estabilidade das pessoas.*
- *Necessidades sociais: incluem afeição, filiação, aceitação social e amizade. Envolvem a necessidade de amor, integração e relacionamento humano.*
- *Necessidades de estima: incluem factores internos de estima, como auto*
- *Respeito, autonomia, senso de competência, e factores externos de estima, como status, reconhecimento, prestígio, atenção e consideração.*
- *Necessidades de auto-realização: é a necessidade mais elevada do ser humano. Constitui o impulso de ser aquilo que é capaz de ser e de maximizar as aptidões e capacidades potenciais. Incluem o crescimento pessoal e o alcance da plena potencialidade da pessoa (CHIAVENATO, .. 1999)*

Assim, Maslow integra em cinco necessidades, aspectos tão variados da vida do homem como seja, a necessidade de sobrevivência até à necessidade de se realizar ao mais alto nível, passando pela sua relação com os outros. As necessidades seguintes são sentidas de uma forma efectiva, quando as anteriores já tiverem sido satisfeitas. “As necessidades mais altas somente influenciam o comportamento

quando as necessidades mais baixas estão relativamente satisfeitas.” (CHIAVENATO, 1999).

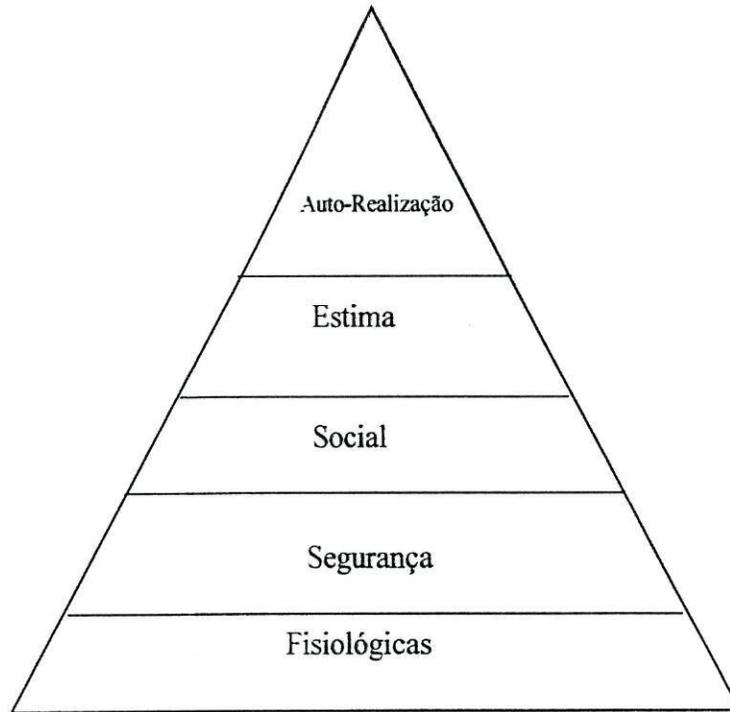


Figura 4 : Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas de Maslow.

Nas organizações, a teoria das necessidades humanas básicas também teve a sua aplicabilidade, pois orientou e continua a orientar os gestores, no sentido de adoptar políticas de gestão que visem satisfazer, na medida do possível, as necessidades dos seus trabalhadores, para daí tirarem dividendos. tais como, trabalhadores mais satisfeitos e mais produtivos, menor taxa de absentismo, etc.

Chiavenato (1999) refere que nesta teoria há duas classes de necessidades: as necessidades de baixo nível (necessidades fisiológicas e de segurança), e as necessidades de alto nível (as necessidades sociais, de estima e de auto-realização). Neste sentido, a satisfação das diferentes necessidades em situação de trabalho supõe igualmente medidas várias e investimentos organizacionais de ordem diversa e assim temos “... as necessidades mais elevadas são satisfeitas internamente (dentro da pessoa), enquanto as de baixo nível são satisfeitas externamente (através da remuneração, contractos de trabalho, relacionamento pessoal ou profissional, etc.)” (CHIAVENATO, 1999). O que é desejável é que a organização proporcione a

Nível das necessidades	Recompensas	Factores organizacionais
1. Fisiológicas	Alimento, água, sexo, sono	Vencimento Condições de trabalho agradáveis Refeitório
2. Segurança	Segurança, estabilidade, protecção	Condições de trabalho seguras Benefícios da empresa Segurança do emprego
3. Social	Amor, afeição, pertença	Coesão do grupo de trabalho Supervisão amigável Associação profissional
4. Estima	Auto-estima, auto-respeito, prestígio, estatuto	Reconhecimento social Titular de uma função Alto estatuto da função <i>Feedback</i> do trabalho
5. Auto-actualização	Desenvolvimento, crescimento, criatividade	Função estimulante Oportunidade para a criatividade Realização através do trabalho Progressão na organização

Figura 5 -Aplicações da teoria das necessidades de Maslow.

Adaptado Cherrinton, D. J (Neves, 1998)

satisfação das necessidades, mesmo as de nível mais elevado; é, no entanto, necessário um envolvimento de todos e a adopção de medidas de gestão que vão nesse sentido. “A relação entre as políticas de empresa e os estilos de liderança, o grau de activação e satisfação das necessidades de vários níveis, a produtividade, o *turnover* e o absentismo, estão directamente implicados.” Maslow (1966).*cit in* (NEVES, 1998).

A Figura 5, apresenta alguns aspectos organizacionais que condicionam a satisfação das necessidades do indivíduo em situação de trabalho fazendo um

paralelismo entre os vários aspectos focados e o nível em causa. É feita também referência aos resultados ou recompensas que daí advém para o indivíduo quando esses aspectos são contemplados no trabalho do indivíduo.

A teoria de Maslow também serviu de fundamento e orientou várias áreas do conhecimento. Entre outras, serviu de base, justificou e fundamentou teorias de enfermagem, como o modelo de Virgínia Henderson; este modelo privilegia as necessidades de baixo nível, onde o indivíduo é visto como ser com necessidades fundamentais que devem ver satisfeitas; quando este está impossibilitado de o fazer só, deve ser alvo de cuidados de enfermagem, no sentido de as satisfazer até à recuperação da sua independência.

Teoria de Herzberg (1959) - Teoria dos Dois Factores - Motivadores e Higiénicos

A Teoria dos Dois Factores é resultado de um trabalho que Frederick Herzberg realizou com o objectivo de compreender o que o homem procura em situação de trabalho. Neste sentido, e de acordo com a metodologia que delineou ele pediu aos trabalhadores que descrevessem situações vividas no trabalho, e nas quais se sentiram particularmente bem ou mal. Após categorização das respostas, concluiu que os factores que proporcionavam satisfação no trabalhador não eram os mesmos que causavam insatisfação. As experiências ou testemunhos descritos e particularmente desagradáveis foram maioritariamente atribuídos a factores extrínsecos, como: política da organização, estilo de chefia, relacionamento com superior, condições de trabalho, salário... Por outro lado, as principais causas de satisfação eram devidos a factores intrínsecos, tais como, responsabilidade, promoção, participação, reconhecimento, realização, etc.. Herzberg defendeu, então, que “os factores intrínsecos, são os verdadeiros motivadores e referem-se ao conteúdo intrínseco do desempenho... Produzem um efeito duradouro de satisfação e aumento da produtividade. Quando são óptimos, elevam substancialmente a satisfação; quando são precários, provocam ausências de satisfação.”(FERREIRA, 1998)

Factores higiénicos (Insatisfação)	Factores motivacionais (Satisfação)
Contexto do cargo (Como a pessoa se sente em relação à empresa)	Conteúdo do cargo (Como a pessoa se sente em relação ao cargo)
<ul style="list-style-type: none"> • Condições de trabalho • Salários e prémios de produção • Benefícios e serviços sociais • Políticas da organização • Relações com a chefia e colegas 	<ul style="list-style-type: none"> • O trabalho em si mesmo • Realização pessoal • Reconhecimento do seu trabalho • Progresso profissional • Responsabilidade

Figura 6 - Os factores higiénicos e os factores motivacionais.

Adaptado Chiavenato, 1999

O autor acrescenta que os factores extrínsecos ou higiénicos referem-se ao contexto de trabalho e, como tal, são periféricos ao cargo em si. Quando existem em grau elevado, apenas evitam a insatisfação. Os factores higiénicos são neutros em relação à satisfação, apenas evitam a insatisfação. A **Figura 6** apresenta alguns exemplos de factores higiénicos e factores motivacionais.

Herzberg defende, então, que o oposto da satisfação não é a insatisfação; retirar as características insatisfatórias de um trabalho não faz com que ele se torne obrigatoriamente satisfatório. “Herzberg propõe que as suas descobertas indicam a existência de um duplo: o oposto de “Satisfação”, é “Não-satisfação”, e o oposto de “Insatisfação” é “Não-insatisfação”.(ROBBINS, 1999). Nesta perspectiva, os factores que proporcionam a satisfação são distintos daqueles que levam à insatisfação em situação de trabalho, como se pode ver sob forma de esquema na **Figura 7**.

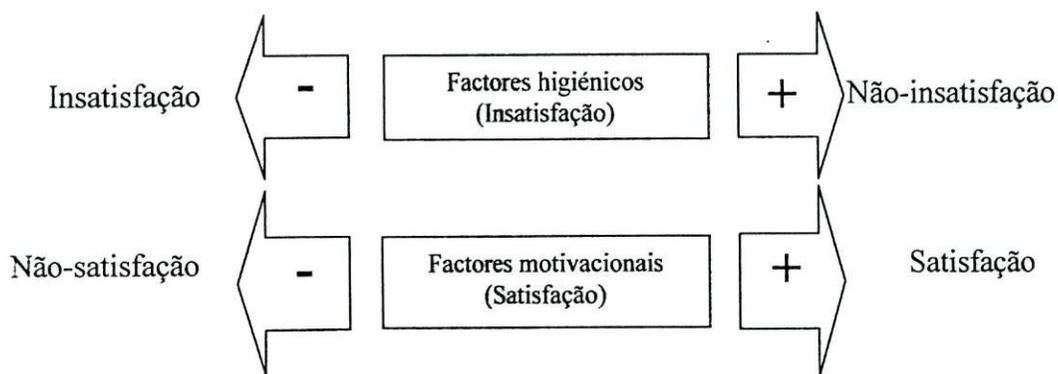


Figura 7 - Os factores de insatisfação e de satisfação e suas implicações.

Adaptado Chiavenato, 1999

Almeida (1998) procurando também caracterizar o que de facto marca esta teoria, evidencia os três estados essenciais que o indivíduo, em situação de trabalho, pode experimentar: desmotivação, estado neutro e motivação, e “os factores responsáveis pela passagem do estado de DESMOTIVAÇÃO ao ESTADO NEUTRO, não são os mesmos que os responsáveis pela passagem do ESTADO NEUTRO à MOTIVAÇÃO.” (ALMEIDA, 1999).

Com a teoria de Herzberg nasce uma nova concepção de satisfação organizacional, esta não depende de factores extrínsecos ao indivíduo, mas de características da sua personalidade, isto é, factores intrínsecos; depende mais da representação que ele tem das suas relações com o trabalho, da leitura que faz da realidade e da interacção que com ela estabelece.

Modelo das características da função- Hackman e Oldham, 1975

O modelo de Hackman e Oldham é resultante de reformulações a que os autores submeteram a teoria bifactorial de Herzberg.

A teoria tem duas ideias chave; o trabalho deve ter cinco características ou, como os autores referem, cinco dimensões que passamos a citar: *variedade de habilidade, identidade da tarefa, significação da tarefa, autonomia e feedback*, que são tidas como necessárias para que o indivíduo tenha motivação e satisfação no trabalho, qualidade no desempenho e baixo absentismo. Estas características do trabalho propiciam estados psicológicos vividos pelo indivíduo: *significação*

percebida, responsabilidade percebida e conhecimento dos resultados do trabalho. Motivação, qualidade no desempenho e satisfação no trabalho são recompensas pessoais que segundo Hackman e Lawler, (1971) *cit in* (Neves, 1998) “...reforçam o comportamento e servem de incentivo ao sujeito para continuar a empenhar-se no trabalho, através de um ciclo de auto-motivação. Este ciclo tende a manter-se enquanto pelo menos um destes três estados psicológicos esteja presente ou enquanto o indivíduo valorize as recompensas internas resultantes de um bom desempenho...”

Para se poder avaliar a motivação que um trabalho pode ter, os autores elaboraram uma fórmula de cálculo, a seguir identificada, onde são intervenientes as cinco dimensões da tarefa. Assim, temos, segundo Hackman *cit in* (Neves, 1998):

Fórmula de Cálculo:

$$\text{Score Potencial Motivador} = ((\text{Variedade} + \text{Identidade} + \text{Significado das tarefas}) \times \text{Autonomia} \times \text{Feedback}) / 3$$

Através desta fórmula é possível avaliar o quanto um trabalho é motivador para o indivíduo. No entanto, e como é dado a perceber, as cinco dimensões que compõe a tarefa, não assumem a mesma importância; a autonomia e o feedback são relevantes em relação às outras três dimensões principalmente quando assumem o valor zero.

Para além do potencial motivador do trabalho, há uma outra variável importante, que traduz a segunda ideia chave desta teoria, e consiste numa variável intraindividual que pode ser determinante na satisfação do indivíduo, a sua necessidade de desenvolvimento, “... a intervenção ao nível das características e conteúdo do trabalho terá tanto mais impacto na satisfação quanto maior for a necessidade de desenvolvimento dos sujeitos.” (LIMA, 1998).

Neste sentido, a **Figura 8**, apresenta, de uma forma esquemática, como as variáveis intervenientes interagem, sendo de salientar o papel abrangente que assumem as necessidades de desenvolvimento do indivíduo, que condicionam todo o processo.

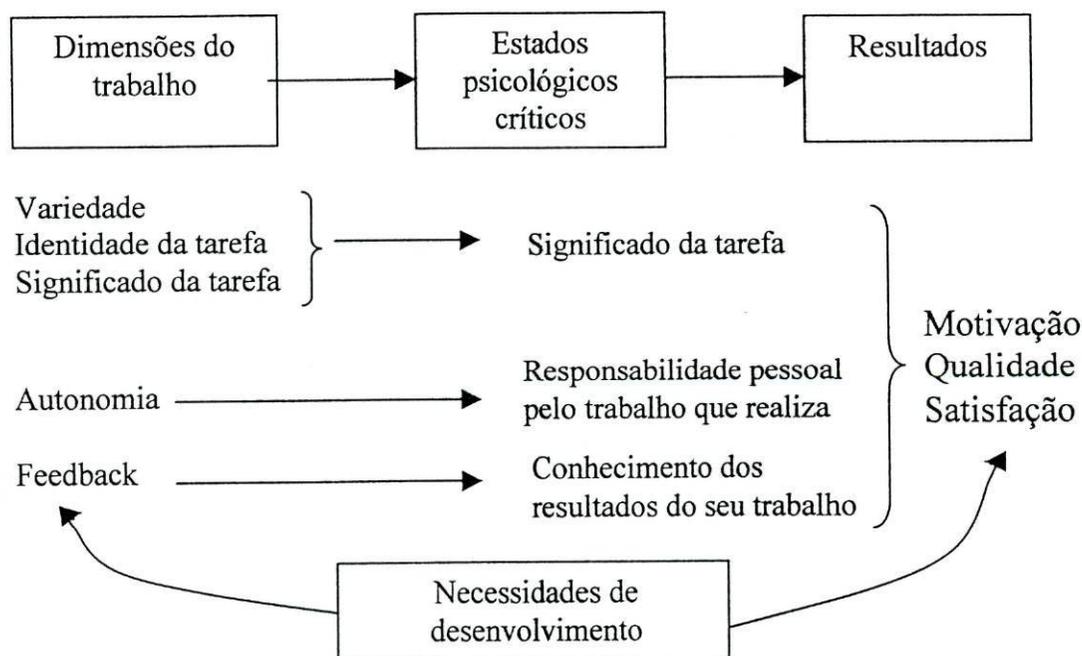


Figura 8 - Modelo das características da função.

Adaptado Hackman e Oldham (in Vala, 1994)

No sentido de melhor explicitar algumas ideias chave é feita uma operacionalização dos principais conceitos do modelo adaptado (Neves, 1998):

- *Variedade de competências*, consiste no grau de exigências e talentos que as actividades inerentes a uma dada função requerem.
- *Identidade das tarefas*, refere-se ao grau de identificação que a função proporciona em termos de conjunto, isto é, um trabalho com princípio e fim e com resultados perceptíveis, e não tarefas repetitivas e monótonas.
- *Significado das tarefas*, refere-se ao impacto que estas têm para os outros trabalhadores, para a organização ou para a comunidade.
- *Autonomia*, é entendida como o grau de liberdade, independência que o indivíduo possui no que se refere ao planeamento das tarefas e aos procedimentos a usar.
- *Feedback*, é a forma como o indivíduo é informado acerca da eficácia do seu desempenho.
- *Significado do trabalho*, é a percepção que o indivíduo tem do trabalho devendo esta ser a de um trabalho importante, valioso e digno

- *Responsabilidade*, a pessoa deve sentir-se responsável e responder pelos resultados da função que desempenha.
- *Conhecimento dos resultados*, o indivíduo deve ter um conhecimento regular sobre a forma como desempenha as suas tarefas.

Com o modelo teórico de Hackman e Oldham para avaliação da motivação e satisfação em situação de trabalho colocam-se duas hipóteses que estão intimamente ligadas: “- Quanto mais rico for o conteúdo de uma função (avaliado através do potencial motivador do trabalho), mais satisfeita estará a pessoa que a desempenha.

- A relação formulada na hipótese anterior será significativamente mais intensa para os sujeitos com necessidades de desenvolvimento elevadas do que para aqueles que tenham menores necessidades de desenvolvimento.”(VALA, 1994).

As hipóteses formuladas deixam perceber a estreita relação que se estabelece entre as dimensões do trabalho e as necessidades de desenvolvimento individuais para a determinação das recompensas que daí resultam para o indivíduo.

Teoria da Realização (*fulfilment*)

Schaffer, R. H., 1953 e Vroom, 1964

De uma forma breve e tendo como principal referência Neves (1998) ficam aqui alguns aspectos que caracterizam esta teoria.

Assim e segundo Schaffer, satisfação no trabalho varia directamente com o facto e na medida em que as necessidades individuais que podem ser satisfeitas estão de facto a sê-lo.

Vroom defende que a satisfação organizacional deve ser medida em função do que o trabalho (*job*) proporciona à pessoa recompensas (*outcomes*) que são valorizadas.

Os teóricos da realização (*fulfilment*) levam em consideração o modo como as medidas de satisfação se combinam para determinar a satisfação em geral. A questão crucial é saber como pesar o valor relativo das facetas da satisfação em função da sua importância na satisfação total.

Teoria da Discrepância

Esta teoria tem um pressuposto essencial: atribui a satisfação, à realização das expectativas que o indivíduo tem em relação ao seu trabalho. Por outras palavras, temos "... que a satisfação é determinada pelas diferenças entre as recompensas que a pessoa recebe e outro nível de recompensas possível."(NEVES, 1998).

No entanto, existem vários teóricos que fizeram abordagens com algumas variações mais ou menos significativas mas tendo sempre este pressuposto como pano de fundo. Assim, temos Katzell (1964), que defende que a satisfação deve ser avaliada por intermédio de uma equação que passo a citar: "Satisfação = $1 - (X - V/V)$ " em que:

X= valor da recompensa efectiva

V= valor da recompensa desejada."(NEVES, 1998)

Neste sentido quanto maior o valor da recompensa desejada menor será a insatisfação.

Locke (1969) surge com uma posição em que o que é enfatizado é a discrepância percebida e não a discrepância efectiva. "Argumenta que a satisfação é determinada pela diferença entre o que a pessoa deseja e o que sente que recebe." (NEVES, 1998) Esta forma de avaliação está assim dependente de percepção do indivíduo. Neste sentido, Porter *cit in* (Francès, 1984), desenvolve vários trabalhos em que, utilizando as necessidades de Maslow, avalia em que medida as necessidades estão a ser satisfeitas em situação de trabalho. Esta avaliação é feita através da diferença que existe entre aquilo que o indivíduo tem e o que gostaria de ter e segundo a percepção do próprio indivíduo.

Teoria das Facetas – Lawer, 1973

A teoria das facetas postula que a satisfação do indivíduo no trabalho depende da relação de equilíbrio que deverá existir entre a recompensa que o indivíduo acha que deve receber e o que de facto recebe. Esta avaliação da satisfação é feita através da avaliação parcelar de cada faceta que compõe o seu trabalho, estando a avaliação

condicionada pela importância que ele atribui a essa faceta. Neste sentido, Neves (1998) apresenta uma fórmula de avaliação da satisfação de acordo com esta abordagem teórica: *A satisfação geral será = Σ (satisfação em relação à faceta X importância da faceta)*. O autor acrescenta que, a avaliação da satisfação de cada faceta é determinada pela diferença entre as recompensas (*outcomes*) que o indivíduo tem no seu trabalho e as que entende que deveria ter.

Há satisfação quando há acordo entre a percepção daquilo que deve receber e o que de facto recebe. Se esse equilíbrio não existe, ele irá sentir-se insatisfeito ou culpado conforme esteja a ser desfavorecido ou beneficiado. Assim, se recebe menos do que o que devia receber, irá sentir-se insatisfeito. Se, por outro lado, recebe mais do que acha que deveria, então “...sentirá algum desconforto e sentimentos de culpa e inequidade. Isto é válido para a satisfação em termos gerais e para cada faceta do trabalho em particular.”(NEVES, 1998).

Teoria da Expectativa – Vroom

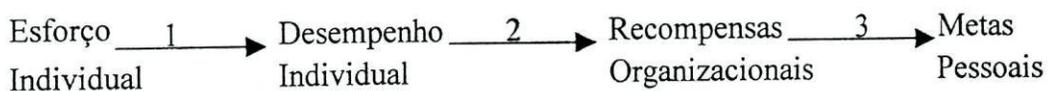
Vroom elaborou uma teoria que na sua essência evidencia as escolhas que os indivíduos vão fazendo, de uma forma sequencial, condicionando por isso o seu comportamento e empenho em direcção a metas ou recompensas organizacionais.

A teoria usa três conceitos chave (expectativa, instrumentalidade e valência) que explicam como se dá todo o processo, que vai desde o esforço individual até às metas ou recompensas. Assim, e como refere Robbins (1999) por *Expectativa* entende-se a relação que se estabelece entre o esforço que o indivíduo despende no sentido de conseguir um determinado desempenho, isto é a “...probabilidade percebida pelo indivíduo de que empregar uma dada quantidade de esforço levará ao desempenho. *Instrumentalidade* é a percepção que o indivíduo tem das probabilidades que tem de receber uma recompensa pelo seu desempenho, por outras palavras, é uma relação que se estabelece entre desempenho e recompensa e que diz respeito ao grau em que o indivíduo acredita que actuar num nível especial levará à obtenção de um resultado desejado.

Valência traduz o significado e importância que indivíduo dá às recompensas e metas que pode ou quer atingir, pelo que a expectativa e a instrumentalidade são

assim condicionadas pela importância que esta última tem para o indivíduo. Neves (1998) define como “... valor afectivo que o indivíduo atribui às consequências (*outcomes*) resultantes do seu desempenho.” É uma relação de recompensas e metas e reside no “...grau em que as recompensas organizacionais satisfazem as metas ou necessidades pessoais de um indivíduo e a atracção destas recompensas potenciais para o indivíduo.” (ROBBINS, 1999).

Resumindo: o indivíduo está motivado a fazer um esforço elevado quando acredita que este possibilita um desempenho do qual resultam recompensas organizacionais que irão satisfazer as suas metas pessoais. Esquemáticamente expressa na **Figura 9**, temos:



- 1 Relação esforço-desempenho
- 2 Relação desempenho-recompensa
- 3 Relação recompensas-metas pessoais

Figura 9 - Teoria da expectativa.

Adaptado Robbins, 1999

Na figura, a relação esforço-desempenho representa o que Vroom chama de Expectativa, por sua vez a Instrumentalidade é atribuída à relação que se estabelece entre o desempenho e a recompensa, por último, a Valência, que se refere à relação recompensas-metas pessoais.

Ferreira (1998) define dois conceitos que considera também pilares desta teoria e que são: resultados e força. O primeiro define como sendo “... os aspectos tangíveis ou intangíveis que a organização proporciona ao seu colaborador com contrapartida do seu trabalho”. Mais do ponto de vista da percepção individual que da realidade, os mesmos podem ser positivos (salário, promoções, tempo de férias, segurança, bom relacionamento, oportunidade de realização, etc.) ou negativos (fadiga, frustração, ansiedade, ameaça, supervisão autocrática, etc.) Por sua vez; força “constitui a quantidade de esforço ou de tensão existente no interior da pessoa capaz de a motivar.” Quanto maior a força, maior a motivação. Matematicamente a

força é o produto da valência, da instrumentalidade e da expectativa, traduzido na seguinte fórmula: $F=E(\Sigma VI)$, em que: F é a força, E a expectativa, V a valência e I a instrumentalidade. O produto final traduzirá assim, a quantidade de motivação existente na pessoa.”(NEVES, 1998).

Porter e Lawler com base na teoria da expectativa de Vroom desenvolveram um modelo com o qual pretenderam explicitar e concretizar alguns conceitos.

Neste modelo, são as recompensas que determinam a satisfação, sobretudo em função do modo como são percebidas. A quantidade de esforço que é feito pelo indivíduo no sentido de obter essas recompensas (reforço) através do seu desempenho, vai depender do valor (usado com o mesmo sentido de valência utilizado por Vroom) que ele atribui a esse reforço, bem como à probabilidade que ele acha que tem de o obter. As relações entre estas variáveis podem ser melhor percebidas através do esquema apresentado na **Figura n.º10**. “Assim, as pessoas só se esforçam por alcançar os seus objectivos se tiverem uma expectativa razoável de o conseguirem.” (NEVES, 1998).

Vala (1994) atribui mérito a este modelo comportamentalista para a compreensão da satisfação por considerar os reforços intrínsecos e os reforços extrínsecos.

Teorias da comparação social

Neste âmbito, situam-se abordagens teóricas que atribuem particular importância à comparação social que o indivíduo faz para determinar o nível de satisfação que ele sente em relação ao seu trabalho. Dentro destas é de salientar a teoria da equidade de Adams (1963).

A teoria da equidade baseia-se na premissa de que a quantidade de esforço que o indivíduo dispense no seu trabalho depende da comparação que este faz com o esforço dispendido por outros indivíduos relevantes. É do equilíbrio que pode estar presente nesta comparação que resulta a satisfação do indivíduo. “A satisfação é determinada pelo balanceamento dos investimentos (*inputs*) e recompensas

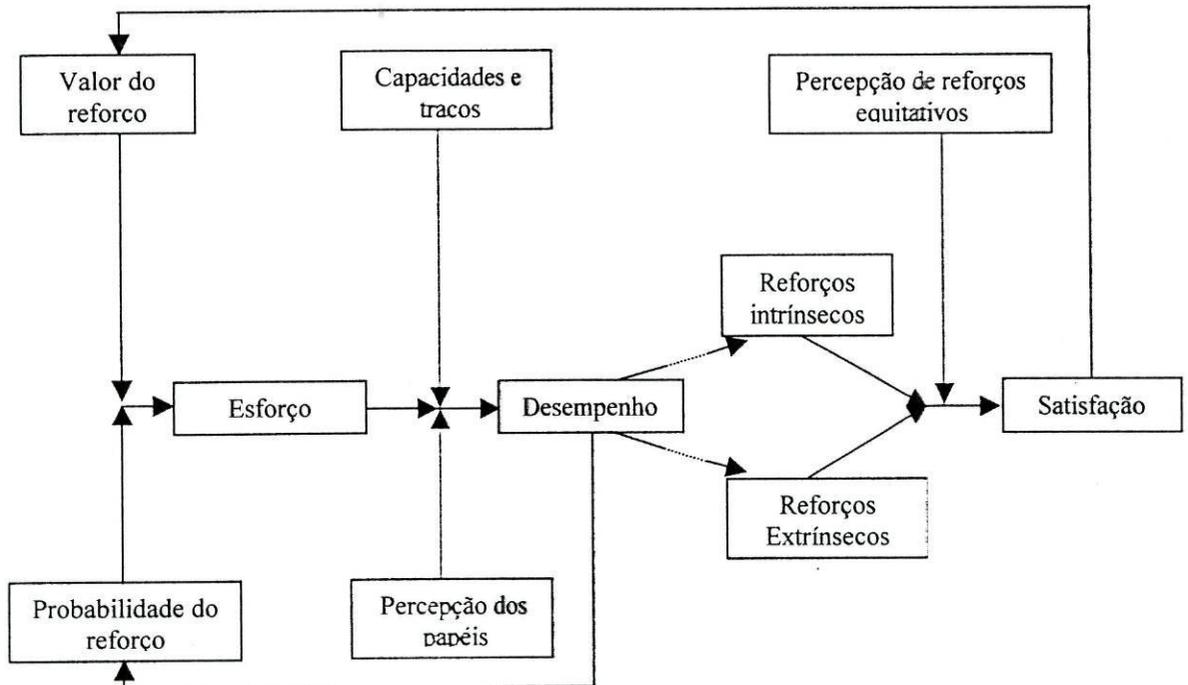


Figura 10 - Relação do reforço com a satisfação.

Adaptado Porter e Lawler, (Vala, 1994).

(*outcomes*). A percepção da equidade nesta relação determina a satisfação; se a percepção é de inequidade a pessoa sentirá insatisfação. O grau de insatisfação resulta do *ratio* percebido entre o que a pessoa investe no trabalho e o que recebe em troca.” (NEVES, 1998).

Esta teoria contém quatro elementos tidos como os mais importantes:

- a) “a pessoa que se compara;
- b) a outra pessoa com quem é comparada;
- c) os *inputs* ou recursos da pessoa (nível de escolaridade, inteligência, experiência, antiguidade, esforço e dedicação, absentismo, etc.).
- d) os *outputs* (pagamento, benefícios, condições de trabalho, estatuto, privilégios, etc.)” (FERREIRA, 1998).

Assim, numa situação de trabalho, os recursos da pessoa (*inputs*) como sejam as habilitações e o esforço, são o meio de obter recompensas como sejam o salário, um estatuto social, etc., e que são os (*outputs*). Porque a avaliação dos *inputs* e *outputs* é feita através da comparação do indivíduo com os outros relevantes, ele sentir-se-á satisfeito quando recebe *outputs* comparativamente adequados à sua situação. Quando estes estão acima ou abaixo daquilo que ele acha que merece, irá

sentir-se insatisfeito. Esta avaliação que o indivíduo faz pode ser traduzida sob a forma de um quociente entre:

$$(\text{Ganho do próprio} / \text{Investimentos do próprio}) = (\text{Ganhos do outro} / \text{Investimentos do outro})$$

isto é, “a teoria sustenta que a pessoa constrói um quociente, com base na comparação entre os seus *inputs* (o que dá) e *outputs* (o que recebe) e os *inputs* e *outputs* de outro.” (FERREIRA, 1998).

Para que haja satisfação por parte do indivíduo é condição necessária que ele tenha a percepção que há equidade quando compara os seus ganhos/investimentos com os ganhos/investimentos de outro.

Neves (1998) destaca três aspectos particularmente importantes: as condições requeridas para produzir equidade ou inequidade são baseadas nas percepções individuais dos seus *inputs* e *outcomes*; a inequidade é um fenómeno relativo. Esta não se verifica necessariamente quando uma pessoa investe elevados *inputs* e recebe baixos *outcomes*; os indivíduos comparam-se geralmente com as pessoas em posições similares; a inequidade verifica-se quando as pessoas são excessivamente bem ou excessivamente mal remuneradas.

“Os postulados centrais da teoria de Adams (1965) referem-se às consequências da inequidade, tal como ela é percebida, os quais podem ser resumidos da seguinte forma:

1. *A inequidade cria um estado de tensão no indivíduo.*
2. *Esta tensão é proporcional à magnitude da inequidade.*
3. *A tensão assim criada motiva-o para o levar à sua redução.*
4. *A força da motivação para reduzir a tensão é proporcional à inequidade percebida.”*(NEVES, 1998).

Assim é perceptível que, de acordo com esta teoria, todo o esforço e a satisfação que daí pode resultar está condicionada pela percepção que o indivíduo tem e da avaliação que faz comparativamente do seu esforço e do outro que considera relevante. A sua satisfação reside essencialmente na comparação que ele faz entre si e o outro ou outros.

Processamento Social da Informação

Salancik, G. R. & Pfeffer, J. (1978)

É uma teoria que, à semelhança da anterior, dá relevo à comparação que cada um faz entre o seu trabalho e todos os aspectos que este envolve e o dos outros. “O indivíduo compara-se com o outro e desta comparação resulta um sentimento de satisfação ou insatisfação.” (NEVES, 1998).

Para estes teóricos os processos de influência social são determinantes na satisfação organizacional. Se os atributos do seu trabalho ou se a situação de trabalho está de acordo com os parâmetros de satisfação do grupo, então ele sentir-se-á satisfeito; se se verificar o contrário terá um baixo grau de satisfação.

“Esta posição teórica ... salienta o peso normativo e informativo das opiniões dos outros na definição das percepções de cada um. Sendo assim, a própria satisfação pode ser vista como um produto de influência social e como um fenómeno socialmente construído...” (VALA, 1994).

Teoria do Processo Oponente – Landy, J. F., 1978

O pressuposto desta teoria radica no carácter psicológico atribuído à satisfação e o envolvimento do sistema nervoso central.

O autor “... sugere que existem mecanismos psicológicos que ajudam o indivíduo a manter o equilíbrio, sendo a satisfação e insatisfação parte dessas respostas emocionais, os quais desempenham um papel fundamental no processo de *job satisfaction*. O processo oponente refere-se ao processo de oposição, no relacionamento dos indivíduos com as emoções.” (NEVES, 1998).

“Quando uma emoção excede um determinado nível, o processo oponente leva automaticamente ao equilíbrio.” (NEVES, 1998).

Teoria do Stress e da Exaustão – Hans Seley-1936

É uma das mais recentes teorias da satisfação profissional. De acordo com esta abordagem teórica, a exaustão ocupacional resulta do stress permanente e não aliviado que o indivíduo experimenta, traduzindo-se em insatisfação, absentismo, ineficiência no trabalho, etc.

Hans Seley distingue «*eustress*» e «*distress*»; «*eustress*» é “uma força poderosa que acrescenta excitação e desafio às nossas vidas”, por outro lado, «*distress*» “ocorre quando existe uma tensão não aliviada”. «*Eustress*» conduz à felicidade, saúde, longevidade, «*distress*» leva à destruição, doença, e morte prematura.”(Lucas, 1984).

Desta revisão resultam dois aspectos que nos parece importante pôr em evidência; por um lado, as teorias de satisfação organizacional visam explicar o que está na origem da satisfação das pessoas, em contexto de trabalho, e que processos lhe estão subjacentes; por outro lado, a maioria das teorias da satisfação organizacional vêem a satisfação como um processo social, com excepção da teoria do processo oponente, que atribui a satisfação a componentes fisiológicos, assim como a teoria da realização que defende uma perspectiva individualista. No entanto, não há uma única teoria que incorpore e considere todas as variáveis, isto é, uma teoria integrativa. Neves (1998) diz que as teorias da satisfação organizacional procuram explicar como e porquê as pessoas estão ou não satisfeitas com as funções que desempenham num contexto de trabalho e posteriormente acrescenta que “cada teoria, de uma maneira ou de outra, tem contribuído para a compreensão da satisfação no trabalho. Uma teoria integrativa que explique as várias componentes da *job satisfaction* não existe devido à dificuldade em obter conclusões significativas e definitivas...”(NEVES, 1998).

No entanto, num esforço de integração de diferentes conceitos, Vala (1994) sistematiza as várias posições teóricas em três grupos, em função da variável que a teoria ou modelo privilegia na explicação da satisfação. Assim, temos teorias orientadas para variáveis situacionais, individuais ou de interacção social. Analisar a satisfação passa, então, por fazer uma análise, em contexto de trabalho, destas três vertentes (**Figura 11**):



Figura 11 - Variáveis que influenciam a satisfação em contexto de trabalho

Adaptado Jorge Vala, 1994

Tendo em conta que o modelo de Vala (1994) é o que mais se ajusta à análise que faremos neste trabalho de investigação, interessa aprofundar alguns dos componentes que ele considera com intervenientes no processo, sem, no entanto, negligenciar outros aspectos ou factores que possam enriquecer o trabalho.

Características da situação de trabalho

As características da situação de trabalho do indivíduo são muito abrangentes, já que se referem, de acordo com J. Vala (1994), às características da função que o indivíduo desempenha, às características do processo de tomada de decisão na organização e à sua influência na satisfação, bem como as formas de reforço existentes nessa mesma organização. Todas estas variáveis interferem na satisfação do indivíduo em situação de trabalho; a importância que lhes é atribuída na variância da satisfação, não é, contudo, consensual dando origem a diferentes posições teóricas

que têm como substrato comum as características da situação de trabalho serem a principal causa do grau de satisfação do indivíduo.

Características da função

Os teóricos que se situam a este nível, privilegiam a análise das tarefas que o indivíduo realiza, como meio de explicar a satisfação, isto é, "... as variáveis explicativas da satisfação, situam-se nas características do trabalho que cada um realiza, considerando-se formas ideais de organização do trabalho..."(Vala, 1994).

Herzberg com a teoria bi-factorial e Hackman e Oldham que reformularam e desenvolveram a teoria de Herzberg, deram particular importância às características da função.

Partindo do pressuposto de que as funções que cada um desempenha, isto é, as características que revestem o trabalho que cada um desenvolve, tem efeitos sobre o nível de satisfação que experimenta, cabe agora identificar, concretamente, que características do trabalho que mais comumente são apontadas como responsáveis pela satisfação (ou não) do indivíduo no trabalho. Como já tivemos oportunidade de referir anteriormente, Hackman e Oldham, identificam cinco características que, quando presentes no trabalho do indivíduo, favorecem a sua satisfação, e assim temos: variedade, identidade da tarefa, significado da tarefa, autonomia e feedback.

Quanto maior for a variedade de competências necessárias para a realização de um determinado trabalho, maior será a satisfação de quem o realiza. Neste sentido quando é necessário que o trabalhador possua determinada variedade de competências, isto é, "grau de exigências e talentos que as actividades inerentes a uma função requerem"(NEVES, 1998), então ele vai, de alguma maneira, sentir satisfação pois, para além de ter competência, tem também a oportunidade de a fazer. O significado que os outros atribuem às tarefas que nós realizamos, também é importante e condiciona igualmente a nossa satisfação. O facto de o trabalho que cada um realiza ter sentido, e não se limitar a ser uma operação isolada dentre uma série, dá ao trabalho uma identidade e um sentido que também contribui para a satisfação do indivíduo, e traduz o grau de identificação que a função proporciona em termos de conjunto.

A autonomia é uma característica do trabalho que, segundo os autores, muito contribui para a satisfação organizacional. Esta consiste na possibilidade que o trabalhador tem ou não de controlar as operações que executa, em termos de planeamento, de controle do ritmo e escolha dos procedimentos a utilizar. Conforme Walker e Marriot *cit in* (Francès, 1984) demonstraram, esta é uma das variáveis que mais influencia positivamente a satisfação. Neste sentido, para o indivíduo afigura-se importante ter alguma liberdade e capacidade de decidir a metodologia a utilizar no seu trabalho, isto é, “a possibilidade de escolher ou improvisar momentaneamente, ou mais largamente, os seus métodos de trabalho, são factores de satisfação...” (FRANCÈS, 1984).

Em relação à enfermagem, esta variável relaciona-se não só com a possibilidade que o profissional tem de planear o seu trabalho, mas também está ligada à interdependência e indefinição de papéis que esta profissão tem em relação a outros profissionais da equipe de saúde.

O feedback que o indivíduo recebe dos outros é particularmente importante, importância essa que segundo Hackman e Holdham é comparável à autonomia. Assim, se o desempenho do indivíduo é claramente reconhecido como positivo e eficaz, então o inteirar-se deste facto é motivo de satisfação.

A uniformidade de operações e a brevidade do ciclo com que as operações se vão repetindo, que pode ser ou não resultado da primeira, são características do trabalho que habitualmente são motivo de insatisfação.

Trabalhos realizados principalmente em fábricas de automóveis em 1952 por Walker e Guest e de Walker e Marriot (1951) *cit in* (Francès, 1984), verificaram uma estreita relação entre os níveis de satisfação expressos por questionários e entrevistas, e o número de operações efectuadas no decurso do ciclo de produção dos operários da indústria automóvel. Os resultados obtidos confirmaram uma relação positiva, que foi verificada em estudos posteriores, como refere Francès (1984), que defende que com a combinação de diferentes operações habitualmente efectuadas por diferentes equipas, se consegue obter um aumento do nível de satisfação, mantendo-se contudo o rendimento e a qualidade.

A atribuição de funções isoladas, repetitivas e monótonas quase desprovidas de sentido, pode-se reportar à prática de enfermagem, quando o seu método de trabalho privilegia o trabalho por tarefas. Para além destes aspectos, este método de

trabalho também desvirtua o sentido da profissão e a essência do trabalho que executa.

Processo de tomada de decisão

O indivíduo em situação de trabalho, tem um envolvimento com a organização num grau muito variável que vai depender, em muito, dos seus interesses e objectivos, mas também, das oportunidades que a organização lhe dá, em termos de participação. No entanto, e independentemente do grau de importância que lhe é atribuído, o processo de tomada de decisão está associado positivamente à satisfação, isto é, há uma associação entre "... a satisfação com a forma como são definidos os objectivos no trabalho, mais concretamente com a participação dos trabalhadores nas decisões."(VALA, 1994).

Reforço

Existem estudos em que se trabalhou preferencialmente a relação que se estabelece entre os vários tipos de reforços em situação de trabalho e a satisfação. Os reforços podem ser: intrínsecos e extrínsecos. Os primeiros dizem respeito às características do próprio indivíduo, da percepção que têm do seu trabalho e do seu desempenho. Os reforços extrínsecos referem-se principalmente à remuneração e ao reconhecimento do seu trabalho, por parte dos seus colegas e superiores .

A remuneração, porque é uma das finalidades do trabalho, influencia o nível de satisfação no trabalho, no entanto para além de não ter a mesma importância para todos os indivíduos, ela é também e de uma maneira geral secundária em relação a outras variáveis que influenciam a satisfação organizacional. Com base em vários estudos Francès (1984) conclui que o salário tem um papel secundário em relação a outros aspectos, e independente para a satisfação. Nunca tem grande responsabilidade na variância que se vai observar para a satisfação, independentemente da categoria de trabalhadores com que nos deparamos, comparada com a originada com os aspectos intrínsecos das funções.

No caso dos enfermeiros ou outros grupos profissionais em instituições públicas, o papel da remuneração é talvez ainda mais secundário, pela previsibilidade que esta tem. “Nas organizações sem fins lucrativos, e cuja gestão, em geral, é dificilmente orientada para resultados (objectivos mensuráveis), como, por exemplo, os nossos hospitais públicos, a remuneração percebida tem muito pouco (ou quase nada) a ver com o desempenho individualizado, dependendo, sobretudo, do “status” socio-profissional e do nível de progressão no regime burocrático das carreiras.”(GRAÇA, 1995).

As relações com superior hierárquico e colegas é outra variável que funciona como reforço extrínseco; são as relações que o indivíduo estabelece com os seus colegas e superior hierárquico, é considerada uma variável com pouca influência no comportamento da variável satisfação. “A maior parte das vezes as qualidades do superior hierárquico são consideradas como mais importantes do que as relações com os colegas, mas de qualquer maneira estes dois factores são classificados muito depois de aspectos tais como «natureza da função», o «sucesso pessoal» etc.” (FRANCÈS, 1984).

Na profissão de enfermagem, porque o trabalho é essencialmente de equipe, está variável eventualmente tem uma melhor correlação com a variável da satisfação do que em outras profissões, onde o trabalho em equipe não é tão relevante para o desempenho individual.

Características individuais

A complexidade dos contextos profissionais e dos indivíduos levam-nos a tentar, de uma forma teórica, analisar algumas das variáveis de carácter individual que possam interferir na satisfação. O comportamento individual deve ser visto como resultado da influência e interacção de características biográficas como idade e sexo, traços da personalidade, capacidades cognitivas... que vão ser determinantes na sua maneira de ser e estar, tanto na família como no trabalho, e vão influenciar o grau de satisfação experimentado pelo indivíduo.

Sexo

O sexo do indivíduo é uma variável frequentemente estudada. Existem atribuições de índole familiar e mesmo de cariz social que se encontram associadas ao sexo, como a maternidade, o cuidado dos filhos entre outras que, apesar de cada vez mais haver uma atribuição indiscriminada das actividades possíveis a ambos os sexos, isso nem sempre se traduz, na prática, de uma forma efectiva. Outro aspecto a considerar, é o facto de o homem e a mulher, porque têm características biológicas e socio-culturais diferentes, poderão atribuir significados diferentes a uma mesma realidade, com repercussões no seu desempenho e na forma como avaliam a sua satisfação. No entanto, os estudos que têm sido desenvolvidos não têm encontrado diferenças relevantes ou consistentes com base no sexo quando se fala satisfação em situação de trabalho; Robbins (1999) refere que "... não há evidência indicando que o sexo do empregado afecta a satisfação no trabalho."

Idade

Encontrar uma relação entre a variável idade e satisfação do indivíduo em situação de trabalho, é um dos parâmetros que é considerado em trabalhos de investigação sobre a satisfação organizacional. Tem sido difícil estabelecer uma relação directa entre as duas variáveis; existem, pois, outras variáveis que vão influenciar positiva ou negativamente o seu comportamento. Estudos revelam, como refere Robbins (1999), uma associação positiva entre a idade e a satisfação, pelo menos até à idade dos 60 anos. No entanto, outros trabalhos obtiveram resultados de alguma forma contraditórios onde a relação não é linear, mas antes em forma de U. Robbins (1999) atribui esta aparente contradição, à formação profissional dos indivíduos; nesse sentido, ele preconiza que se estude separadamente dois grupos de pessoas, os profissionais e os ditos não profissionais, podendo os dados obtidos ser mais claros e coerentes. Em função dessa divisão, ele descreve o tipo de relação que se estabelece entre as duas variáveis em questão para cada grupo de trabalhadores; assim temos "... a satisfação tende a crescer continuamente entre profissionais à medida que envelhecem, ao passo que decresce entre os não-profissionais durante a

meia-idade e, depois, aumenta de novo nos últimos anos.”(ROBBINS, 1999). Daqui se depreende que os trabalhadores mais velhos, independentemente da sua formação, tendem a estar moderadamente mais satisfeitos do que os mais novos.

Características intelectuais (inteligência e instrução)

Inteligência e nível de instrução são duas características, que, de uma forma muito simplista e, de acordo com o dicionário enciclopédico, podem ser assim definidas: inteligência é a faculdade de conhecer, de compreender, traduz-se em muitos casos em destreza e habilidade; o nível de instrução refere-se às habilitações literárias e profissionais que o indivíduo possui. Estas duas características intelectuais são frequentemente tidas como variáveis independentes quando se estuda a satisfação dos indivíduos em situação de trabalho, procurando-se avaliar que tipo de relação se estabelece entre elas, isto é, se o comportamento das primeiras condicionam de alguma maneira o nível de satisfação do indivíduo. Neste sentido, existem trabalhos que estudaram o comportamento destas variáveis; Bills (1923) e Vroom (1964) *cit in* (Francès, 1984), estabelecem uma relação entre o número de demissões e a inteligência dos indivíduos em postos de trabalho com funções muito repetitivas, sendo as demissões tão mais numerosas quanto mais inteligentes são os indivíduos.

No que se refere à qualificação ou níveis de instrução dos indivíduos, Francès (1984) defende que os indivíduos com um nível mais elevado de instrução apresentam também níveis mais elevados de satisfação, independentemente do tipo de trabalho ser mais ou menos variado.

Assim, o nível de instrução, aparentemente, influencia a satisfação, mas não de uma forma efectiva e previsível.

Tempo de serviço

O tempo de serviço pode também assumir a posição de variável independente e com forte correlação com a satisfação. Pode-se, entre outras coisas, estabelecer uma relação entre o tempo de serviço, as oportunidades de progressão na organização e o nível de satisfação organizacional. Se a progressão na organização for feita

preferencialmente em função do tempo de serviço, pode-se estabelecer uma correlação entre a variável tempo de serviço e satisfação, tendo em conta a valorização que o indivíduo atribui às oportunidades de progressão.

Segundo Robbins (1999) as evidências indicam que o tempo de serviço e satisfação estão relacionadas positivamente. A relação entre estas duas variáveis parece proporcionar uma previsão mais estável do que a resultante entre a satisfação no trabalho e a idade cronológica. Esta relação entre o tempo de serviço e a satisfação deve-se provavelmente a uma maior estabilidade, maior conhecimento sobre o trabalho e a organização onde o homem exerce a sua actividade que lhe é conferido grandemente através do tempo de serviço.

Expectativas e valores individuais

A pessoa cria expectativas em relação à sua vida e em relação ao seu trabalho, podendo essas expectativas ser muito variadas, tanto na natureza como na grandeza. O processo que habitualmente se utiliza, para avaliar em que medida as expectativas que o indivíduo tem, estão a ser concretizadas no âmbito do seu trabalho, é feito pela diferença entre o esperado e o obtido. O resultado desta avaliação depende em muito da importância que cada indivíduo atribui a um determinado aspecto do seu trabalho, e de percepção que ele tem da forma como essas expectativas estão a ser realizadas. Daqui se depreende que é uma variável cujo comportamento é muito diverso que depende grandemente do indivíduo e da sua avaliação. Neste sentido e se considerarmos esta variável como determinante da satisfação poderíamos dizer que "... a satisfação organizacional resulta da adequação entre as expectativas (objectivos ou valores individuais) em relação à situação de trabalho e a resposta que a organização dá a estas expectativas."(VALA, 1994).

Necessidades e objectivos

Os objectivos que cada um pretende atingir com e no seu trabalho estão intimamente ligados às necessidades que têm em relação a esse mesmo trabalho no sentido de as satisfazer, pese embora não haja consenso entre os autores sobre estes dois conceitos. Estas são duas variáveis que condicionam a leitura e avaliação que o

indivíduo faz da sua situação de trabalho. Um estudo realizado por Hackman e Lawler (1971) *cit in* (Francès, 1984), refere que quando as necessidades, que se reflectem nos objectivos, são intensas, sensibilizam os trabalhadores para os aspectos dos postos de trabalho, tal como variedade, autonomia, identidade, «feedback». E em relação a isso acrescenta “Quanto mais estes aspectos são nítidos, mais os trabalhadores estarão satisfeitos (e menos faltarão) e inversamente. Pelo contrário, quando os objectivos são débeis, os mesmos aspectos afectam muito menos a satisfação dos trabalhadores.” (FRANCÈS, 1984).

Íntima e implicitamente ligado às necessidades e objectivos, estão o investimento das capacidades e a participação que a pessoa tem no seu trabalho. O tipo de envolvimento que tem com o trabalho e mesmo com a organização depende de vários factores e está sujeito a uma avaliação subjectiva feita pelo próprio; daí, que a forma como ele percebe o seu investimento e a resposta que lhe é dada pela organização, possa ter efeitos sobre a satisfação. Assim, “...a participação resulta da adequação das capacidades possuídas às que o emprego exige. Esta adequação tem um aspecto qualitativo (é preciso que as capacidades sejam as mesmas) e quantitativo (é preciso que o desenvolvimento da pessoa não exceda o que o emprego requer, e que inversamente não lhe seja inferior).”(FRANCÈS, 1984).

Interacção social

A interacção social surge também como elemento responsável pelo comportamento da variável satisfação. Existem três abordagens ou perspectivas que se podem reportar a esta vertente da complexa relação do indivíduo com o trabalho e que interessa aqui referir: a comparação social, o processamento social da informação e a cultura organizacional.

Comparação social

O comportamento do indivíduo, depende e é de alguma forma condicionado por pela avaliação que ele faz da relação que há entre os seus investimentos e os resultados que daí advém e pela análise comparativa entre a sua situação e a de outros

relevantes. É então com base na trocas que o indivíduo e os outros relevantes fazem entre investimentos e resultados que é então feita a avaliação e na qual reside a comparação social que o indivíduo faz.

Reconhecimento social da informação

Aqui privilegia-se a avaliação que os outros fazem de nós e que vai ser determinante na percepção que nós temos do nosso trabalho e da avaliação que dele fazemos. Daqui ressalta a importância que o outro tem na minha auto-avaliação, “...salienta o peso normativo e informativo das opiniões dos outros na definição das percepções de cada um. Sendo assim, a própria satisfação pode ser vista como um produto da influência social e como um fenómeno socialmente construído...”(VALA, 1994).

Cultura organizacional

Por último, importa referir a cultura organizacional que se vive dentro de uma organização e que influencia também a satisfação que o indivíduo experimenta no e com trabalho. Porque a organização é, de facto, um local por excelência de encontro de vários grupos, de várias culturas e de vários interesses que se influenciam mutuamente e que vão por sua vez influenciar a percepção que cada um tem do seu trabalho e em que medida este o satisfaz. “A satisfação expressa pelos indivíduos e pelos grupos seria assim uma resultante desta modalidade de pensamento social a que chamamos cultura organizacional.” (VALA, 1994). Ainda segundo o autor, a satisfação aparece como construção social com base em processos de influência social, mas cada sujeito é visto, simultaneamente, como fonte e alvo de influência.

«Quadros de referência»

A complexidade dos contextos profissionais e dos indivíduos levam-nos também a fazer referência aos «quadros de referência» de Francès (1984). Neste sentido, é importante não esquecer que a organização não é um mundo fechado, assim como o

indivíduo, ambos estão integrados numa sociedade com a qual estabelecem um intercâmbio que vai influenciar as suas expectativas, os seus níveis de satisfação, etc. Assim, o nível de desenvolvimento da região onde o indivíduo e a organização estão inseridos, a situação socio-económica que aí prevalece, o que o indivíduo conhece sobre outros indivíduos de outras organizações em situações semelhantes e a forma como ele, comparativamente, avalia a sua organização e o seu trabalho, são importantes e vão condicionar o seu grau de satisfação no trabalho. É importante considerar as experiências que ele próprio viveu anteriormente e vão influenciar positiva ou negativamente a sua avaliação.

Após esta breve revisão de conceitos e opiniões sobre vários aspectos que a questão da satisfação no trabalho integra, fica-nos a ideia, da complexidade do tema e das inúmeras soluções de entendimento que lhe estão associadas. Neste sentido, e tendo em conta que é uma área particularmente propícia à realização de trabalhos, que favoreçam o desenvolvimento dos conhecimentos, é sempre importante e oportuno a realização de estudos, que permitam a confirmação, questionem ou tragam novas ideias para a “mesa da discussão”.

3 - POPULAÇÃO E MÉTODOS

Abordada a componente teórica, que serve de suporte e faz o enquadramento do âmbito da investigação, iremos agora definir a população e a metodologia utilizada no desenvolvimento deste trabalho.

3.1 - POPULAÇÃO

Actualmente a população portuguesa de enfermeiros, conforme dados fornecidos pela respectiva Ordem profissional, é de 37.913, dos quais 31.130 são do sexo feminino e os restantes 6.783 são do sexo masculino. A grande discrepância observada, Gráfico 1, deve-se não só ao contexto histórico da enfermagem mas também à natureza da profissão.

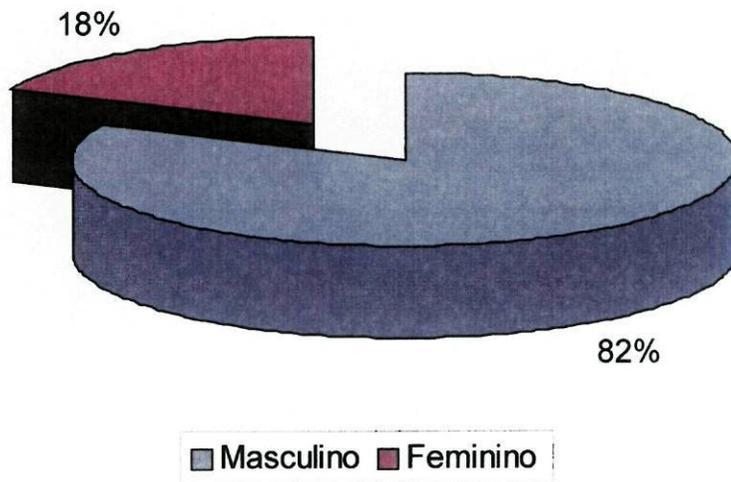


Gráfico 1 – Distribuição da população nacional de enfermeiros quanto ao sexo.

No que respeita à distribuição por idades dos enfermeiros portugueses apresentado no Quadro 1, é de salientar que é modal no intervalo dos 26 aos 30 anos. Apesar de mais de 50% terem idades inferiores a 40 anos, ainda existem 98 profissionais com idade superior a 70 anos.

GRUPO ETÁRIO	NÚMERO
Não definido	10
Menor 21	35
21a 25	3595
26 a 30	6796
31 a35	6656
36 a 40	5643
41 a 45	4329
46 a 50	3473
51 a 55	3228
56 a 60	2346
61 a 65	1206
66 a 70	498
Mais de 70	98
TOTAL	37913

Quadro 1 – Distribuição por grupos etários da população nacional de enfermeiros.

GRAU ACADÉMICO	NÚMERO
BACHARELATO	24383
LICENCIATURA	4559
OUTRO	8971
TOTAL	37913

Quadro 2 - Grau académico da população nacional de enfermeiros.

Na caracterização desta população pareceu-nos oportuno, fazer referência aos graus académicos existentes tendo em conta a diversidade observada nesta matéria (Quadro 2). É notório que a formação predominante é o bacharelato, com 24.383 casos, correspondendo a 64,3% do total.

De forma a seleccionar as unidades hospitalares, cujos enfermeiros iriam participar no estudo, foi necessário definir os critérios de escolha das instituições.

Neste sentido optou-se por incluir não só o hospital onde exercemos a nossa actividade, mas também todas as instituições com um ou mais serviços de internamento de pediatria, que estejam integrados numa área geográfica bem delimitada que supostamente serve uma população com alguma identificação sociocultural. Assim, participaram no estudo os hospitais da província do Minho que cumprem estes requisitos e o hospital de S. João do Porto, que pese embora pertença a uma província contígua, é o principal hospital de referência da região Norte. Os hospitais que pertencem ao estudo são então dois hospitais centrais: o Hospital de S. João, do Porto e o Hospital de S. Marcos, de Braga e quatro hospitais distritais: o Hospital S.^a da Oliveira, de Guimarães, o Hospital de St.^a Luzia, de Viana do Castelo, o Hospital S. João de Deus, de Vila Nova de Famalicão e o Hospital St.^a Maria Maior, de Barcelos.

O grupo de enfermeiros destes hospitais é predominantemente feminino como se pode observar no Quadro 3 e no Gráfico 2e de acordo com a tendência nacional.

POPULAÇÃO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	
H. S. João do Porto	222	15,28	1231	84,72	1453
H. S. Marcos	91	16,55	459	83,45	550
H. S. ^a . Oliveira	72	19,00	307	81,00	379
H. St. ^a Luzia	84	19,18	354	80,82	438
H. S. João de Deus	28	16,18	145	83,81	173
H. St. ^a Maria Maior.	33	21,43	121	78,57	154

Quadro 3 - Distribuição dos enfermeiros pertencentes aos Hospitais que participam no estudo por sexo.

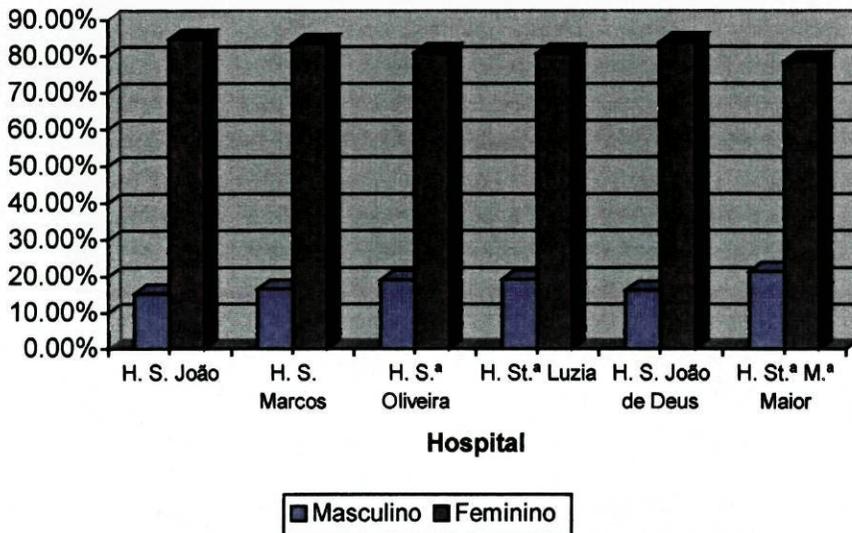


Gráfico 2 - Distribuição por sexo dos enfermeiros pertencentes aos hospitais que participam no estudo.

Em relação às idades dos enfermeiros, estas encontram-se distribuídas em intervalos etários, como é visível na Quadro 4 e Gráfico 3, e, tal como na população nacional de enfermeiros, há um predomínio de indivíduos com idades compreendidas entre os 26 e os 40 anos de idade.

GRUPO ETÁRIO	H. S. J.	H. S. M.	H. S. O.	H. St. ^a L.	H. S. J de D.	H. St. ^a M ^a M.	TOTAL
21 a 25	94	51	43	24	10	4	226
26 a 30	368	100	63	86	30	29	676
31 a 35	264	83	124	87	35	30	623
36 a 40	168	69	55	107	32	15	446
41 a 45	143	77	31	72	22	23	368
46 a 50	144	82	35	25	23	23	332
51 a 55	133	51	15	13	12	19	243
56 a 60	97	28	6	10	5	7	153
61 a 65	32	6	6	10	4	4	62
66 a 70	10	3	1	3			17
Mais DE 70				1			1
TOTAL	1453	550	379	438	173	154	3147

Quadro 4 - Distribuição por grupos etários dos enfermeiros que pertencem aos hospitais que participam no estudo.

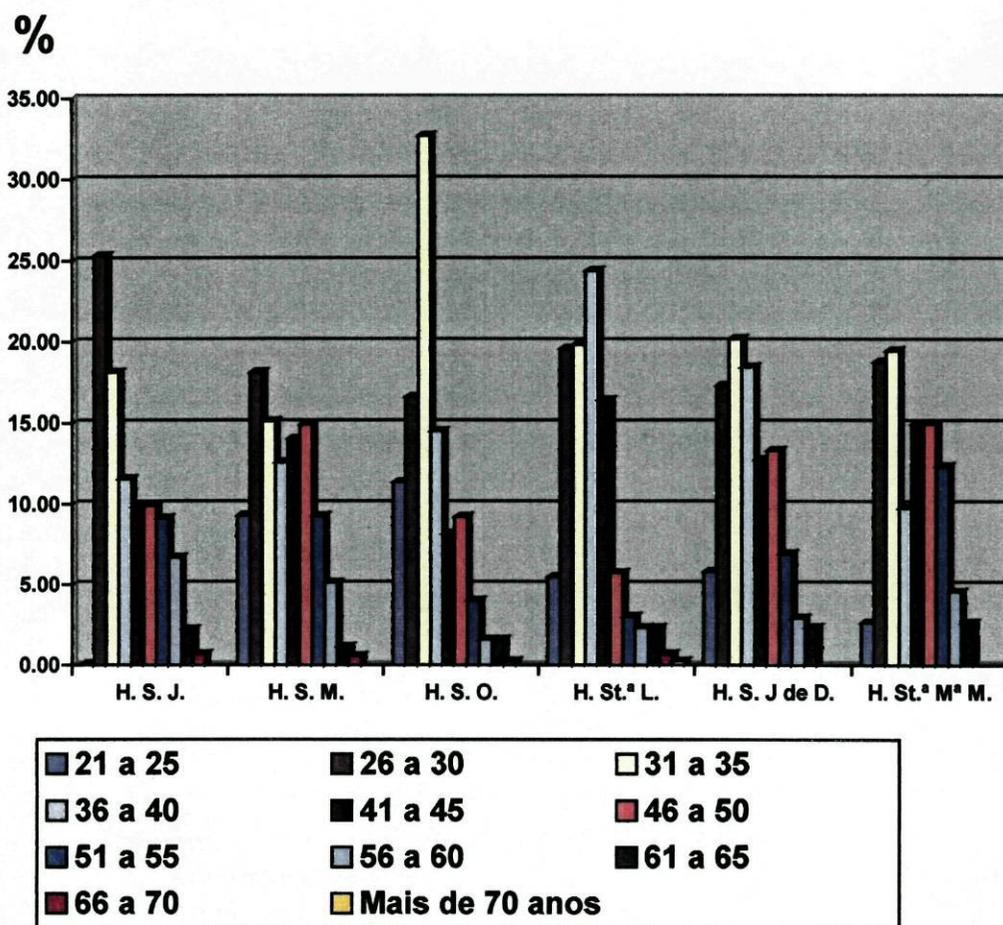


Gráfico 3- Distribuição por grupos etários dos enfermeiros que pertencem aos hospitais que participam no estudo.

No que se refere ao grau académico (Quadro 5 e Gráfico 4), é o bacharelato o que atinge uma percentagem indiscutivelmente superior em relação aos restantes, à semelhança do que acontece a nível nacional.

GRAU ACADÉMICO	H. S. J.	H. S. M.	H. S. O.	H. St.ª L.	H. S. J de D.	H. St.ª Mª M.	TOTAL
BACHARELATO	959	351	284	342	130	97	2163
LICENCIATURA	158	85	34	44	17	14	352
OUTRO	336	114	61	52	26	43	632
TOTAL	1453	550	379	438	173	43	3147

Quadro 5 - Distribuição por graus académicos dos enfermeiros que pertencem aos hospitais em estudo.

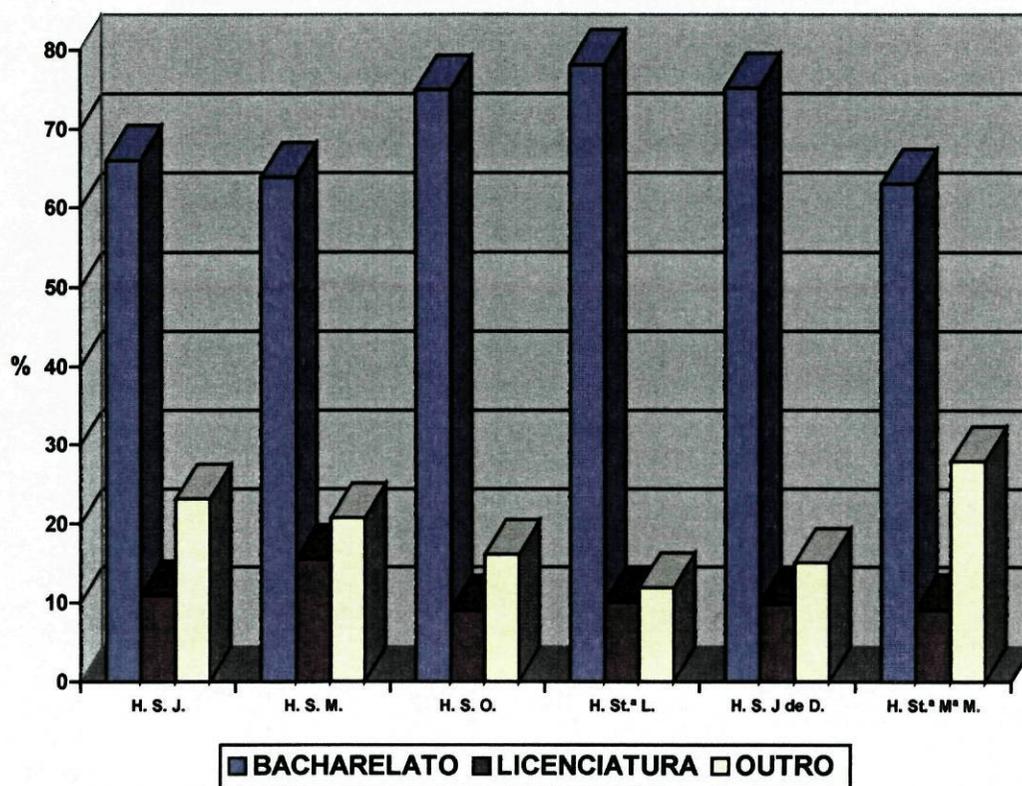


Gráfico 4 - Distribuição por graus académicos os enfermeiros que pertencem aos hospitais que participam no estudo.

A elaboração de um estudo de investigação com estas características obriga à especificação da população que é definida por Polit (1995) como “o conjunto ou totalidade de objectos, sujeitos, ou membros que estão em conformidade com um conjunto de especificações.”

Neste sentido, a nossa população alvo passa a coincidir com os enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria dos hospitais acima referidos e que perfazem um total de duzentos e sessenta e nove elementos. Estabelecida a população, é necessário definir a amostra que se pretendia que fosse igual à população, atendendo às dificuldades que há em fazer uma correcta selecção de uma amostra que represente fielmente a população em estudo.

Amostra é “conjunto de sujeitos retirados de uma população.” (FORTIN, 1999). Para Polit(1995) a amostra é “um subconjunto da população seleccionada para participar numa pesquisa.”

A escolha de uma amostra é sujeita a erros que podem dar origem a enviesamentos. Para Polit (1995) “O risco reside no facto de que a amostra seleccionada pode não reflectir, de maneira adequada, os comportamentos, os traços, sintomas ou crenças da população.”(POLIT, 1995). No entanto porque a participação neste tipo de estudo é voluntária, a amostra é uma amostra não intencional, aleatória e simples constituída por todos os enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria referidos anteriormente e que aceitaram participar voluntariamente no estudo e representa 77,40% da população (Quadro 6).

HOSPITAL	POPULAÇÃO		AMOSTRA		
	N.º	%	Representatividade da população (%)	N	%
H. S. JOÃO	135	50,00	65,18	88	42,10
H. S. MARCOS	47	17,40	91,49	43	20,57
H. S.ª OLIVEIRA	40	14,81	87,50	35	16,74
H. S.ª LUZIA	23	8,51	91,30	21	10,19
H. S. JOÃO DE DEUS	13	4,81	84,61	11	5,26
H. S.ª M.ª MAIOR	12	4,44	91,66	11	5,26
TOTAL	270	100,00	77,40	209	100,00

Quadro 6 - População alvo e amostra que participa no estudo.

3.1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra, como foi referido anteriormente, resultou do conjunto de questionários devolvidos (total de 209), da população em estudo: enfermeiros a trabalhar nos serviços de pediatria do Hospital de S. João, do Porto, do Hospital de S. Marcos, de Braga, do Hospital S.ª da Oliveira, de Guimarães, do Hospital Stª. Luzia, de Viana do Castelo, do Hospital S. João de Deus, de Vila Nova de Famalicão e do Hospital Stª. Maria Maior, de Barcelos.

Porque um número variável de inquiridos não respondeu a uma ou outra questão, o valor de N sofreu oscilações em algumas das variáveis.

Tendo em conta a finalidade do estudo, apenas é apresentada informação tida como pertinente para avaliar possíveis relações. Assim e no que se refere à caracterização da amostra obtiveram-se os seguintes resultados:

SEXO

A assimetria da amostra é evidente, a relação entre o número de mulheres (N=181) e homens (N=16) é de 91,88% e 8,12% relativamente, como é visível no Gráfico5.

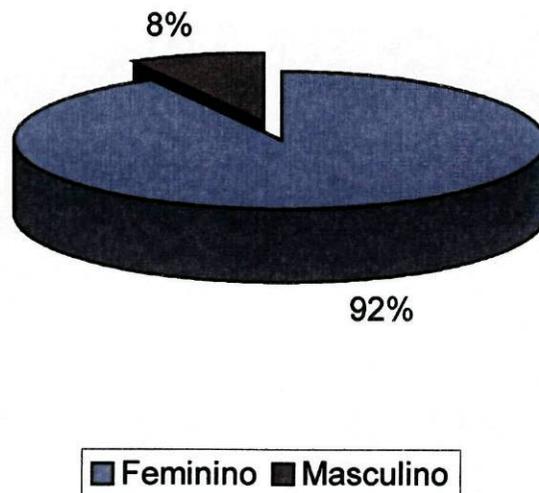


Gráfico 5 - Distribuição por sexo os enfermeiros que compõe a amostra.

Na distribuição por sexo, dos enfermeiros, tanto a nível nacional como nos hospitais que participaram no estudo, é notória uma percentagem mais elevada de indivíduos do sexo masculino, como já tivemos oportunidade de referir anteriormente. Esta diferença é no entanto muito maior, nos serviços de pediatria, tendo em conta a nossa amostra. Este agravamento do desequilíbrio que já é evidente na população de enfermeiros deve-se muito provavelmente ao facto de a pediatria, e o cuidado à criança estar associado à condição de mulher e de mãe.

IDADE

A idade média dos enfermeiros de pediatria dos hospitais (N=196) objecto de estudo é de 33,34 anos, com uma frequência modal de 16 enfermeiros no valor da variável 25 anos. A variável assume como valor mínimo 21 anos e valor máximo 56 anos.

GRAU ACADÉMICO

Os enfermeiros participantes no estudo, em relação ao grau académico, distribuem-se conforme exposto no Quadro 7 e Gráfico 6.

GRAU ACADÉMICO	n	%
Bacharelato	144	72,00%
Licenciatura	35	17,50%
Outros	21	10,50%
TOTAL	200	100,00%

Quadro 7 – Distribuição por graus académicos os enfermeiros que fazem parte da amostra.

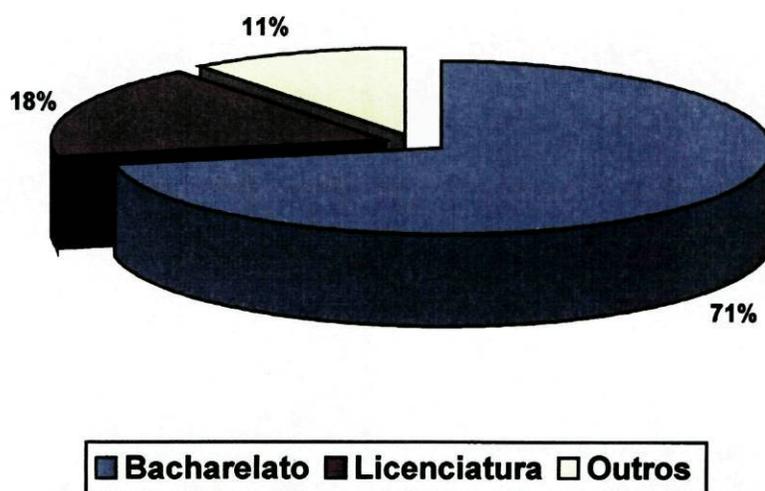


Gráfico 6 – Distribuição por graus académicos os enfermeiros que fazem parte da amostra.

O Bacharelato é o grau académico que predomina com 68,9% dos inquiridos. Estes dados são ligeiramente superiores aos obtidos na população de enfermeiros a nível nacional em que o bacharelato é o grau académico de 64,31% dos enfermeiros. Não podemos no entanto deixar de salientar que 11% da amostra possui um grau académico inferior ao Bacharelato. Grau este que não foi discriminado pela diversidade de formação que lhe está subjacente.

Desta amostra 36 elementos fizeram formação complementar onde predominou o Curso de Estudos Superior Especializado em Saúde Infantil e Pediátrica, que foi frequentado por 26 enfermeiros.

VÍNCULO E CATEGORIA PROFISSIONAL

Dos 209 enfermeiros inquiridos, 36 não tem vínculo definitivo com a instituição onde trabalham. Dez dos inquiridos não responderam a esta questão e dos restantes 163 enfermeiros que têm vínculo definitivo com a instituição, 133 são enfermeiros de nível 1, os restantes são de nível 2, tendo 23 a categoria de enfermeiros especialistas e 7 a de enfermeiros chefes. Em relação ao tempo médio de experiência profissional situa-se nos 11,26 anos com uma frequência modal de 21 enfermeiros no valor da variável 4 anos.

ESCOLHA DE SERVIÇO E PLURIEMPREGO

Dos enfermeiros inquiridos 128 afirma ter escolhido o serviço onde trabalha. Exercem a sua actividade em situação de pluriemprego 59 enfermeiros.

3.2 – MÉTODOS

Cumprindo agora, definir como vai ser orientada a investigação, que tipo de metodologia irá ser adoptada para dar resposta às questões de investigação

inicialmente formuladas. FORTIN (1999) define metodologia como conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Neste sentido, o que mais se adequa a este trabalho, de acordo com a bibliografia consultada, é um desenho de investigação do tipo exploratório descritivo. Para Fortin (1999) um desenho descritivo é usado “quando as variáveis foram já determinadas num nível precedente, mas não foram estudadas em relação a outras variáveis ou junto de outras populações. São estabelecidas as relações entre as variáveis afim de dar uma imagem completa do fenómeno estudado.”

Em relação a este tipo de pesquisa não experimental, Polit (1993), aponta como vantagens o facto de “ser bastante realista, sendo capaz de ampliar a nossa compreensão do que é o mundo que nos cerca” pese embora seja “deficiente na sua habilidade de revelar relações causais.”

Assim, através da metodologia escolhida esperamos, mesmo que provisoriamente através da informação conseguida, contribuir para a clarificação e reflexão sobre a problemática da satisfação profissional dos enfermeiros de pediatria.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para dar resposta às questões de investigação formuladas, tornou-se imperioso elaborar um instrumento de colheita de dados, método tradicionalmente utilizado na investigação.

Neste pressuposto foi criado um questionário que teve por base um modelo de Jorge Vala, amplamente divulgado e testado.

Este questionário (anexo 1), é composto por três partes:

A primeira parte é constituída por um grupo de dezoito questões com o qual se pretende fazer uma avaliação dos contextos de trabalho reais existentes em comparação com as expectativas pretendidas por parte dos enfermeiros de pediatria.

No sentido de facilitar a leitura e análise dos resultados criou-se o Quadro 8 seguinte com as siglas identificativas de cada uma das questões.

A cada questão segue-se uma escala ordinal tipo *Lickert* ordenada de um a sete. Em simultâneo, foi feita uma categorização semântica nos números: um, três, cinco e sete, clarificando as opções de escolha da escala ordinal. Assim, ao primeiro

grupo de questões que se referem às características que o enfermeiro de pediatria entende que deveria ter são atribuídas as significações: não é importante, é pouco importante, é importante e é muito importante.

Quadro 8

Questões – Contextos de trabalho	Sigla de identificação	
	Contexto de Trabalho real	Expectativas pretendidas
Boas condições de trabalho (luz, temperatura, ruído, etc.)	A	A`
Trabalho interessante estimulante	B	B`
Autonomia (possibilidade de agir e de pensar com independência)	C	C`
Possibilidade de progressão na carreira	D	D`
Oportunidades de desenvolvimento e formação	E	E`
Comunicação organizacional (rápida, directa e eficiente)	F	F`
Horários de trabalho	G	G`
Possibilidade de participar em tomadas de decisão	H	H`
Reconhecimento do valor profissional pela organização	I	I`
Organização do trabalho	J	J`
Informação dos objectivos da instituição	K	K`
Contactos com outros serviços da instituição	L	L`
Possibilidade de trabalhar em equipa	M	M`
Trabalho variado	N	N`
Trabalho criativo	O	O`
Bom ambiente de trabalho, boas relações entre as pessoas	P	P`
Boas relações com as chefias	Q	Q`
Remuneração	R	R`

Quadro 8 – Questões sobre contextos de trabalho e siglas de identificação.

Em relação ao segundo grupo de questões, características reais do trabalho, as significações semânticas são: não existe, existe pouco, existe o suficiente e existe muito, excepção feita às duas últimas perguntas às quais é atribuído: não adequado, pouco adequado, adequado o suficiente e muito adequado, esta alteração surge pela necessidade de ajuste das categorias semânticas às questões mantendo-se a estrutura.

A segunda parte do questionário é constituído por sete indicadores específicos e um geral sobre satisfação. Manteve-se a mesma estrutura da escala

ordinal modificando-se as categorias semânticas: insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito.

No sentido de facilitar a leitura e análise dos resultados sobre a satisfação global criou-se o **Quadro 9** com as siglas identificativas de cada uma das questões.

Questões de satisfação específica	Siglas de identificação
Perspectivas de promoção	S
Organização e funcionamento do serviço onde trabalha	T
Colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho	U
Remuneração que recebem	V
Competência e desempenho do seu superior hierárquico	W
Trabalho que realiza	X
Competência e desempenho dos seus subordinados	Y

Quadro 9 – Questões sobre a satisfação específica e siglas de identificação.

Existe, ainda, uma última questão sobre a satisfação, denominada unidimensional: *“tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida na instituição diria que está: insatisfeito / pouco satisfeito / satisfeito / muito satisfeito.”*

A última parte do questionário é constituída por questões fechadas que se destina à caracterização sociobiográfica e profissional da amostra e ao estabelecimento de relações destas com outras variáveis em estudo.

Para a elaboração deste questionário procedeu-se à realização de dois pré-testes realizados numa população equivalente de enfermeiros não pertencentes à população objecto de estudo.

O primeiro pré-teste foi feito numa população de 15 enfermeiros e o segundo numa população de 17. Ambos os grupos exerciam funções em serviços de internamento de adultos e pertenciam a uma população semelhante em termos sociobiográficos da população em estudo. Para além do preenchimento dos questionários, foi também sugerido aos grupos, que participaram nos dois pré-testes, a identificação de parâmetros que, na sua opinião, deveriam ser incluídos ou omitidos daquele questionário. Pedimos, ainda, colaboração no sentido de se

apurarem sugestões ou críticas que, de alguma forma, contribuíssem para a melhoria do questionário em causa.

1º - Pré-teste

Após a aplicação do pré-teste foram alterados os seguintes aspectos:

A escala de Lickert foi reduzida para sete itens ordinais e quatro semânticos. As formas semânticas passaram a ser na primeira parte do questionário: não é importante, é pouco importante, é importante e é muito importante, na segunda metade da primeira parte, isto é, nas questões referentes às condições reais de trabalho, as formas semânticas utilizadas são: não existe, existe pouco, existe, existe muito, com excepção das duas últimas questões para as quais esta forma semântica não se ajustava tendo sido substituída por: não é adequado, é pouco adequado, é adequado e é muito adequado. Na segunda parte do questionário, respeitante à satisfação organizacional, foram atribuídas as seguintes formas semânticas à escala de Lickert: insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito e muito satisfeito.

Cada questão foi seguida de uma escala de Lickert;

Os dados sociobiográficos foram reorganizados e ampliados, foram acrescentadas as seguintes questões: que formação complementar realizou, categoria profissional que possui, tempo de serviço na instituição, se escolheu o serviço onde trabalha, se pediu ou pensa pedir transferência de serviço e se exerce a sua actividade em situação de pluriemprego:

A terminologia utilizada foi ajustada à população objecto do estudo e, assim, a empresa foi substituída por instituição, o departamento foi substituído por serviço e o funcionamento foi substituído por desempenho.

A questão trabalho variado e criativo foi desdobrada em duas questões:

- trabalho variado
- trabalho criativo
- Incluída uma questão sobre o horário de trabalho, pelas particularidades que ele assume nesta profissão, principalmente no âmbito da enfermagem hospitalar.

Por o questionário ter sido sujeito a várias alterações e em particular ter sido alterada da escala de Lickert realizou-se um segundo pré teste.

2º - Pré-teste

Alterações efectuadas após observação dos resultados obtidos no 2º pré-teste:

- A questão “Reconhecimento do valor profissional”, passou a ser “Reconhecimento do valor profissional pela organização”.

Foram mantidas as restantes questões e estrutura apresentada neste pré-teste.

Material e métodos para avaliação dos resultados

Foram vários os métodos estatísticos utilizados neste trabalho, tendo sido escolhidos de acordo com a sua adequação e especificidade. A avaliação estatística dos resultados obtidos no inquérito foi levada a cabo através da utilização da versão 10.0 do programa SPSS para Windows instalado em equipamento informático, modelo Compaq presário 1200, com processador intel celeron a 600 Mhz.

4 – RESULTADOS

No que respeita à **primeira questão de investigação** (Qual o grau de satisfação profissional dos enfermeiros de Pediatria?), esta foi avaliada, como já referimos por uma pergunta única, por nós denominada como **Satisfação Unidimensional (SUD)**, e por um conjunto de sete perguntas, sobre aspectos parciais da satisfação e cuja avaliação global foi levada a cabo através da computadorização de uma nova variável, a **Satisfação Global (SG)**, resultante do somatório das respostas às referidas sete questões.

Enquanto que no **Quadro 12** apresentamos a estatística descritiva destas duas variáveis, nos **Gráficos 7 e 8** podemos observar os respectivos histogramas, que nos permitem verificar que a sua distribuição é normal.

Com o objectivo de avaliar a correlação entre estas variáveis, utilizamos o método de Pearson, cujos resultados se podem ler no **Quadro 10** e visualizar no **Gráfico 9**. É de salientar a existência de uma forte correlação positiva com elevado grau de significância estatística.

Correlations

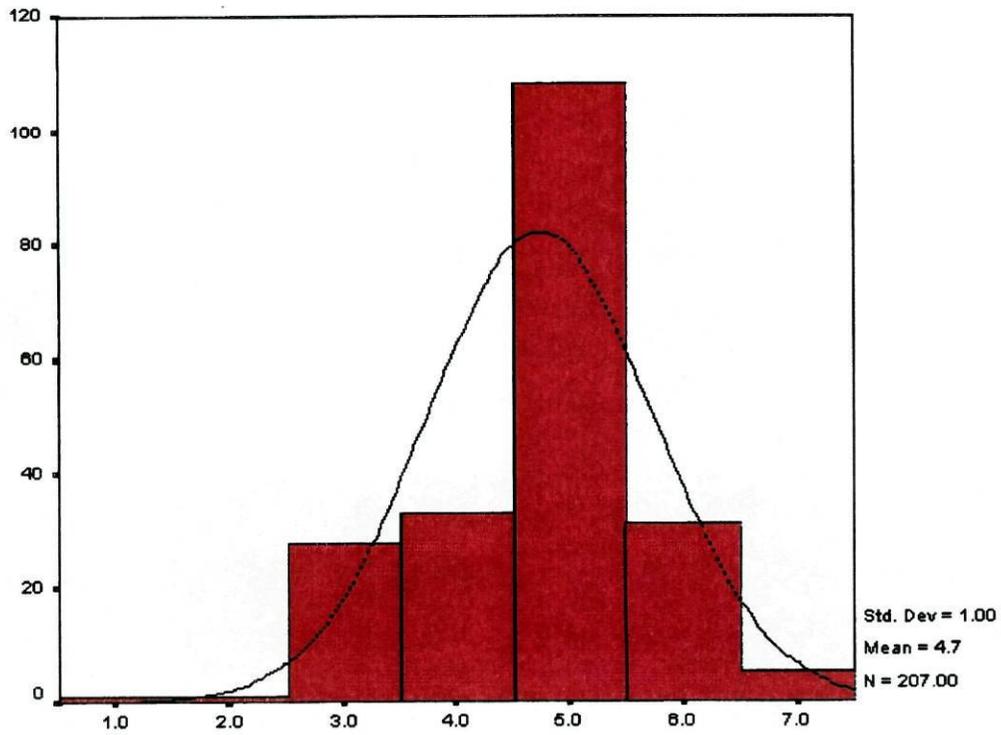
		SUD	SG
SUD	Pearson Correlation	1,000	,755**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	207	190
SG	Pearson Correlation	,755**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	190	191

** . Correlation is significant at the 0.01 level

Quadro 10 – Correlações entre **SUD** e **SG**.

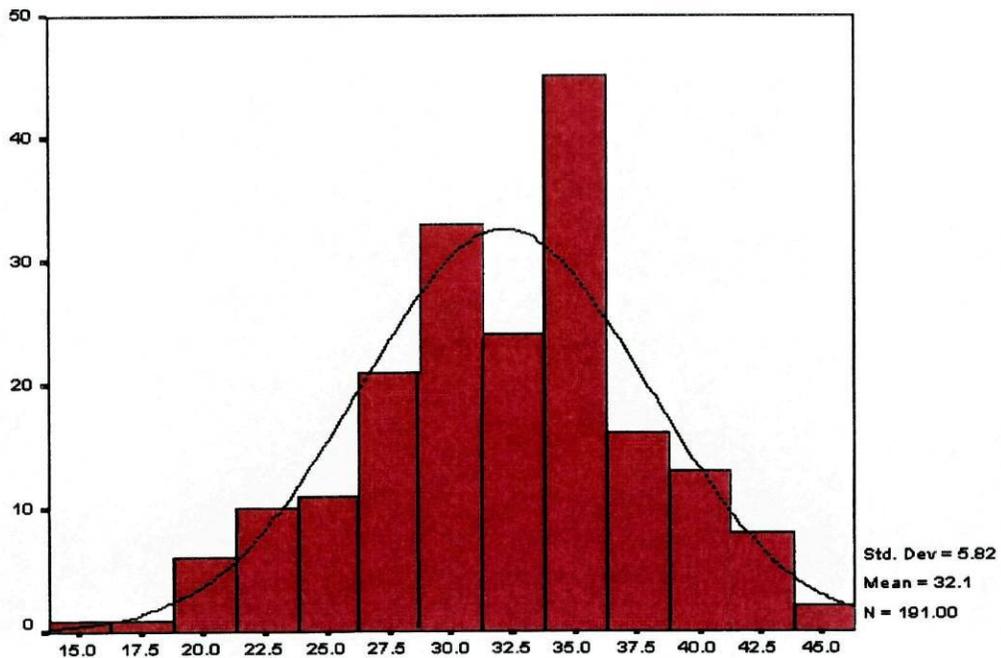
De forma a percebermos qual a contribuição das diferentes questões, que participaram na construção da variável SG na elevada correlação com a variável SUD, avaliaram-se as correlações, também pelo método de Pearson, existentes entre esta última e os resultados das respostas às sete perguntas que agora funcionaram como variáveis distintas. Conforme se pode observar no **Quadro 11**, todas as variáveis apresentam correlações positivas com elevado significado estatístico,

destacando-se a variável T (organização e funcionamento do serviço onde trabalha) cujo valor de correlação é superior a 0,6.



SUD

Gráfico 7 – Histograma da variável SUD.



SG

Gráfico 8 – Histograma da variável SG.

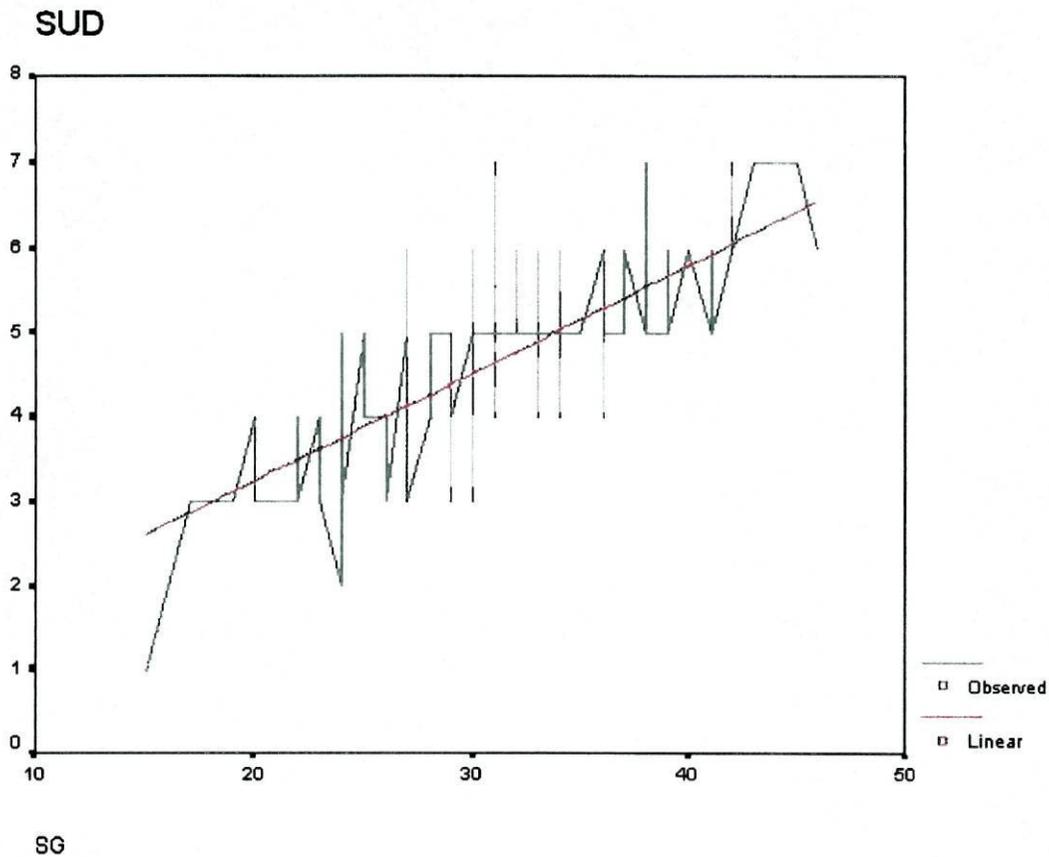


Gráfico 9 – Correlação entre as variáveis SG e SUD.

Quanto à **segunda questão de investigação** (Qual o nível de não satisfação no trabalho resultante da não realização de expectativas, tendo em conta os contextos de trabalho?), optou-se numa primeira fase por computadorizar uma nova variável, chamada de Diferencial entre as Expectativas e os Contextos de Trabalho, a partir de agora referida como DEC. Esta variável foi construída através da diferença entre o somatório das 18 respostas ao questionário sobre as expectativas de trabalho e o somatório das 18 respostas ao questionário sobre contexto de trabalho. De seguida, fez-se o estudo das correlações entre a DEC, a SUD e a SG.

O **Quadro 12** apresenta parâmetros da estatística descritiva destas três variáveis, enquanto o **Gráfico 10** contém a distribuição que é normal da variável DEC. Os **Quadros 13 e 14** apresentam as correlações entre a SUD e a DEC e entre a SG e a DEC. Como podemos observar, utilizando o método de Pearson, estas correlações são fortemente negativas e com grande significância. (**Gráficos 11 e 12**).

Após estes resultados, optamos por, utilizar como medida da satisfação para o restante estudo, a SUD.

		S	T	U	V	W	X	Y	SU
S	Pearson	1,00	,38*	,40*	,39*	,40*	,29*	,36*	,49*
	Sig. (2-		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	N	20	20	20	20	20	20	19	20
T	Pearson	,38*	1,00	,51*	,26*	,64*	,42*	,50*	,61*
	Sig. (2-	,00		,00	,00	,00	,00	,00	,00
	N	20	20	20	20	20	20	19	20
U	Pearson	,40*	,51*	1,00	,25*	,53*	,41*	,48*	,50*
	Sig. (2-	,00	,00		,00	,00	,00	,00	,00
	N	20	20	20	20	20	20	19	20
V	Pearson	,39*	,26*	,25*	1,00	,20*	,16*	,20*	,45*
	Sig. (2-	,00	,00	,00		,00	,01	,00	,00
	N	20	20	20	20	20	20	19	20
W	Pearson	,40*	,64*	,53*	,20*	1,00	,45*	,52*	,54*
	Sig. (2-	,00	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	N	20	20	20	20	20	20	19	20
X	Pearson	,29*	,42*	,41*	,16*	,45*	1,00	,47*	,54*
	Sig. (2-	,00	,00	,00	,01	,00		,00	,00
	N	20	20	20	20	20	20	19	20
Y	Pearson	,36*	,50*	,48*	,20*	,52*	,47*	1,00	,55*
	Sig. (2-	,00	,00	,00	,00	,00	,00		,00
	N	19	19	19	19	19	19	19	19
SU	Pearson	,49*	,61*	,50*	,45*	,54*	,54*	,55*	1,00
	Sig. (2-	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	
	N	20	20	20	20	20	20	19	20

**Correlation is significant at the

*Correlation is significant at the

Quadro 11 – Correlações entre a variável SUD e as variáveis S, T, U, V, W, X, Y de cujo somatório resulta a SG.

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DEC	204	80	-6	74	31,13	16,26
SUD	207	6	1	7	4,73	1,00
SG	191	31	15	46	32,12	5,82
Valid N (listwise)	186					

Quadro 12 – Estatística descritiva das variáveis DEC, SUD e SG.

		SU	DE
SU	Pearson	1,000	-,633**
	Sig. (2-		,000
	N	207	202
DE	Pearson	-,633**	1,000
	Sig. (2-	,000	
	N	202	204

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-

Quadro 13 – Correlação entre as variáveis SUD e DEC.

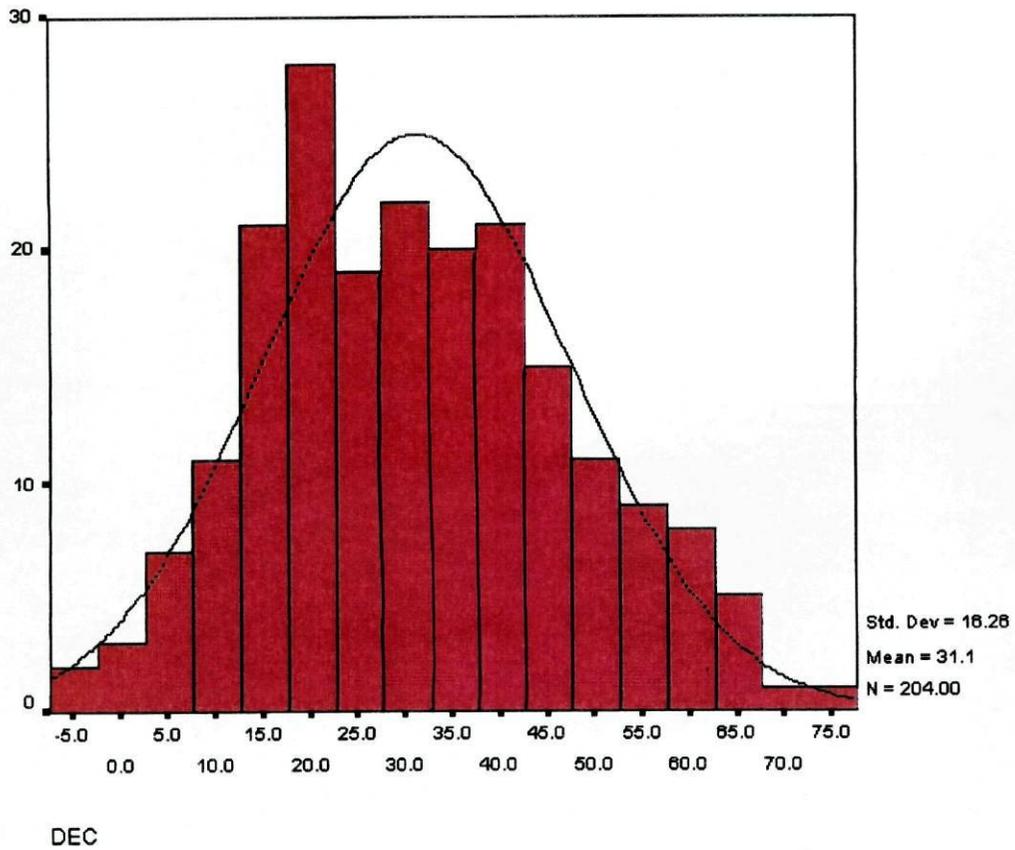


Gráfico 10 – Histograma da variável DEC.

		SG	DE
SG	Pearson	1,000	-,711**
	Sig. (2-	,	,000
	N	191	187
DE	Pearson	-,711**	1,000
	Sig. (2-	,000	,
	N	187	204

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-

Quadro 14 – Correlação entre as variáveis SG e DEC.

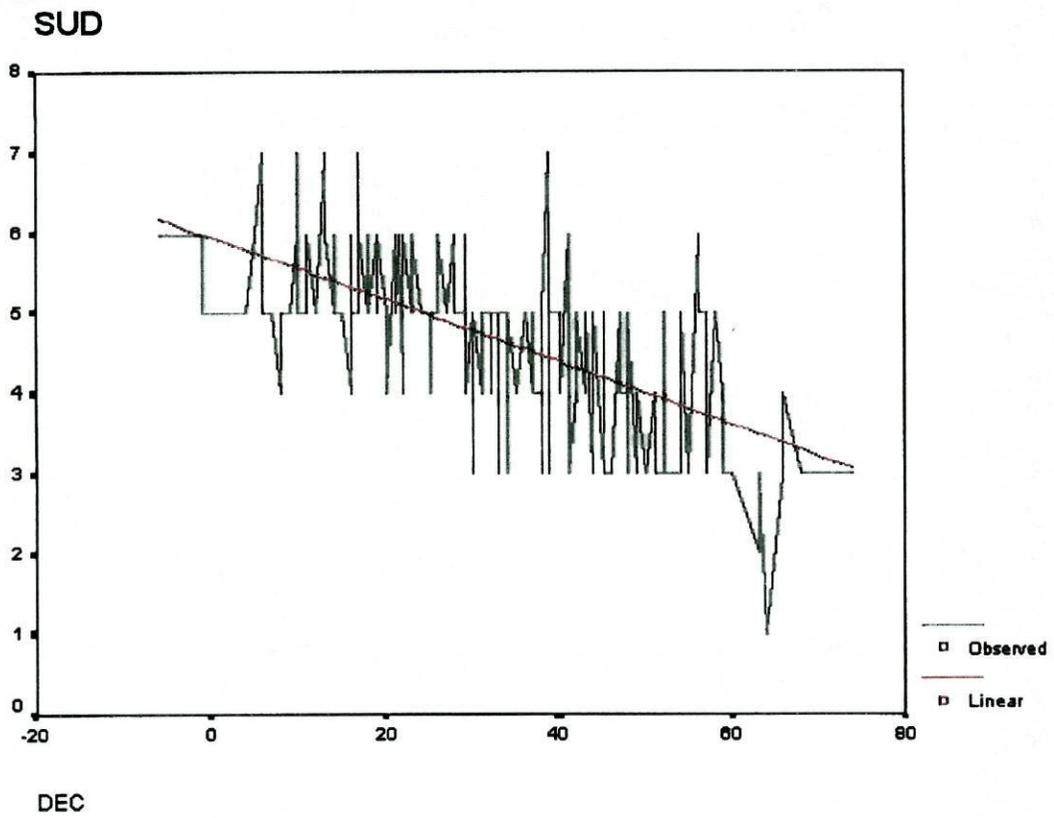


Gráfico 11 – Correlação entre as variáveis SUD e DEC.

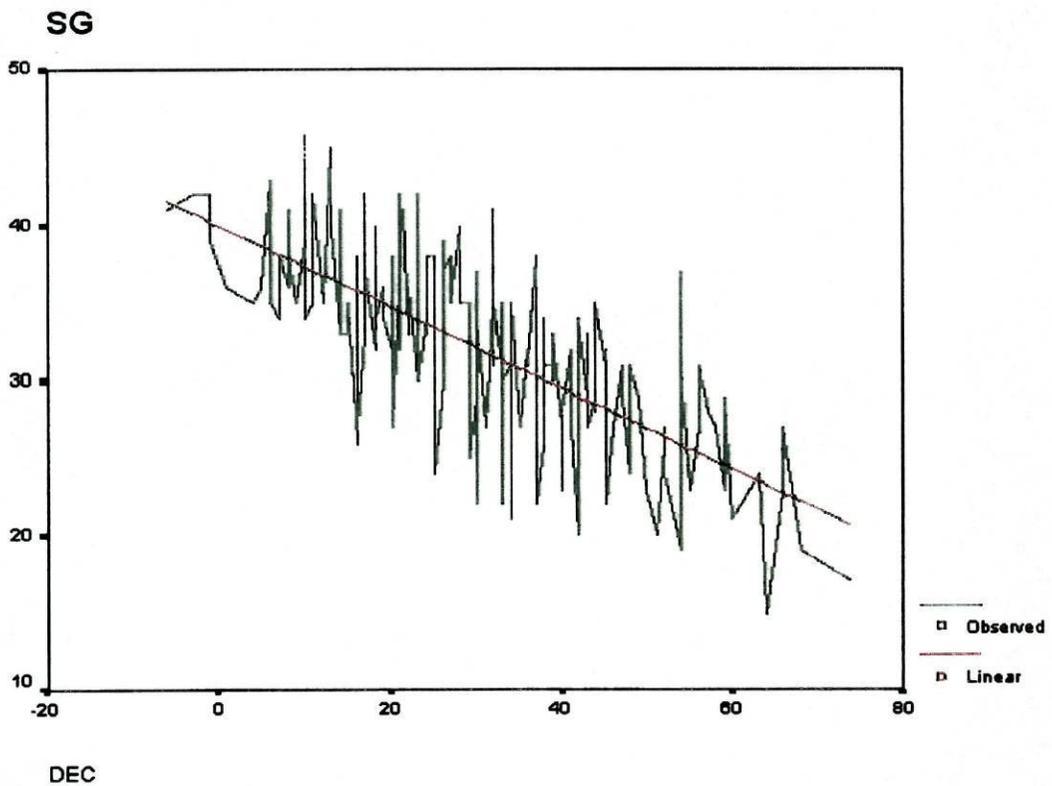


Gráfico 12 – Correlação entre as variáveis SG e DEC.

Em relação à **terceira questão** (Que relação existe entre a satisfação profissional dos enfermeiros de pediatria e algumas características institucionais e socio biográficas, nomeadamente o hospital, idade, sexo, grau académico, categoria, vínculo, escolha de serviço?), começamos por avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros de pediatria dos diferentes **hospitais**, utilizando como variável dependente a SUD, comparada entre os diferentes hospitais através de uma análise de variância contrastada. Os resultados representados nos **Quadros 15 e 16**, respectivamente, com a estatística descritiva e a análise da variância, mostram algumas diferenças significativas entre hospitais. É de destacar que, quanto às medidas de SUD a maior é observada no Hospital de S. Marcos e a menor no Hospital de S. João, verificando-se entre estes a diferença com maior significado estatístico.

No que respeita à **idade** dos profissionais da amostra e a sua correlação com a SUD, utilizou-se o método de Pearson, o qual permitiu constatar que, apesar de ter significado estatístico a correlação, que é positiva, surge como pouco consistente, (**Quadro 17**).

A propósito da relação entre a oportunidade de **escolha de serviço**, o **vínculo** e o **sexo** versus a SUD, utilizou-se o T-TEST, que permitiu verificar a inexistência de diferenças entre as referidas variáveis independentes e a variável correspondente à medida da satisfação (SUD). (**Quadros 18; 19 e 20**).

No que concerne às variáveis **grau académico** e **categoria**, quando submetidos a uma análise de variância pelo teste de Fisher, com a SUD, permite-nos verificar que o grupo com menor grau académico apresenta valores significativamente superiores de satisfação, (**Quadros 21 e 22**).

SUD

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
H. S. Marques	41	5,24	,77	,12	5,00	5,49	4	7
H. Barcelos	11	4,82	,75	,23	4,31	5,32	3	6
H. S. Oliveira	35	4,83	1,18	,20	4,42	5,23	2	7
H. S. J. Deus	11	4,64	1,12	,34	3,88	5,39	3	6
H. Viana	21	4,90	,83	,18	4,53	5,28	3	7
H. S. João	88	4,42	,98	,10	4,21	4,63	1	6
Total	207	4,73	1,00	6,96E-02	4,60	4,87	1	7

Quadro 15 – Estatística descritiva dos valores da SUD por Hospital

Multiple Comparisons

Dependent Variable: SUD

LSD

(I) Hospitais	(J) Hospitais	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
H. S. Marcos	H. Barcelos	,43	,33	,194	-,22	1,07
	H. S. Oliveira	,42	,22	,062	-2,12E-02	,85
	H. S. Deus	,61	,33	,064	-3,65E-02	1,25
	H. Viana	,34	,26	,190	-,17	,85
	H. S. João	,82*	,18	,000	,46	1,18
H Barcelos	H. S. Marcos	-,43	,33	,194	-1,07	,22
	H. S. Oliveira	-1,04E-02	,33	,975	-,67	,65
	H. S. Deus	,18	,41	,658	-,63	,99
	H. Viana	-8,66E-02	,36	,809	-,79	,62
	H. S. João	,40	,31	,198	-,21	1,00
H. S. Oliveira	H. S. Marcos	-,42	,22	,062	-,85	2,12E-02
	H. Barcelos	1,04E-02	,33	,975	-,65	,67
	H. S. Deus	,19	,33	,564	-,46	,85
	H. Viana	-7,62E-02	,27	,774	-,60	,45
	H. S. João	,41*	,19	,035	2,91E-02	,79
H. S. Deus	H. S. Marcos	-,61	,33	,064	-1,25	3,65E-02
	H. Barcelos	-,18	,41	,658	-,99	,63
	H. S. Oliveira	-,19	,33	,564	-,85	,46
	H. Viana	-,27	,36	,454	-,97	,44
	H. S. João	,22	,31	,484	-,39	,82
H. Viana	H. S. Marcos	-,34	,26	,190	-,85	,17
	H. Barcelos	8,66E-02	,36	,809	-,62	,79
	H. S. Oliveira	7,62E-02	,27	,774	-,45	,60
	H. S. Deus	,27	,36	,454	-,44	,97
	H. S. João	,48*	,23	,039	2,37E-02	,94
H. S. João	H. S. Marcos	-,82*	,18	,000	-1,18	-,46
	H. Barcelos	-,40	,31	,198	-1,00	,21
	H. S. Oliveira	-,41*	,19	,035	-,79	-2,91E-02
	H. S. Deus	-,22	,31	,484	-,82	,39
	H. Viana	-,48*	,23	,039	-,94	-2,37E-02

* The mean difference is significant at the .05 level.

Quadro 16 – Comparação de parâmetros da SUD ente os diversos hospitais.

Correlations

		SUD	IDADE
SUD	Pearson Correlation	1,000	,144*
	Sig. (2-tailed)		,044
	N	207	196
IDADE	Pearson Correlation	,144*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,044	
	N	196	196

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 17 – Correlação entre as variáveis SUD e a idade.

Escolha de serviço	N	Mea	Std. Deviatio	Std. Mea
SUD sim	128	4,78	,97	8,59E-
não	69	4,64	,94	,11

Independent Samples

		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
SUD	Equal variances assumed	,208	,649	1,001	195	,318	,14	,14
				1,011	143,550	,314	,14	,14

Quadro 18 – Estatística descritiva e estudo da correlação entre a variável SUD e a escolha de serviço.

Group Statistics

VÍNCULO		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SUD	sim	163	4,73	,97	7,59E-02
	não	36	4,81	,95	,16

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
SU	Equal variances assumed	,040	,843	-,424	197	,672	-7,55E-02	,18
				-,430	52,307	,669	-7,55E-02	,18

Quadro 19 – Estatística descritiva e estudo da correlação entre a variável SUD e o vínculo.

Group Statistics

SEXO		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SUD	Masc.	16	4,38	1,02	,26
	Femin.	181	4,77	,96	7,13E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SUD	Equal variances assumed	,908	,342	-1,584	195	,115	-,40	,25	-,89	9,77E-02
	Equal variances not assumed			-1,499	17,407	,152	-,40	,27	-,96	,16

Quadro 20 – Estatística descritiva e estudo da correlação entre a variável SUD e o sexo.

Descriptive

SUD

	N	Mea	Std. Deviatio	Std.	95% Interval for		Minimu	Maximu
					Lower Boun	Uppe Boun		
Outros	21	5,2	,85	,18	4,9	5,6	4	7
Racharl	144	4,6	1,0	8,40E-	4,5	4,8	2	7
Licenc.	35	4,6	,77	,13	4,3	4,8	3	6
Tota	200	4,7	,97	6,85E-	4,6	4,8	2	7

ANOVA

SUD

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,192	2	3,596	3,941	,021
Within Groups	179,763	197	,913		
Total	186,955	199			

Quadro 21 – Estatística descritiva e análise de variância da SUD versus grau acadêmico.

Descriptives

SUD

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Nível 1	169	4,75	,98	7,56E-02	4,60	4,89	2	7
Especia	23	4,52	,85	,18	4,16	4,89	3	6
Chefe	7	5,43	,53	,20	4,93	5,92	5	6
Total	199	4,74	,96	6,83E-02	4,61	4,88	2	7

ANOVA

SUD

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,417	2	2,209	2,411	,092
Within Groups	179,513	196	,916		
Total	183,93	198			

Quadro 22 – Estatística descritiva e análise de variância da SUD versus categoria profissional.

No que respeita à **quarta questão** (Quais os contextos de trabalho que contribuem mais significativamente para a satisfação profissional dos enfermeiros de Pediatria?), e aceitando que cada um dos 18 contextos de trabalho avaliados podem influenciar a SUD, realizamos a respectiva estatística descritiva (**Quadro 23**).

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SUD	4,73	1,00	207
A	4,39	1,55	209
B	5,12	1,06	209
C	4,63	1,19	209
D	4,10	1,18	209
E	4,45	1,46	209
F	4,27	1,19	209
G	4,51	1,15	209
H	3,94	1,41	209
I	3,80	1,42	208
J	5,22	,97	209
K	4,31	1,43	209
L	3,88	1,41	209
M	5,46	1,03	208
N	5,20	1,06	208
O	4,72	1,12	208
P	5,22	1,24	209
Q	5,40	1,23	209
R	3,44	1,42	209

Quadro 23 – Estatística descritiva das variáveis dos contextos de trabalho.

O **quadro 24** apresenta os resultados do estudo da regressão linear das referidas variáveis através da aplicação do método de Stepwise, o que permitiu distinguir as variáveis F (Comunicação organizacional (rápida, directa e eficiente)), G (Horários de trabalho), A (Boas condições de trabalho (luz, temperatura, ruído, etc.)), C (Autonomia (possibilidade de agir e de pensar com independência)) e R

(Remuneração) como predictivas da satisfação, por uma ordem decrescente de importância.

ANOVA^f

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	57,178	1	57,178	78,703	,000 ^a
	Residual	148,206	204	,727		
	Total	205,385	205			
2	Regression	77,397	2	38,698	61,379	,000 ^b
	Residual	127,988	203	,630		
	Total	205,385	205			
3	Regression	89,555	3	29,852	52,060	,000 ^c
	Residual	115,829	202	,573		
	Total	205,385	205			
4	Regression	96,297	4	24,074	44,358	,000 ^d
	Residual	109,088	201	,543		
	Total	205,385	205			
5	Regression	100,845	5	20,169	38,586	,000 ^e
	Residual	104,540	200	,523		
	Total	205,385	205			

- a. Predictors: (Constant), F
 b. Predictors: (Constant), F, G
 c. Predictors: (Constant), F, G, A
 d. Predictors: (Constant), F, G, A, C
 e. Predictors: (Constant), F, G, A, C, R
 f. Dependent Variable: SUD

Quadro 24 – Análise de regressão linear, método Stepwise das variáveis sobre o os contexto de trabalho versus a SUD.

5-DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No sentido de fazermos o enquadramento da discussão dos resultados que acabamos de apresentar, vamos, de forma sumária, referir alguns trabalhos publicados sobre o assunto. Quanto aos critérios de escolha destes trabalhos, para uns foi, fundamentalmente, a metodologia, para outros, o terem sido realizados em populações de enfermeiros. Com esta revisão pretendemos, por um lado, criar alguns pontos de referência para a discussão, por outro, tornar mais evidente a importância desta temática.

Assim, e tendo em consideração a ordem cronológica de realização ou publicação, temos Porter que, na década de sessenta, realizou um estudo, sobre as necessidades do indivíduo à luz do modelo de Maslow, elaborou um questionário no qual foram incluídas questões sobre a importância atribuída às diferentes necessidades humanas no trabalho, e sobre o grau de satisfação relativamente às mesmas. Das conclusões obtidas, é de salientar que as necessidades mais valorizadas, e por ordem decrescente de importância, são: auto-realização e autonomia. Por outro lado, quanto maior é o nível hierárquico, maior é a importância atribuída a todas as necessidades.

Smith et al (1969) *cit in* Vala et al 1983, por seu lado, concluíram, num trabalho por eles realizado, que as variáveis mais explicativas da satisfação são: as tarefas realizadas, o tipo supervisão, as relações com os colegas, o sistema de promoções e o salário.

Mais tarde (1976), Everly e Falcione citado por Lucas, desenvolveram um trabalho com vista a identificar os comportamentos que eram percebidos como contributo importante para a satisfação. Numa amostra de 144 enfermeiras e por análise factorial foram identificados quatro factores que explicaram 58.8% do total da variância: orientação para a relação, compensações intrínsecas do trabalho, compensações externas do trabalho e políticas administrativas.

Em 1978 Slavitt et al, com base na teoria de Herzberg, realizaram um estudo sobre a satisfação profissional de um grupo de enfermeiros, através de uma comparação emparelhada de seis componentes da satisfação profissional: autonomia, condições de trabalho, requisitos operacionais, interacção e prestígio profissional.

Deste estudo foi possível concluir que, para o grupo de enfermeiros da unidade hospitalar, a autonomia foi a componente mais valorizada, seguindo-se o estatuto profissional e o salário.

Sobre a satisfação, mas numa empresa pública onde trabalhavam 40.000 pessoas, distribuídas por todos os distritos do país, foi realizado um estudo, em 1980, por J. Vala. No questionário foi incluída a seguinte questão: "Para aumentar a sua satisfação na empresa, quais dos seguintes aspectos deveriam, em seu entender, ser melhorados." Pedia-se que assinalassem três dos treze aspectos contidos na lista. Dos resultados obtidos por análise factorial de correspondência, é de salientar que: tarefas ricas e interessantes e informação são as duas dimensões que explicam 54,5% da variância total. Outra conclusão obtida pelos resultados foi a associação de algumas das variáveis em *clusters* tendo em conta a proximidade que existe entre elas "A estrutura obtida pela AFC pode ainda ser lida em termos da proximidade entre as diferentes variáveis motivacionais. (...) O enriquecimento das tarefas e a formação constituem um *cluster* que se encontra associada às variáveis reconhecimento do valor profissional, participação nas tomadas de decisão e promoção; um outro agrupamento é constituído pelas variáveis diálogo com as chefias e relações com os colegas; um quarto *cluster* é formado pelas variáveis futuro da empresa e regalias sociais." As variáveis descritivas (relativas ao sujeito) que mais contribuíam para a solução encontrada foram: idade, antiguidade na empresa e escalão de vencimento. Assim, temos: vencimento mais baixo e há mais tempo na empresa estavam mais próximos do *cluster* futuro da empresa/regalias sociais. Os sujeitos mais novos e há menos tempo na empresa estavam mais próximos do *cluster* enriquecimento das tarefas / formação e da variável vencimento. Sujeitos mais idosos situavam-se próximo do *cluster* diálogo com as chefias / relações com os colegas. À medida que evoluíam no escalão de vencimento passavam do *cluster* futuro da empresa / regalias sociais para o *cluster* reconhecimento do valor profissional / participação / promoção e de certa forma do *cluster* enriquecimento das tarefas / formação. A idade conduzia à deslocação do *cluster* enriquecimento das tarefas / formação e da variável vencimento para a do *cluster* diálogo com as chefias / relações com os colegas. A antiguidade estava associada ao percurso que vai do *cluster* enriquecimento das tarefas / formação e da variável vencimento para o *cluster* futuro da empresa /

regalias sociais, passando pelo grupo de variáveis participação / promoção / reconhecimento do valor profissional.

Sobre a satisfação profissional, Paula Stamps, realizou um trabalho em 1981 nos serviços de saúde dos E. U. A., onde foram avaliadas algumas dimensões que fazem parte dos contextos de trabalho. Dos resultados obtidos salienta-se: a autonomia surge em primeiro lugar para todos os grupos de profissionais estudados. Para os enfermeiros hospitalares e por ordem decrescente de importância segue-se o status profissional e a remuneração.

Num trabalho desenvolvido por Luis Graça (1991), os dados foram obtidos por meio de um questionário de Porter alterado a um grupo de enfermeiros portugueses. Dos resultados obtidos e pela análise da associação da satisfação às características sociodemográficas, resultou que o grupo com médias de idade superiores e a exercer maioritariamente funções de gestão estavam globalmente mais satisfeitos, esta diferença era mais significativa no item referente à subsistência, autonomia e auto-realização.

Considerando um grupo específico de enfermeiros (enfermeiros de psiquiatria), em 1993, Diane Saindon-Larose, efectuou no Canadá um estudo sobre a sua satisfação no trabalho. Das conclusões interessa pôr em evidência dois aspectos: se por um lado a população em estudo estava pouco satisfeita nos vários aspectos do seu trabalho, por outro, e no sentido de identificar os aspectos que mais contribuem para a insatisfação por eles expressa, temos: condições de trabalho (79%), política de organização (64%), progressão na carreira (59%), reconhecimento (59%), salário (54%), afectação pessoal (52%) e segurança no trabalho (50%).

Num trabalho de Juhl et al (1993) *cit in* GONÇALVES (1999) e tendo em conta os objectivos que estão subjacentes a esta referência, interessa citar que as dimensões mais valorizadas pelas enfermeiras a trabalhar numa instituição pública são: status, autonomia, interacção, clima organizacional, requisitos de tarefa, benefícios / recompensas e salário.

Sobre o grau satisfação profissional dos enfermeiros hospitalares, Llopis i Aliaga (1993) *cit in* GONÇALVES (1999) também realizaram um estudo, onde concluíram que os enfermeiros com maior idade estavam mais satisfeitos. São particularmente valorizadas as implicações, organização, coesão e a inovação. A

autoridade, a pressão e a clarificação do papel são os contextos de trabalho menos valorizados. Os homens estão mais satisfeitos que as mulheres.

Fonseca, em 1994, realizou um trabalho em que o instrumento de colheita de dados utilizado é uma escala de Porter adaptada por Luís Graça para avaliação da satisfação profissional por necessidades. Num grupo de 32 enfermeiros de reabilitação (total de enfermeiros de reabilitação da zona norte) concluiu que a satisfação global era moderada. A autonomia era a mais satisfeita, em oposição à subsistência que ocupava o último lugar. No que se refere ao grau de importância atribuído às necessidades, a segurança e a auto-realização, surgiam em primeiro lugar, e a estima ocupava a última posição.

Foi, também, em 1994 que Vala realizou um estudo onde participaram 186 indivíduos de uma empresa, onde se propunha a contrastar o poder explicativo de algumas abordagens sobre a satisfação organizacional. Assim a avaliação da satisfação foi feita de uma forma directa através da avaliação da satisfação geral e através da avaliação de algumas medidas específicas da satisfação; foi, ainda, avaliada pela realização de expectativas sobre o contexto de trabalho. Em relação às duas primeiras formas de avaliação, os resultados obtiveram-se por estudo comparativo entre a correlação das medidas específicas da satisfação e a satisfação geral. Pese embora o facto de serem todas muito elevadas, as que mais contribuíram foram: satisfação com o trabalho, remuneração, departamento e perspectivas de promoção, que explicavam 73% da variância da satisfação geral. Em relação à realização de expectativas, as mais importantes para a explicação da satisfação eram: a realização de expectativas intrínsecas e o controle percebido em situação de trabalho, que explicavam 47% da variância da satisfação.

Rodrigues (1995) num estudo que realizou em Portugal, observou que a insatisfação aumentava à medida que decresciam os níveis de instrução bem como o status social e económico. Os principais factores de satisfação eram: trabalho interessante, trabalho perto de casa e bom ambiente. De insatisfação eram: fraca remuneração, condições de trabalho e situação económica da empresa. As orientações voltadas mais para valores expressivos e de realização social emergiam, sobretudo, nos segmentos da população melhor situados, na estrutura económica e social de acesso a recursos sócio-culturais, possibilitando, assim, o desenvolvimento individual.

Em 1996 Ferreira publicou um trabalho realizado no hospital pediátrico de Coimbra sobre a satisfação dos profissionais de enfermagem. A amostra, com 109 indivíduos, caracterizava-se: uma população maioritariamente feminina com 86% da amostra e 66% com idade inferior a 35 anos. Dois terços da amostra tinham vínculo à função pública e a maioria eram enfermeiros do nível I. O questionário utilizado, contemplou cinco áreas de estudo, nomeadamente a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida, a importância relativa às causas de desempenho das funções, as opiniões relativas ao desempenho das funções, a avaliação da situação actual e a satisfação no trabalho. Das cinco categorias citadas, interessa fazer referência às questões que podem ser sujeitas a uma análise comparativa em relação ao presente trabalho. Assim, e no que se refere à importância relativa de vinte possíveis causas de insatisfação, e respondendo numa escala de Lickert de um a sete, o fraco reconhecimento externo do trabalho foi a razão considerada como a mais importante de insatisfação. A indefinição do Governo em relação à política de saúde foi também apontada como um importante motivo de insatisfação. Em relação à avaliação da situação actual, que foi feita em termos de qualidade, as áreas da remuneração, condições estruturais, incentivos e perspectivas de progressão na carreira, foram classificadas com má, de entre as seguintes hipóteses de classificação: excelente, muito boa, boa, razoável ou má. O autor concluiu que de quatro grandes grupos de factores de descontentamento (aspectos estruturais, relações humanas, incentivos e progressão na carreira) apenas as relações humanas foram classificadas positivamente pelos profissionais de saúde. Os três restantes grupos de índole estrutural ou associados ao sistema de saúde e de remuneração foram classificados negativamente.

Foi realizado em 1999, por Rocha, um trabalho que integrava uma escala de satisfação organizacional e uma escala de realização de expectativa sobre o contexto de trabalho. A população estudada era constituída por trinta e sete enfermeiros chefes a exercer funções de gestão nos serviços de internamento do hospital de S. João. Dos resultados obtidos sobre a satisfação organizacional, pôde-se concluir que estes se encontravam satisfeitos, com uma média de 5,46 numa escala de 1 a 7. Os aspectos que intervinham positivamente na satisfação dos enfermeiros, prendiam-se com: o trabalho que realizavam, a colaboração e clima de relação com os colegas e a competência e funcionamento dos seus subordinados. Os factores que menos

contribuíam para a satisfação eram: a remuneração, a colaboração do director do serviço e a participação e colaboração do enfermeiro supervisor na gestão do serviço. Por outro lado, os indicadores que tinham uma relação mais significativa com a satisfação, eram: possibilidade de trabalhar em equipa, ambiente de trabalho, relação com as pessoas e trabalho variado e criativo. Verificou, ainda, que o trabalho realizado pelos enfermeiros era o que mais os satisfazia. De relevante, considerou, ainda, o facto de os enfermeiros chefes não valorizarem a possibilidade de participar em tomadas de decisão. Não se verificou relação entre as características sócio biográficas e a satisfação organizacional.

Foi também realizado, por Fonseca em 1999, um estudo dirigido aos enfermeiros gestores, com o objectivo de avaliar a satisfação profissional destes. Com uma amostra predominantemente do sexo feminino, com uma média de idades de 48 anos, o grau académico que predominava era a licenciatura ou equivalente legal. No que se referia à avaliação da satisfação, foi utilizado, como instrumento de colheita de dados, uma escala de Porter adaptada por Luís Graça. A avaliação da satisfação foi feita pela análise da realização das expectativas dos indivíduos, tendo por base as necessidades humanas, e utilizada uma escala numérica de um a sete, aplicada a um total de trinta questões. Considerando os resultados, de entre as conclusões que o autor obteve, é de salientar que a média dos enfermeiros verificava uma “não satisfação” fraca. Salienta-se, ainda, o facto de a subsistência (pagamento) estar no último escalão, apesar do cargo que a maioria ocupava e quase metade ter horário acrescido; a estima foi a necessidade mais satisfeita; a avaliação em relação à auto-estima e à auto-imagem era positiva; a autonomia por outro lado verificava uma “não satisfação” fraca. Na importância atribuída por necessidade, a estima (a mais satisfeita) foi a que consideraram menos importante, em oposição à segurança que foi considerada a mais importante. A subsistência, apesar de menos satisfeita, foi considerada também pouco importante. A autonomia e a auto-realização foram consideradas muito importantes.

Gonçalves (1999) realizou um estudo sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros chefes em dois hospitais centrais da zona centro do país. Usou a escala de satisfação profissional adaptada de Porter por Luís Graça. Os dados revelaram um baixo nível de “não satisfação”, os homens estavam mais satisfeitos que as mulheres e eram as necessidades de subsistência e segurança que estavam menos satisfeitas,

sendo as necessidades de estima, as mais concretizadas. Quanto à importância atribuída às respectivas necessidades, segurança e auto-realização, eram consideradas como as mais importantes.

Disponível na internet está um trabalho de Luís Graça sobre satisfação e stress dos médicos dos Centros de Saúde. O cálculo da discrepância entre expectativas (E) e resultados (R), foi a metodologia utilizada na avaliação da satisfação. Usou um conjunto de 47 itens agrupados em oito dimensões, em que o resultado de cada item era obtido por E-R numa escala de 0 a 10. Os melhores *scores* foram: segurança no emprego, relação médico de família/utente, autonomia e poder, realização pessoal e profissional, desempenho organizacional, *status* e prestígio. Segurança no emprego, *status* e prestígio foram considerados, simultaneamente, os mais e os menos importantes; os piores referiam-se a: condições de trabalho e saúde, relações de trabalho e suporte social, remuneração. Os médicos em exclusividade estavam menos insatisfeitos; os resultados dos inquéritos sugeriam que a satisfação profissional dos médicos do SNS era independente da região (ou ARS). As mulheres estavam menos insatisfeitas que os homens e a satisfação era maior naqueles que exerciam outro conteúdo funcional para além das funções de médico.

Quanto ao nosso trabalho, e em termos comparativos com estudos já realizados, nomeadamente sobre profissionais de enfermagem, a amostra avaliada, com um número de casos de dimensão considerável (n=209) e com origem em seis hospitais da zona norte, apresenta características gerais que são aceites como habituais. Disto é reflexo: a média de idades (33,34 anos), a distribuição por sexo (mulheres 91,88% e homens 8,12%; o grau académico, tendo em conta a recente evolução no ensino da enfermagem (72,00 % de bacharéis); o número considerável de profissionais com vínculo laboral ao Ministério da Saúde (77,99 %), e que resulta, em termos globais, da oferta de trabalho, pela referida entidade patronal, ser superior à procura; também pelo mesmo motivo, 28,22 % dos profissionais encontram-se numa situação de pluriemprego, e 61,20 % tiveram oportunidade de escolher o Serviço onde trabalham; quanto às categorias profissionais, a distribuição forma uma pirâmide, o que é retractado pelas percentagens das três principais categorias, nomeadamente, enfermeiro-chefe, com 4,29 %, enfermeiro especialista, com

14,11%, e enfermeiro de nível I, com 81,59 %. Desta análise, podemos concluir que, em termos globais, a amostra estudada tem um perfil sócio-biográfico que não se afasta das características da população nacional de enfermeiros.

Para avaliarmos o grau de satisfação no trabalho, utilizamos dois instrumentos diferentes. Um, constituído por uma questão directa sobre o sentimento de satisfação laboral, por nós denominado de Satisfação Unidimensional (SUD), outro, composto por um conjunto de sete perguntas sobre o grau de satisfação sentida a propósito de sete parâmetros que caracterizam a sua actividade profissional, e que designamos de Satisfação Global (SG), já que o resultado foi obtido, quer pelo somatório das respostas, quer pelas suas médias. Tanto estas respostas, como outras, às quais nos referiremos adiante, foram dadas em função de uma escala de Lickert adaptada, com um valor numérico de um a sete. Assim, podemos constatar, que, na amostra total, tanto utilizando a SUD, com o valor médio de 4,7, como a SG, com uma média de 4,58, há uma satisfação moderada no trabalho. Com estas duas formas diferentes de avaliar a satisfação laboral, verificamos que o valor é sobreponível, havendo uma forte correlação entre as duas avaliações.

Verificamos que as sete questões utilizadas para a determinação da SG contribuíram, de forma positiva e estatisticamente significativa, para o valor global obtido.

Também estudamos a não satisfação laboral, utilizando para este fim, a diferença entre as expectativas de trabalho e os contextos de trabalho (DEC), observados através de dezoito parâmetros, sobre características individuais, laborais e sociais, com reconhecida relação com a satisfação no trabalho. Assumindo que a diferença entre o esperado e o real é sempre superior a dois, estamos perante uma situação de não satisfação, e tendo nós obtido um valor médio para essa diferença de 1,73, podemos dizer que, em termos gerais, não se observou um estado de não satisfação. A relação entre a DEC, as SUD e SG traduz-se por correlações negativas, com forte significado estatístico, o que nos permite tirar a ilação de que estes três instrumentos para avaliar a satisfação/não satisfação têm capacidade de discriminação sobreponível. Assim, optamos por utilizar, como medida da satisfação no trabalho, no restante estudo, a SUD.

Na tentativa de verificar qual o grau de satisfação dos enfermeiros de pediatria, agrupados de acordo com os hospitais onde trabalham, verificou-se, em

todos, uma satisfação moderada, com valores médios entre 5,24 e 4,42, tendo-se, no entanto, observado algumas diferenças estatisticamente significativas, sendo as mais evidentes entre o Hospital de S. Marcos, em Braga, e o Hospital de S. João, no Porto, respectivamente os hospitais cujos profissionais apresentaram o maior e o menor valor médio de satisfação. A recente reestruturação do Serviço de Pediatria, com novas infra-estruturas e uma importante reorganização funcional, após um período relativamente longo de difícil funcionamento de causa multifactorial, pode explicar o maior grau de satisfação observado no Hospital de S. Marcos. Pelo contrário, a grande dimensão do Departamento de Pediatria, a elevada rotatividade de pessoal, devido, por um lado, à elevada taxa de ocupação e, por outro, à escassez de pessoal.

Tendo em conta que a amostra se pode sub-agrupar de acordo com parâmetros sócio-biográficos avaliados, fizemos o estudo da relação existente entre os diferentes grupos e a SUD. Se por um lado o aumento da idade e a categoria profissional mais elevada parecem corresponder a níveis superiores de satisfação, por outro, no que respeita à graduação académica, o grupo de profissionais com menor grau apresentou maior grau de satisfação. Enquanto é previsível que, para grande parte das profissões, com os aumentos da idade e da categoria profissional, haja um aumento da satisfação, o que pode ser justificado por um aumento geral de regalias laborais, já não é habitual que, pelo mesmo motivo, o maior nível de satisfação seja observado em grupos com grau académico mais baixo. Há, no entanto, uma particularidade, no caso da enfermagem, e que se prende com as diversas e sucessivas alterações observadas nos últimos anos quanto ao grau académico obtido com a formação inicial. Actualmente, grande parte dos profissionais mais velhos, eventualmente com maior categoria profissional, tiveram uma formação conferente de um baixo grau académico.

Em relação à divisão por sexo, oportunidade de escolha do Serviço e vínculo laboral, não foram encontrados resultados que permitam associar a sua variação com diferentes graus de satisfação.

Quanto aos dezoito parâmetros avaliados sobre a realidade laboral, englobando aspectos relacionados com as características do trabalho, do indivíduo e da organização social, destacam-se como factores determinantes para a satisfação, por ordem decrescente de importância, a comunicação organizacional, o horário de trabalho, as condições físicas no trabalho, a autonomia e a remuneração. Poderemos,

em consequência desta avaliação, inferir que otimizando estes parâmetros poderemos melhorar a satisfação no trabalho destes profissionais.

Neste sentido, os resultados obtidos sugerem as seguintes conclusões:

- Em termos globais, os enfermeiros de pediatria encontram-se moderadamente satisfeitos;
- A não satisfação dos enfermeiros de pediatria, verificada através da diferença entre as expectativas e os contextos actuais de trabalho, varia inversamente com a satisfação, o que foi demonstrado pela forte correlação negativa observada entre as duas variáveis;
- Quanto ao grau de satisfação dos enfermeiros de pediatria nos diferentes hospitais estudados, destacam-se os profissionais sediados no Hospital de S. Marcos, em Braga, e no Hospital de S. João, no Porto, surgindo, como os mais e os menos satisfeitos, respectivamente;
- No que respeita a parâmetros socio-biográficos, se por um lado o aumento da idade e a categoria profissional mais elevada parecem corresponder a níveis superiores de satisfação, por outro, no que respeita à graduação académica, o grupo de profissionais com menor grau apresentou maior grau de satisfação. Em relação aos parâmetros sexo, oportunidade de escolha do Serviço e vínculo laboral, não foram encontrados resultados que permitam associar a sua variação com diferentes graus de satisfação;
- Dos dezoito parâmetros avaliados sobre a realidade laboral, englobando aspectos relacionados com as características do trabalho, do indivíduo e da organização social, destacam-se como factores determinantes para a satisfação, por ordem decrescente de importância, a comunicação organizacional, o horário de trabalho, as condições físicas no trabalho, a autonomia e a remuneração.

A elevada satisfação por nós sentida, ao terminarmos este estudo, resulta, por um lado de termos encontrado respostas para as nossas questões de investigação, por outro, pela motivação que sentimos em continuar a trabalhar nesta área científica.

BIBLIOGRAFIA

ADAM, Evelyn – *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

ALMEIDA, Fernando Neves – *Psicologia para Gestores: Comportamentos de Sucesso nas Organizações*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, 1999.

BEAUCHAMP, Chantal - *Revolução Industrial e Crescimento Económico no Séc. XIX*. Lisboa: Edições 70, 1998.

BENTO, Maria da Conceição - *Cuidados e Formação em Enfermagem, que Identidade?*. Lisboa: Fim de Século Edições, 1997.

CARVALHO, Maria Manuela Montezuma – *A Enfermagem e o Humanismo*; Loures: Lusociência, 1996.

CHAMBEL, Maria José; CURRAL, Luís - *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Texto Editora, 1995.

CHIAVENATO, Idalberto – *Administração nos Novos Tempos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIAVENATO, Idalberto – *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 4ª ed. S. Paulo: Makron Books, 1993.

CIPOLA, Carlo M.- *História Económica da Europa Pré-industrial*. Lisboa: Edições 70, 1974.

COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, 2ª ed. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSEIL, Isabelle – *La Personnalité de L'infirmière, et son Incidence sur ce choix Professionnel*. Paris: Éditions Lamarre-Poinat, 1990.

CRONIN-STUBBS, Diane – Job Satisfaction and Dissatisfaction: Among New Graduate Staff Nurses. *The Journal of Nursing Administration*. (Dezembro 1977), p.44 – 50.

DINGWALL, Robert [et al] – *Na Introduction to the Social History of Nursyng*. London: Routledge, 1988.

DICIONÁRIO Enciclopédico – 3ª ed.Lisboa: Seleções do Reader's Digest, 1980. vol 1.

DONAHUE, M. Patricia – *História de la Enfermaria*. Barcelona: Edições DOYMA, 1985.

ELLIS, Janice Rider; HARTLEY, Celia Love – *Enfermagem Contemporânea, Desafios, Questões e Tendências*, 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

ENCICLOPÉDIA Luso-Brasileira de Cultura. Lisboa: Verbo, 1963-1980.

FERNANDES, Eda C.; BECKER, João Luiz – *Qualidade de Vida no Trabalho*. Comunicação em Congresso, 1990.

FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FERREIRA, J. M. Carvalho [et al.] – *Psicossociologia das Organizações*. Alfragide: McGraw Hill de Portugal, 1998.

FERREIRA, Pedro L. – Satisfação dos Profissionais de Enfermagem: Construção e Aplicação de um Instrumento de Medição. *Saúde Infantil*. Coimbra, n. 18 (Abril 1996), p. 31 – 40.

FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri – Trabalho em Equipa: o Contributo dos Enfermeiros. *Sinais vitais*. N.º 10 (Janeiro 1997), p. 19 – 22.

FILIFE, Eduardo Tondela – A Enfermagem Portuguesa, Passado, Presente e Futuro, parte 1. *Nursing*. n. 69 (Outubro, 1993), p. 7 – 13.

FILIFE, Eduardo Tondela – A Enfermagem Portuguesa, Passado, Presente e Futuro, parte 2. *Nursing*. n. 70 (Novembro, 1993), p. 10 – 13.

FONSECA, José António Veiga – *Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas na Prestação de Cuidados*. Porto: Dissertação do Curso de Administração de Serviço de Enfermagem.

FONSECA, José António Veiga – *Satisfação Profissional dos Enfermeiros Gestores*. Coimbra: 1999. Tese de Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência, 1999.

FRANCÈS, Robert – *Satisfação no Trabalho e no Emprego*. Porto: Rés-Editora, 1984.

GLÓRIA, Jorge – Orientações Metodológicas na Psicologia Social. In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta – *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. cap IV. p. 61 – 88.

GONÇALVES, Águeda da Assunção – Satisfação Profissional em Enfermagem: Resultados Empíricos. *Revista Sinais Vitais*. N.º 23 (Março, 1999), p.19 – 22.

GRAÇA, Luís – A Satisfação Profissional dos Médicos de Família do S. N. S. Extrato da internet (2001), <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos27.html>

GRAÇA, Luís – Equipa e Trabalho em Equipa – Lisboa: *Dirigir*. n.º 29 (Jan/Fev, 1994), p. 37 - 40.

GRAÇA, Luís – *Motivação e Satisfação no Trabalho*. Textos 1074. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, [199?]. (Cadeira de Ciências Sociais e Humanas).

GRAÇA, Luís – *Satisfação Profissional dos Médicos e Enfermeiros com funções de Chefia no Hospital* Exercícios 235. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, [199?]. (Cadeira de Ciências Sociais e Humanas).

GRANDE Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. Lisboa: Verbo, [196-]. vol. 17, 27, 32.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência, 2000.

JESUÏNO, J. Correia; SOCZKA, L.; MATOSO, J. Guerreiro – Aferição de uma Escala de Atitudes para Avaliação da Satisfação no Trabalho. *Psicologia*. Lisboa: Vol.IV, n.º1/2 (1983), p. 103 – 120.

KRAMER, Marlene; HAFNER, Laurin P. – *Shared Values: Impact on Staff Nurse Job Satisfaction and Perceived Productivity*. *Nursing research*. Vol. 38 n.º 3. (Maio-Junho, 1989). p. 172 – 177.

KURCGANT, Paulina [et al.] – *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1991.

LARSON, Elaine [et al] – *Job satisfaction: assumptions and complexities*. *The Journal of Nursing Administration*. (Janeiro, 1984). p.31 – 38.

LAVADINHO, Joaquim – Integrar a Motivação na Organização: *Dirigir*. (Janeiro-Fevereiro, 1991). n.º 16. p. 83 – 85.

LAZURE, Hélène – *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

LIMA, Maria Luísa; VALA, Jorge; MONTEIRO, M. Benedita – Os Determinantes de Satisfação Organizacional; Confronto de Modelos. *Análise Psicológica*. Lisboa: Vol. VI, n.º 3/4 (1988), p. 441 – 457.

LOPES, Manuel José – *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns Dados e Implicações*. Porto: Associação Portuguesa dos Enfermeiros, 1999. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

LUCAS, João S. – *Satisfação Profissional: Problema de gestão ou administração de recursos humanos? – O caso da enfermagem* – *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 2, n.º 2, Abril/Junho 1984. p. 31 - 37

MAKEOWN, Thomas - *As Origens da Doença Humana*. Lisboa: Caminho, 1990.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria – *Técnicas de Pesquisa: Planeamento e Execução de Pesquisas, Amostras e Técnicas de Pesquisa, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados*. 2ª ed. S. Paulo: Editora ATLAS, 1990.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. – *Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e aplicação*. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MARRINER, Ann – *Análisis de las Teorías de Enfermería; Modelos y Teorías de Enfermería*; Barcelona: Ed. Rol, 1989.

MARRINER-TOMEY, Ann – *Administración y Liderazgo en Enfermería*. 5ª Ed. Madrid: Editora Harcourt Brace, 1998. cap. 20.

MÉDA, Dominique – *O Trabalho, um Valor em Vias de Extinção*. Lisboa: Fim de Século Edições, 1999.

MEGGINSON, Léon et al. *Administração, Conceitos e Aplicações*. S. Paulo: Harbra, 1986.

MONTEIRO, João Manuel Logarinho – Satisfação em Saúde numa Perspectiva da Garantia de Qualidade. *Boletim do Hospital Distrital de Bragança*, Vol. 1, n.º 2, (1991), p. 17 - 38

MUCCHIELLI, Alex - – *Méthodologie: Méthodologie d'une Recherche Qualitative en Soins Infirmières*. *Recherche en Soins Infirmières*. N.º50 (Setembro de 1997), p 65 – 70.

NEVES, Augusto Lobato – *Motivação para o trabalho: dos conceitos às aplicações*, 1ª Lisboa: ed. Editora RH, 1998.

NOVA Enciclopédia Larousse, Lisboa: Círculo de leitores, 1994. vol. 20.

PEREIRA, Mário – Satisfação e Stress Profissional dos Médicos de Família dos Centros de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 16, n. 4 (Outubro/Dezembro 1998). p. 57 – 59.

POLETTI, Rosette – *Cuidados de enfermeria*. Barcelona: Ediciones Rol, 1980.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral dos Hospitais. *Saúde em Portugal: uma Estratégia para o Virar do Século 1998-2002: Orientações para 1998*. Lisboa: M. S., 1998.

PRZESTRZELSKI, David, RN, MS – *Decentralization: Are Nurses Satisfied?: JONA*. Vol. 17, n 11, Novembro de 1987. p 23 – 28.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – Manual de Investigação em Ciências Sociais; Trajectos. Lisboa: Gradiva – Publicações, 1998.

RICHARD, Jean-François – Méthodologie: La résolution de problèmes. *Recherche en soins infirmières*. N.º50, Setembro de 1997. p 47 - 54

ROBBINS, Stephen P. – *Comportamento organizacional*; 8ª ed. Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.; Rio de Janeiro, 1998

RODRIGUES, Maria de Lurdes – Atitudes da População Portuguesa Perante o Trabalho. *Organizações e trabalho*. n.º14, (Dezembro de 1995).

ROGERS, Bonnie - *Enfermagem do Trabalho, Conceitos e Prática*. Loures: Lusociência, 1997.

RULLIÈRE, Catherine; LEVIONNOIS, Michel – *A Empresa Humana*. Porto: RÉ-Editora Lda.

SAINDON-LAROSE, Diane, MSInf; RAINVILLE, Thérèse, Ded – La Satisfaction au Travail des Infirmières Psychiatriques – *L'infirmière Canadienne*. (Setembro de 1993), p. 47 – 50.

SANTOS, Aníbal Custódio – O Ideal do Ego e a Satisfação Profissional. *Revista Referência, Educação e Formação em Enfermagem*. n.º 0, (Janeiro de 1998) p. 59 a 67.

SANTOS LUCAS – Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde: Teorias e Conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde*. Vol. 2, n.º 1 (Janeiro/Março 1984) p. 63 a 68.

SCHERMERHORSN, John R., Jr – *Administração*. 5ª ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora, 1999.

SLAVITT, Dinah B. et all – Nurses' Satisfaction with Their Work Situation. *Nursing research*. Vol. 27, n.º2. (Março-Abril 1978).p. 114 – 120

VALA, Jorge et al – *Psicologia Social das Organizações: Estudos em Empresas Portuguesas*. Oeiras: Celta editora, 1994.

VALA, Jorge; PEREIRA BASTOS, José Gabriel; CATARRO, M. Helena – Dimensões das Motivações para o Trabalho. *Psicologia*. Lisboa: vol. IV, n.º3/4 (1983), p. 251 – 260.

WRIGHT, Rochelle, RN, MN; DORSAY, Beth, RN; MN – Nurses in Independent Practice: is Society Ready? *The Canadian Nurse*. Canadá: (Agosto de 1994), p. 35 – 37.

WILSON, Jo – *The Path to Success?. Integrated Care Management*. Oxford: ed. Butterworth-Heinemann, 1997.

ANEXO

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM/PEDIATRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

QUESTIONÁRIO

**CONTEXTOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE PEDIATRIA
E A SUA SATISFAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO**

Caro(a) colega

Solicito-lhe o preenchimento do questionário, em anexo, o qual se destina exclusivamente à realização de um estudo sobre “contextos de trabalho dos enfermeiros de Pediatria e a sua satisfação na organização”, no âmbito de um trabalho de mestrado em Ciências de Enfermagem/Pediatria.

Agradeço que responda a todas as questões com o máximo de veracidade não deixando respostas em branco. Recordo que, a ausência de resposta, anula a sua opinião.

Afim de garantir a confidencialidade, depois de responder ao questionário, coloque-o no envelope, feche-o, e entregue-o à Enf.- chefe do serviço, até ao dia ____ / ____ / ____.

A sua colaboração quer no preenchimento, quer no cumprimento da data de entrega é fundamental para o sucesso deste estudo.

Agradeço, desde já, a sua colaboração, com os melhores cumprimentos.

Lúisa Maria Costa Andrade
2000

ESCALA DE REALIZAÇÃO DE EXPECTATIVAS SOBRE O CONTEXTO DE TRABALHO

Primeira parte – Características que o seu trabalho deveria ter.

Indique, em que medida, **seria importante** para si, que cada um dos seguintes parâmetros estivesse presente no seu trabalho. Assinale, com um círculo, o número correspondente à sua escolha.

Boas condições de trabalho (luz, temperatura, ruído, etc.).

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
Não é importante		É pouco importante		É importante		É muito importante

Trabalho interessante e estimulante.

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
Importante		É pouco importante		É importante		É muito importante

Autonomia (possibilidade agir e pensar com independência).

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
Não é importante		É pouco importante		É importante		É muito importante

Possibilidade de progressão na carreira.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Oportunidades de desenvolvimento e formação.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Comunicação organizacional (rápida, directa, eficiente).

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Horários de trabalho.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Possibilidade de participar em tomadas de decisão.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Reconhecimento do valor profissional pela organização.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Organização do trabalho.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Informação dos objectivos da instituição.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Contactos com outros serviços da instituição.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Possibilidade de trabalhar em equipa.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Trabalho variado.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Trabalho criativo.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Bom ambiente de trabalho, boas relações entre as pessoas.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Boas relações com as chefias.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Remuneração.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não é É pouco É importante É muito
importante importante importante importante

Segunda parte – Características reais do seu trabalho

Classifique, de que forma **existem** no seu trabalho os seguintes parâmetros, assinalando, com um círculo o número da sua escolha.

Organização do trabalho.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe pouco existe o suficiente existe muito

Informação dos objectivos da instituição.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe pouco existe o suficiente existe muito

Contactos com outros serviços da instituição.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe pouco existe o suficiente existe muito

Possibilidade de trabalhar em equipa.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe pouco existe o suficiente existe muito

Trabalho variado.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Trabalho criativo.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Bom ambiente de trabalho, boas relações entre as pessoas.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Boas relações com as chefias.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
Existe pouco o suficiente muito

Boas condições de trabalho (luz, temperatura, ruído, etc.).

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Trabalho interessante e estimulante.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Autonomia (possibilidade agir e pensar com independência).

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Possibilidade de progressão na carreira.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Oportunidades de desenvolvimento e formação.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Comunicação organizacional (rápida, directa, eficiente).

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Possibilidade de participar em tomadas de decisão.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Reconhecimento do valor profissional pela organização.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não existe existe existe
existe pouco o suficiente muito

Horários de trabalho.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não pouco adequado muito
adequado adequado o suficiente adequado

Remuneração.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Não pouco adequado muito
adequado adequado o suficiente adequado

Dados Biográficos

Idade _____ anos

Sexo M- F-

Grau académico que possui actualmente:

- Curso Geral de Enfermagem ou equivalente legal
- Curso Superior de Enfermagem conferente do grau de Bacharel ou equivalente legal
- Curso de Estudo Superior Especial em Enfermagem conferente do grau de Licenciatura ou equivalente legal

Qual o vínculo que possui com o Hospital de

: _____

Categoria profissional:

- Enfermeiro de nível 1
- Enfermeiro Especialista - nível 2
- Enfermeiro Chefe - nível 2

Tempo de exercício:

Na profissão _____ anos _____ meses

Na instituição _____ anos _____ meses

No serviço actual _____ anos _____ meses

Escolheu o serviço onde trabalha? Sim Não

Já pediu (ou pensou seriamente pedir) transferência de serviço e/ou instituição onde trabalha? Sim Não Se sim, para qual? _____

Exerce a sua actividade em situação de pluriemprego? Sim Não

NOTA: Por favor verifique se respondeu a todas as questões.