



Universidade de Aveiro Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do
2012 Território

**Neuza Diana Oliveira
Maia**

**Satisfação em Enfermagem: comparação entre setor
público e privado**



**Neuza Diana Oliveira
Maia**

**Satisfação em Enfermagem: comparação entre setor
público e privado**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora M.^a Teresa Carvalho, Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais, ao Pê e à Né por tudo.

O júri

Presidente

Prof. Doutor Rui Armando Gomes Santiago, é professor associado com Agregação do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor José Arménio Belo da Silva Rego, é professor auxiliar com agregação do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Prof^a Doutora Teresa Carvalho, é professora auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço à Doutora Teresa Carvalho pela orientação, compreensão e motivação ao longo destes anos.

Agradeço aos meus pais e à minha irmã por sempre acreditarem que eu conseguia.

Agradeço ao Pê por, pacientemente, me ouvir lamentar imensas vezes que ia desistir, nunca mo deixar fazer e dar-me todo o apoio para concretizar.

Agradeço aos meus amigos, nomeadamente o Ricardo, e todos os meus colegas enfermeiros que contribuíram de alguma forma para a conclusão deste estudo.

palavras-chave

Satisfação; Satisfação Profissional; Enfermagem; Gestão Pública; Gestão Privada.

resumo

A satisfação profissional, enquanto fenômeno, tem sido amplamente estudada e reconhecida como parte integrante dos cuidados e um indicador da sua qualidade. Porém, o atual contexto de pressão socioeconômica, com mudanças significativas no setor da saúde, quer financeira quer organizacionalmente, motiva a análise da influência destas medidas na satisfação dos profissionais.

Delineou-se então este estudo quantitativo, cujo objetivo principal é comparar a “Satisfação no Trabalho” dos enfermeiros que exercem funções no setor público e no setor privado. Analisou-se também a influência de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais nessa satisfação. Para esse efeito, utilizou-se a “Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros” (EAST-Enf) (Frederico e Loureiro, 2011), através de um inquérito *on-line*. Participaram 220 enfermeiros de todo o país (170 no setor público e 50 no setor privado), selecionados através do método de “bola de neve”.

Os resultados evidenciam, em termos gerais, insatisfação dos enfermeiros com o seu trabalho. Esta é mais marcada nos índices “*Satisfação com Benefícios e Recompensas*” e “*Satisfação com Promoção*”. Ao invés, é maior a “*Satisfação com Contexto de trabalho*” e com a “*Satisfação no Relacionamento com a Equipa*”. Foi também avaliada a “*Satisfação com o relacionamento com o chefe*” e a “*Satisfação com a comunicação*”. Não se verificou diferença na satisfação entre setor público e privado, com exceção da periodicidade dos aumentos salariais. Evidenciaram-se ainda correlações entre a satisfação (ou algumas das suas dimensões) e as variáveis: Idade, Habilitações Académicas, Categoria Profissional, Tempo de Serviço, Tipo de Instituição, Trabalho por turnos, Número de entidades empregadoras, Remuneração Mensal, Periodicidade dos aumentos e Pagamento de Incentivos.

Conclui-se que o estatuto jurídico da instituição não exerce influência significativa na (in)satisfação no trabalho dos enfermeiros. Determinaram-se, no entanto, importantes implicações para a prática e gestão das unidades de saúde, nomeadamente a importância de considerar as características pessoais e profissionais dos enfermeiros na planificação das suas atividades diárias.

keywords

Satisfaction; Professional Satisfaction; Nursing; Public Management; Private Management.

abstract

As phenomenon, professional satisfaction has been largely studied and recognized as a component part of care and also a quality indicator. However, the socioeconomical pression in the present context with significant changes in the health section, as financial or organizationally, induces the analysis of these measures in professionals' satisfaction.

A quantitative study is then outlined with the main purpose to compare "Work Satisfaction" of nurses who work in the public setor with those who work on private setor. It has also been studied the influence of some sociodemographic and professional variables. Thus, it was used Work Satisfaction Evaluation Scale for Nurses (EAST - Enf) (Frederico & Loureiro, 2011), through an on-line inquiry where 220 Portuguese nurses have taken part in (170 in the public setor and 50 in private one) and they were chosen through the Snow ball method.

Outcomes generally show an insatisfaction of nurses with their job. This is more significant on "Satisfaction with Benefits and Reward" and with "Satisfaction with Promotion" indexes. On the other hand, the "Satisfaction with Work Context" and "Satisfaction in Relationship with colleagues" is higher. "Satisfaction with Chief Relationship" and "Satisfaction with Communication" were also reassessed. There was no observed difference between public and private setor except periodicity of payment wage increase. Correlations between satisfaction – or some of its dimensions – and variables such as age, academic habilitation, professional category, seniority, kind of health institution, shift work, number of employer entities, mensal salary, wage increase periodicity and incentive payment were emphasized in this study.

It can be concluded that the legal status of the institution does not have as significant influence through (un)satisfaction of nurses work. Yet, important implications were decisive to the practice and management of health units, namely the interest to consider nurses professional and personal characteristics in their daily activities planification.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	7
1.1. Evolução do Sistema de Saúde Português.....	8
1.2. Financiamento e Modelos de Pagamento em Saúde.....	18
1.3. Gestão Pública <i>versus</i> Gestão Privada.....	22
2. A EVOLUÇÃO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL	31
2.1. Perspetiva Histórica.....	32
2.2. Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem	39
3. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	45
3.1. Conceito e Teorias de Satisfação profissional.....	45
3.2. Satisfação Profissional em Enfermagem.....	51
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
1. METODOLOGIA	59
1.1. Questões e Hipóteses de Investigação.....	59
1.2. População e Amostra.....	60
1.2.1. Caracterização Geral da Amostra.....	61
1.3. Instrumento de Colheita de Dados e Estudo de Fidelidade.....	66
1.3.1. Questionário Sociodemográfico, Profissional e Laboral.....	66
1.3.2. Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (EAST-Enf).....	67
1.4. Procedimentos de Colheita de Dados.....	70
1.5. Tratamento Estatístico dos Dados.....	70
1.6. Princípios Éticos.....	72
III. ESTUDO EMPÍRICO	73
1. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
CONCLUSÃO	95
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	
Anexo I – Questionário Eletrónico	
Anexo II – Autorização para utilização da Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (EAST-Enf)	

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Índice de Quadros

Quadro 1.	Evolução da estrutura hospitalar portuguesa.....	24
Quadro 2.	Estatísticas resumo da variável <i>idade</i> dos enfermeiros (n=220).....	61
Quadro 3.	Estatísticas do resumo da variável <i>Anos de Serviço</i> dos enfermeiros (n=220).....	63
Quadro 4.	Itens que compõem a EAST-Enf divididos pelas subescalas.....	68
Quadro 5.	Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala da “EAST-Enf” e se apagados os itens e respetivos coeficientes de consistência interna de Cronbach.....	69
Quadro 6.	Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (com correção de significância de Lilliefors) para avaliação da aderência à normalidade da variável “Satisfação no Trabalho” para a variável “Tipo de Gestão” (n=220).....	71
Quadro 7.	Medidas resumo das subescalas e da pontuação total da EAST-Enf (n=220).....	74
Quadro 8.	Medidas resumo da pontuação dos 25 itens da EAST-Enf (n=220).....	75
Quadro 9.	Medidas resumo da pontuação total da EAST-Enf (n=220).....	75
Quadro 10.	Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Tipo de Gestão” (N=220).....	77
Quadro 11.	Resultados do teste de Mann-Whitney referentes aos itens da subescala “Satisfação com Benefícios e Recompensas” em função da variável “Sistema de Gestão” (N=220).....	78
Quadro 12.	Correlação entre a <i>Idade</i> dos Enfermeiros e a “Satisfação no trabalho” (n=220).....	81
Quadro 13.	Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Género” (N=220).....	82
Quadro 14.	Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Estado Civil” (N=220).....	82
Quadro 15.	Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Habilitações Académicas,” incluindo análises post-hoc com o teste de Mann-Whitney (N=220).....	83
Quadro 16.	Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Categoria Profissional” incluindo análises post-hoc com o teste de Mann-Whitney (N=220).....	86
Quadro 17.	Correlação entre o <i>Tempo de Serviço</i> dos Enfermeiros e a “Satisfação no trabalho” (n=220).....	87
Quadro 18.	Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Tipo de Instituição” (N=161).....	88
Quadro 19.	Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Trabalho por turnos” (N=220).....	89
Quadro 20.	Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Número de entidades empregadoras” (N=220).....	91
Quadro 21.	Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Remuneração Mensal” incluindo análises Post-hoc com o teste de Mann-Whitney (N=217).....	92

Quadro 22.	Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Periodicidade dos aumentos” (N=211).....	93
Quadro 23.	Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Pagamento de Incentivos” incluindo análises Post-hoc com o teste de Mann-Whitney (N=220).....	94

Índice de Tabelas

Tabela 1.	Distribuição dos elementos da amostra em função das características Sociodemográficas (n= 220).....	62
Tabela 2.	Distribuição dos elementos da amostra em função das características Profissionais (n=220).....	64
Tabela 3.	Distribuição dos elementos da amostra em função das características laborais (n= 220).....	65

Índice de Gráficos

Gráfico 1.	Distribuição dos elementos da amostra em função do distrito da instituição em que desempenham funções (n= 220).....	62
-------------------	---	----

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
AD – Avaliação de Desempenho
CIT – Contratos Individuais de Trabalho
CRI – Centros de Responsabilidade Integrados
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTFP – Contratos de Trabalho em Funções Públicas
CV – Coeficiente de Variação
EAST-Enf – Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros
EPE – Entidade Pública Empresarial
Et al. – *Et alii* (E outros)
EUA – Estados Unidos da América
GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos
ICN – Conselho Internacional de Enfermagem
Mín/Max – Mínimo/Máximo
N – Frequência de casos
n.^o – Número
NGP – Nova Gestão Pública
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
p – Nível de significância
p. – Página
pp. – Páginas
PPP – Parcerias Público-Privadas
r – Coeficiente de correlação de *Pearson*
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SA – Sociedade Anónima
SIADAP – Sistema Integrado da Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SIGIC – Sistema de Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
s – Desvio padrão
USF - Unidades de Saúde Familiar
t – Teste *t-Student*
 \bar{x} – Média
z – Teste *U* de *Mann-Whitney*
 α – *Alfa* de *Cronbach*
 β – Coeficiente de determinação

INTRODUÇÃO

É hoje incontestável que o trabalho ocupa um lugar central na vida de cada indivíduo, constituindo-se uma importante fonte de prazer e felicidade para a maioria das pessoas. Neste sentido, o conceito de satisfação é indissociável da vida de cada pessoa, principalmente quando em questão estão profissões com forte pendor comunicacional e relacional, como a Enfermagem.

Remota à antiguidade a preocupação com as razões pelas quais as pessoas agem em determinado sentido, o que as impulsiona a fazer algo, a trabalhar. No passado século Abraham Maslow ficou conhecido pela sua teoria da hierarquia das necessidades, tendo concluído que os fatores que conduzem à satisfação variam de uma forma hierárquica. Onde abordou temas como a necessidade de exercer um cargo, ter reconhecimento e progresso profissional, entre outros (Batista, Vieira, Cardoso & Carvalho, 2005).

Em termos do processo organizacional das instituições de saúde, “o Século XX ficará talvez lembrado como aquele em que se desenvolveu uma nova filosofia de socialização, responsável por imprimir na saúde uma viragem subsequente ao desenvolvimento científico e tecnológico” (Carvalho, 2002, p. 15). Mas, para além deste desenvolvimento de carácter científico e tecnológico em prole da saúde em Portugal, outras mudanças se protagonizaram e protagonizam ainda hoje. Falamos da “*Nova gestão pública e das reformas da saúde*” (Carvalho, 2007), especificamente na reinvenção do Estado e das profissões na modernização dos sistemas de saúde. Constatou-se que “(...) o papel do Estado, e os modos de organização e funcionamento que devem orientar as instituições que o suportam, se tornou um tema recorrente no âmbito do debate político e académico (*idem*, p. 15).

Paralelamente, “*Compreender os recursos humanos do serviço nacional de saúde*” (Rodrigues, 2002) tem sido “uma tarefa operosa, não apenas pela dimensão do efetivo, com pela dispersão de dados, pelas dúvidas que se levantam sobre algumas fontes e que obrigam a um morosa reverificação (...)” (*idem*, p. 11). Neste âmbito, uma das principais questões que tem sido colocada é se existe ou não diferença na gestão de recursos humanos entre setor público e privado. Muitos autores consideram que não, mas este é, certamente, um tema controverso. Apesar de existirem aspetos em comum, na Administração Pública os gestores têm de aceitar objetivos impostos por organizações exteriores às que gerem, operam em estruturas que lhes são impostas, o sistema de

carreiras está fora do seu controlo, e a prossecução dos objetivos tem que ser efetuada em menos tempo que na gestão empresarial (Rocha, 2007). Pita Barros (2000, p. 2) salienta, no entanto, que “apesar da discussão público versus privado ser também relevante e interessante no campo do financiamento, é mais útil a sua discussão no campo da prestação”.

Antes de mais, importa referir que os recursos humanos – pessoas que integram, permanecem e participam na vida da organização – são os recursos mais complexos, pelo que requerem particular atenção dos gestores, bem como elevados níveis de cuidado, atenção e especialização (Frederico & Leitão, 1999). De acordo com Batista, Santos, Santos & Duarte (2010) os recursos humanos de uma instituição/organização são os agentes que potenciam a qualidade e a eficiência dos seus serviços. Simultaneamente, “uma política de recursos humanos da Saúde é a declaração formal de prioridades, linhas de ação e procedimentos para garantir, do setor da saúde e das pessoas que nele trabalham, a capacidade de resposta necessária para ir ao encontro das expectativas de saúde, presentes e futuras, da população” (Biscaia, Conceição, Martins & Ferrinho, 2003, p.281). Espera-se também que esta política responda às expectativas das pessoas que trabalham neste setor, assegurando o seu bem-estar e garantindo a qualidade do seu desempenho.

A satisfação profissional surge, pois, como tema central deste trabalho, apesar de amplamente estudado nos últimos anos (Batista *et al.*, 2005; Carvalho & Lopes, 2006; Al-Hussami, 2008; Hespanhol, 2008; Murrells, Robinson & Griffiths, 2008; Fontes, 2009; Batista *et al.*, 2010). É naturalmente aceite que uma pessoa satisfeita é mais produtiva, e neste sentido a prestação de cuidados de qualidade pressupõe profissionais satisfeitos. No entanto, este fenómeno não pode ser analisado à parte do contexto socioeconómico em que se insere, nem da evolução do sistema de saúde português até à atualidade.

Foi na década de setenta do passado século que se consolidou, em termos europeus, a mudança para uma “nova” saúde pública, o que em conjunto com os processos de democratização e de descolonização, serviu de enquadramento à criação do Serviço Nacional de Saúde (Silva, 2008). Já em finais da década de 80, com o agravamento da crise económica internacional, evidenciavam-se os discursos centrados na crítica à responsabilidade exclusiva do Estado sobre a proteção das políticas sociais e na promoção do bem-estar. O mesmo se passava no contexto nacional, propagando-se a ideia de que a ineficiência dos cuidados de saúde seria a principal consequência da influência excessiva do Estado (*idem*).

Nesse seguimento, a partir da década de 90, verificou-se uma progressiva privatização do sistema de saúde português, tanto ao nível da gestão e financiamento das unidades de saúde, como ao nível da prestação de cuidados. Assim, as prioridades desta “nova política” para a saúde assentavam na aproximação dos cuidados de saúde primários aos diferenciados, bem como na possibilidade de articulação de formas públicas e privadas de prestação de cuidados de saúde (Silva, 2008).

A estratégia para a saúde era, então, assente em dois pilares fundamentais: os ganhos em saúde e o desenvolvimento de serviços. Além disso, estavam-lhe inerentes novos mecanismos de orientação estratégica e de responsabilização segundo uma “Nova Gestão Pública”. Como referem Silvestre & Araújo (2009), a Nova Gestão Pública tem influenciado a reforma do Setor Público em Portugal nomeadamente com a introdução da medição do desempenho e a definição de indicadores (gestão por resultados).

A globalização económica, o rápido progresso do conhecimento e das tecnologias da informação e da comunicação, obrigam a uma nova relação laboral, na qual a flexibilidade, o conhecimento e a inovação sejam componentes essenciais exigidas. A qualidade e a produtividade na saúde implicam uma organização do trabalho não apenas racional, nos seus métodos e na afetação dos recursos, mas que envolva também os profissionais (Soares, 2007). É a este quadro que os enfermeiros se vão adaptando e reestruturando as suas bases de atuação.

Paralelamente à evolução do sistema de saúde português, também a profissão de enfermagem sofreu mudanças significativas, tendo-se assistido à evolução dos cuidados prestados por religiosas e pessoas indiferenciadas até à definição da carreira de enfermagem e à criação da Ordem dos Enfermeiros, em 1998 (OE, 2010). Para Dias (2009), o desenvolvimento da valorização académica da Enfermagem na última década começa agora a querer mover (com as dificuldades que lhe são inerentes) as organizações de prestação de cuidados de saúde para uma administração empresarial. Pretende-se assim que, a par duma gestão compatível com a sobrevivência económica no tecido empresarial, se respeite o direito do cidadão em aceder a cuidados de saúde, particularmente de enfermagem, com a qualidade que merecem. A motivação para o estudo da Satisfação no Trabalho do Enfermeiro parte do pressuposto básico de que esta componente da vida dos enfermeiros pode ter impacto na segurança do doente, na moral da equipa, na produtividade e performance, qualidade do cuidado, criatividade, comprometimento com a organização e com a profissão, o que pode motivar custos adicionais de substituição de trabalhadores (por exemplo com empresas de prestação de

serviços) e futuras necessidades de contratar e socializar novos elementos (Bowles & Candela *cit in.* Murrells *et al.*, 2008).

A enfermagem é uma profissão que exige uma dedicação especial do profissional, uma vez que o cuidar do outro em sua integralidade não significa apenas resolver os seus problemas físicos (Carvalho & Lopes, 2006). Estes cuidados vão mais além e visam a pessoa corpo, a pessoa sujeito e a pessoa alter, na sua interreação e atendendo ao contexto específico da pessoa (Apóstolo & Gameiro, 2005). A enfermagem é uma ciência humana que não pode estar limitada à utilização de conhecimento relativo às ciências naturais. A enfermagem lida com seres humanos, que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser objetivados e tão pouco considerados como elementos separados. As relações interpessoais e intencionais estabelecidas entre o enfermeiro e o utente, têm sempre inerente o ato de cuidar. Ato que engloba um conjunto de ações e comportamentos interativos, que levam ao desenvolvimento, ao crescimento e à transformação das práticas de enfermagem. Não é difícil compreender que, face às exigências inerentes ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, se este estiver satisfeito com seu trabalho, possivelmente terá maiores condições e técnicas para melhorar a qualidade dessa assistência (Cura & Rodrigues, 1999; Carvalho & Lopes, 2006; Fontes, 2009). Ao invés, se o profissional estiver insatisfeito, pode vir a desenvolver estados patológicos como *stress*, depressão ou ansiedade (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009), que conduzem ao presenteísmo e absentismo (McNeese-Smith, 1996 *cit in.* AL-Hussami, 2008) entre outras consequências indesejáveis, tanto para o indivíduo como para a sociedade. Além disso, vários estudos já demonstraram que enfermeiros mais satisfeitos se correlacionam diretamente com utentes mais satisfeitos (Al-Aameri, 2000 *cit in.* AL-Hussami, 2008).

No entanto, apesar do grande número de estudos sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros na última década, a influência do comprometimento organizacional, a perceção de suporte organizacional, o comportamento de liderança, e o nível de educação têm recebido pouca atenção dos profissionais de saúde (AL-Hussami, 2008).

Manuela Frederico, que tem produzido vasta investigação nesta área, também considerou existir “um quadro restrito de estudos em hospitais com modelos de gestão inovadores e particularmente de estudos com enfermeiros, pois sendo o grupo dominante nas organizações, não está devidamente valorizado e estudado” (2005, p.59). Mas, independentemente do modelo de gestão hospitalar, o que importa é refletir e avaliar o grau de satisfação dos enfermeiros a trabalhar nestas instituições, identificar fatores que

a influenciam, discutir os resultados e propor estratégias para a melhoria das organizações e bem-estar dos seus profissionais (Batista *et al.*, 2010).

Tendo por base o enquadramento dos serviços de saúde em Portugal, atendendo especialmente aos tipos de financiamento, e diante do exposto, o presente estudo teve como principal objetivo avaliar a satisfação com o trabalho dos enfermeiros de forma comparativa entre os que exercem a sua profissão em instituições públicas e privadas do sistema de saúde nacional. Além deste, procura-se identificar em que medida algumas variáveis sociodemográficas, profissionais e laborais podem influenciar positiva ou negativamente essa satisfação.

Para tal, desenvolveu-se um estudo de tipo quantitativo, de caráter exploratório, descritivo e correlacional, recorrendo à aplicação de um inquérito eletrónico a uma amostra nacional de enfermeiros, selecionados pelo método de “bola de neve”. Tendo por base a pesquisa bibliográfica realizada, e com base nos critérios de validade e fiabilidade inerentes ao processo de investigação, selecionou-se a “Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros” (EAST-Enf), desenvolvida por Ferreira e Loureiro (2011; *no prelo*), para integrar o referido inquérito. O tratamento estatístico realizou-se com recurso ao programa SPSS® 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

A apresentação do trabalho realizado divide-se em três partes principais. A primeira corresponde ao enquadramento teórico sobre a satisfação profissional, nomeadamente atendendo à evolução do sistema de saúde português e seus modelos de financiamento, à evolução da profissão de Enfermagem em Portugal, e ao próprio conceito de satisfação *per si*. A segunda parte corresponde à metodologia, que engloba os habituais pontos fundamentais de um estudo deste tipo. Da terceira parte fazem parte a apresentação e análise dos resultados bem como a sua discussão tendo como base o quadro de referência teórico e a nossa experiência, evidenciando aqueles que se consideram mais pertinentes. Finaliza-se o relatório com algumas considerações relativas à aplicação dos resultados deste estudo.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico tem por objetivo a introdução genérica das principais bases teóricas e conceptuais relevantes para a melhor interpretação dos resultados obtidos com o estudo que se pretende realizar.

Na presente análise serão desenvolvidos temas como o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e sua evolução histórica, os modelos de financiamento em saúde, a distinção possível entre setor público e setor privado, a evolução da profissão de enfermagem e a gestão de recursos humanos, e por fim a satisfação, como um conceito interpretado por diferentes teorias e aplicado à enfermagem, enumerando alguns estudos nesta área.

1. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Os sistemas de saúde são constituídos pelo conjunto de recursos, atores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de ações de saúde. A prestação de serviços baseia-se na realização das referidas ações de saúde, considerando-se como tal, todas as atividades cujo objetivo primário é promover ou proteger a saúde. Baseia-se numa rede de serviços cujo objetivo é proporcionar um ótimo nível de saúde às pessoas, proteger dos riscos de adoecer, satisfazer as necessidades individuais neste campo e distribuir de forma equitativa o nível de saúde (OPSS, 2003).

Em Portugal, os serviços oficiais para a prestação de cuidados de saúde à população encontram-se organizados no SNS. Segundo o Decreto Lei 10/93 de 15 de janeiro, é descrito como um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente as Organizações Hospitalares, as Unidades Locais de Saúde, os Centros de Saúde e os Agrupamentos dos Centros de Saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde.

O SNS tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva, garantindo o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

As reformas na saúde são um processo de transformação cultural, mais que uma operação técnico-normativa, que definem prioridades. Estas prioridades não se baseiam apenas na expressão de uma vontade política traduzida num maior financiamento ou numa gestão mais controlada do SNS, assentam em desafios à sociedade, que requerem que os atores sociais da saúde se assumam simultaneamente como sujeitos e objetos de um processo de mudança (Sakellarides, 2000).

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

No sentido de compreender cronologicamente estes processos de mudança e reforma no nosso sistema de saúde, importa caracterizá-lo, o que permitirá uma melhor compreensão do mesmo e das suas repercussões na sociedade. Assim, este primeiro capítulo encontra-se subdividido em duas partes principais: numa primeira parte analisa-se a evolução do Sistema de Saúde Português, até à atualidade; numa segunda parte, atende-se ao financiamento e modelos de pagamento na saúde, enfatizando-se a distinção entre o setor público e privado.

1.1. Evolução do Sistema de Saúde Português

O conhecimento da evolução do SNS é importante no sentido de melhor compreender os fatores que mais influenciam o seu desenvolvimento e a sua configuração atual.

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo relativamente curtos, transformações bastante importantes como a democratização e descolonização (1974), a entrada na CEE (1985) e a integração na União Monetária Europeia (2000), tudo isto num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

Para uma melhor compreensão de todos os dados históricos da evolução do SNS, é importante uma sistematização temporal, definindo períodos.

Baganha, Ribeiro e Pires (2002) caracterizam o SNS estratificando-o em períodos: *até 1974, entre 1974 e 1990, depois de 1990*. Marques e Nunes (2008), *utilizam até 1970, de 1971 a 1985, de 1985 a 1995, de 1995 a 2001*. O Observatório Português para os Sistemas de Saúde aplica a mesma nomenclatura *no respetivo site*. Amendoeira (2004) *cumpr*e os *mesmos períodos, alterando*

Aplicando a estratificação temporal mais utilizada, a análise à evolução do SNS será realizada da seguinte forma: até 1970, de 1971 a 1985, de 1986 a 1995, de 1996 a 2005 e de 2006 até à atualidade.

O Sistema de Saúde antes de 1970

Até 1970, o sistema de saúde português estava muito fragmentado: alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência; Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971); médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; e setor privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório (OPSS, 2003).

A população portuguesa manteve os cuidados de saúde assegurados pelo setor privado até cerca de 1971, desempenhando o Estado apenas o papel de acompanhamento dos pobres, dos indigentes e das atividades de saúde pública, sendo que o acesso à saúde dependia do pagamento de um seguro social a um determinado subsistema profissional. Quem não tinha essa possibilidade, recorria às Misericórdias: instituições de solidariedade social, de cariz religioso, que geriam grande parte dos hospitais e serviços de saúde por todo o país (OPSS, 2003; Almeida, 2010).

A saúde era, nessa altura, da responsabilidade de cada indivíduo, sendo a intervenção do Estado meramente supletiva (Biscaia *et al.*, 2003). Ainda, e tal como refere Cerqueira (2009), o acesso à saúde não era considerado como um direito da pessoa, nem eram tidos em conta os princípios de globalidade e de igualdade. Por todos estes fatores, no início dos anos 70, Portugal apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental. Nomeadamente, a taxa de mortalidade infantil era de 58,6%, existiam apenas cerca de 8000 médicos, e apenas 37% dos partos ocorriam em contexto hospitalar (OPSS, 2003).

Os hospitais e carreiras de saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia), foram uniformizados e regulados através do Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968, e do Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968. No entanto, apenas se encontravam em funcionamento para prestar assistência médica à população nacional, nesta altura, o Hospital de São José e Hospitais da Universidade de Lisboa, Porto e Coimbra (Cerqueira, 2009).

Estabelecimento e expansão do SNS (1971-1985)

Associadas a várias transformações na sociedade portuguesa na década de 70 (Baganha *et al.*, 2002), instituíram-se as maiores reformas no Sistema de Saúde Português. Assim, em 1971, com o governo de Marcelo Caetano, define-se o primeiro esboço de Serviço Nacional de Saúde (SNS). No Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, reconhece-se o direito à saúde de todos os portugueses, a integração de todas as atividades de saúde e assistência e o planeamento central e descentralização na execução.

Emergem os Cuidados de Saúde Primários com a criação dos Centros de Saúde de Primeira Geração e inicia-se a implementação da Clínica Geral (Biscaia, 2006), mas excluem-se da reforma os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência. Logo, distinguem-se três tipos de serviços: centros de saúde (instalados junto das comunidades, com uma atividade essencialmente dirigida para a saúde materno-infantil), hospitais (nos grandes centros urbanos) e postos de serviços médico-sociais (onde se prestavam cuidados curativos, dirigidos exclusivamente aos beneficiários da Federação da Caixa de Previdência e respetivos agregados familiares) (OPSS, 2003; Cerqueira, 2009; Dâmaso, 2009).

Em 1971 reformulam-se as carreiras do então denominado setor da saúde e assistência: carreiras médicas (saúde pública e hospitalar, farmacêutica e de administração hospitalar), de técnicos superiores de laboratório, de enfermagem (ensino, saúde pública e hospitalar), de técnicos terapeutas, de técnicos de serviço social, de auxiliares de laboratório e de auxiliares sanitários (Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro).

A revolução do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal.

A legalidade democrática e a institucionalização efetiva de direitos constitucionais, surgem em Portugal com a rutura política e social resultante da consolidação do Estado de direito, em 1974. Nesta altura o Estado assume-se como agente de desenvolvimento.

Em 1976, a Constituição Portuguesa, no seu Artigo 64º, expressa que todos os cidadãos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito é efetivado através da criação de um SNS universal, geral e gratuito, que garante o acesso a cuidados de saúde de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país. Porém, só o “Despacho Arnault” constitui uma verdadeira antecipação do SNS, garantindo, pela

primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa (Amendoeira, 2004).

No entanto, só em 1979, Portugal passou a ter um SNS, regulamentado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Com este, garante-se o acesso à saúde para todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. Salienta-se também que o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Ainda, o referido diploma estabelece que o SNS compreende órgãos centrais, regionais e locais, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas), sendo dotado de autonomia administrativa e financeira.

Para Barros (2000), a década de 70 foi marcada essencialmente pela diminuição das barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Por sua vez, e de acordo com o mesmo autor, a década de 80 orientou-se sobretudo para a contenção de custos devido às forças exercidas pelo crescimento da despesa pública. Mozzicafreddo (1992), ainda é mais objetivo afirmando que a principal taxa de aumento dos gastos em saúde situou-se entre 1974 e 1980/82, aquando da mudança do regime político e da extensão dos direitos e cuidados de saúde a uma população fortemente carenciada. Após os anos de austeridade financeira (1982/83), a importância dos gastos com a saúde diminuiu, regredindo para uma das taxas mais baixas dos países da OCDE.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, cria as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS). Posteriormente, o Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, aprova o Regulamento dos Centros de Saúde, dando lugar aos “centros de saúde de segunda geração”. Aqui, os centros de saúde surgem como unidades integradas de saúde, resultantes da simples mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médico-sociais e hospitais concelhios) (Branco e Ramos, 2011). Por sua vez, a criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, através do Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março, anula os serviços médico-sociais da Previdência.

Regionalização do SNS e o novo papel para o setor privado (1986-1995)

Esta década foi marcada por uma estabilidade política sem precedentes desde a revolução de abril. Portugal tornou-se membro da Comunidade Económica Europeia

(agora União Europeia) em 1986 e tornou-se possível o financiamento europeu para desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas. Isto incluiu o setor da saúde. As instalações e equipamentos do SNS continuaram a expandir-se. Uma proporção crescente da riqueza do país era destinada à saúde (OPSS, 2003).

Na área dos serviços hospitalares, o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, e traduz as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. Neste contexto, começa-se a dar atenção à necessidade de introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do país. As propostas políticas convergiam na necessidade de introduzir um novo impulso reformista, no sentido de revitalizar e modernizar o SNS, conferindo-lhe maior eficiência e sustentabilidade financeira e aumentando a sua produtividade, performance e eficácia, em termos de ganhos de saúde (Simões, 2004). Nesta sequência, o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro, introduz alterações significativas no domínio dos órgãos de gestão e do funcionamento global do hospital, bem como na estrutura dos serviços.

Por outro lado, não esquecendo que o acesso ao SNS era gratuito, contempla-se a possibilidade de criação de taxas moderadoras. Assim, com a reforma constitucional de 1989, cujo objetivo era introduzir a cobrança de taxas moderadoras aos serviços de saúde, alterou-se a Constituição para “tendencialmente gratuito”.

Relativamente à eficácia do SNS na cobertura da população, os resultados são animadores, já que entre 1974 e 1978 houve um aumento de quase 100% na população abrangida, sendo que o salto equitativo se deu mais concretamente entre 1977 e 1978, onde a criação dos Centros de Saúde desempenhou um papel fundamental (Baganha *et al.*, 2002).

A partir de 90 a iniciativa política é caracterizada por uma preocupação com os ganhos de eficiência e com a efetividade na utilização dos recursos (Barros, 2000). Neste sentido, o SNS é regulado através da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e do Estatuto do SNS (Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

No que concerne à Lei de Bases da Saúde, pela primeira vez, a proteção da saúde é vista não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado. Desta forma, o direito à proteção da saúde é garantido pelo Sistema de Saúde, e os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outras entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos.

Com esta nova legislação, segundo refere Dâmaso (2009) e o OPSS (2003), estimula-se o setor privado na área da saúde, abre-se caminho para acordos com entidades privadas e facilita-se a gestão empresarial dos hospitais públicos. Com isto, em 1995, a gestão de um hospital novo, de 600 camas, próximo de Lisboa, foi contratada a um consórcio privado. Esta modalidade não voltou a ser aplicada nos 6 anos seguintes.

Quanto ao Estatuto do SNS, este procura superar a incorreta dicotomia, ao nível médico e organizativo, entre cuidados primários e cuidados diferenciados. Assim, a indivisibilidade da saúde e a necessidade de uma criteriosa gestão de recursos levam à criação de unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Neste contexto são criadas as cinco regiões administrativas de saúde, dirigidas por quadros com competências e atribuições reforçadas, aprovadas pelo Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, com o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde.

De acordo com Baganha *et al.* (2002), o SNS demorou cerca de 10 anos a ser implementado, manifestando alguma debilidade estrutural, concretamente ao nível financeiro, na falta de transparência entre os interesses públicos e privados e na dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde.

A abordagem segundo a “nova gestão pública” para a reforma do SNS (1996-2001)

Dentro deste período, destaca-se de 1996 e 1999 o esforço a que se assiste no sentido de definir estratégias e metas para a saúde em Portugal, surgindo um resultado inovador neste processo, o desenvolvimento de uma “Estratégia para a viragem do século”. Esta incluía metas de 5 e 10 anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços. Pela primeira no país, existe assim uma estratégia para a saúde, clara, escrita, explícita, contemplando mudanças no sistema do SNS, que tem como um dos seus objetivos principais conseguir ganhos em saúde (Craveiro e Ferrinho, 2001). A implementação e monitorização desta estratégia foi descontinuada quando uma nova equipa ministerial entrou em funções no final de 1999 (OPSS, 2003).

Em 1998, o Conselho de Ministros adotou uma resolução criando mais duas escolas de medicina públicas, reforçando o ensino da enfermagem, promovendo mais capacidade de investigação e melhor coordenação entre as instituições onde se faz a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde. A implementação desta resolução nos três anos seguintes foi incompleta (OPSS, 2003).

Avançando para o ano de 1999, estruturaram-se os serviços de saúde pública e o Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho, dita que a implantação dos mesmos se opere a dois níveis: regional e local. Mais tarde, com o Decreto-Lei n.º 374/99, de 8 de setembro, são criados os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS. Os hospitais deveriam assim organizarem-se e serem administrados em termos empresariais e em termos de criação de centros de responsabilidade com níveis intermédios de gestão.

O modelo de gestão dos CRI, caracteriza-se por defender um conjunto de princípios e valores que engloba a prestação de cuidados de saúde centrada no utente e na família. Tem como princípios melhorar a acessibilidade, a qualidade no atendimento, o desempenho dos profissionais, a eficiência na utilização dos recursos, o desenvolvimento profissional da equipa de saúde e a satisfação dos clientes. Assenta, ainda, em pressupostos que definem a cultura do serviço, pretendendo nortear a conduta dos profissionais para espírito e trabalho de equipa, respeito pelo trabalho, conhecimento da missão/visão/princípios e valores preconizados, informação, formação e envolvimento de todos, dedicação, profissionalismo e rigor no desempenho e, finalmente, na partilha dos resultados e atribuição de prémios de produtividade, em função do desenvolvimento de boas práticas de desempenho (Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira, 2008).

Com a decisão de adotar novas formas de gestão na saúde, mais flexíveis e autónomas (OPSS, 2003), introduz-se a componente empresarial na gestão hospitalar, com o objetivo de aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade através da responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos disponíveis (Gonçalves e Ramos, 2010).

Em 1996, as Administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo que levou ao estabelecimento das “Agências de contratualização”. Estas destinavam-se a desenvolver perícia na análise, negociação e decisão da distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde, desenvolvendo instrumentos de informação e monitorização para esse fim (OPSS, 2003).

O processo de contratualização foi continuado em 1998 e 1999, apenas a mudança governamental ocorrida em 2000 o fez abrandar, pois as Agências não atingiram os objetivos para que foram constituídas, tendo-lhes sido negado o poder financeiro (Gago, 2008).

Um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, surge através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio - os “centros de saúde de terceira geração”. Estes definem-se como pessoas coletivas de direito público, parte integrante do

SNS e dotados de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob a superintendência e tutela do Ministro da Saúde.

No ano de 2002, altera-se a Lei de Bases da Saúde e aprova-se o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, seguido da publicação dos Decretos-Lei que transformaram 34 Hospitais Públicos em 31 Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos e os respetivos estatutos. De acordo com Dâmaso (2009), este modelo pretendia fomentar a eficiência do sistema com a criação de um “quase-mercado” minimizando as barreiras entre o setor público e privado.

Uma outra alteração importante foi a criação da rede de cuidados de saúde primários (CSP) (Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril) que, só por si, traduz a necessidade de uma nova rede integrada dos serviços de saúde onde possam coexistir instituições de natureza privada e social, orientadas para as necessidades específicas dos cidadãos.

Neste contexto, em 2005, foi criada a Missão para os CSP, com o objetivo de melhorar a acessibilidade, qualidade, continuidade e eficiência dos cuidados de saúde, bem como aumentar a satisfação dos profissionais e utilizadores (Cortez, 2010).

No mesmo ano, no seguimento da criação das agências de contratualização já referidas anteriormente, deu-se início ao desenvolvimento do processo de contratualização em Portugal, ao qual serviu de impulso o movimento reformista vigente na União Europeia (Escoval, 2010). O mesmo autor refere que um contrato estabelece um modelo de compra e venda de cuidados de saúde à volta de critérios de necessidade, efetividade, qualidade e preço. Logo, deste processo advêm dois pontos essenciais: a compatibilização entre os objetivos do serviço público e empresarial, e a definição dos fluxos financeiros entre a empresa e as despesas públicas.

As novas reformas em curso (de 2006 à atualidade)

No ano de 2006, com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, cria-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, cujo objetivo principal é dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Esta rede visa dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados dirigidas às pessoas em situação de dependência, onde se incluem também os cuidados paliativos, e de que os idosos mais frágeis serão, entre outros, dos principais beneficiários. Envolve a participação e colaboração de diversos parceiros (públicos, privados e sociais), a sociedade civil e o Estado como principal incentivador (Rodrigues, 2009).

Nos CSP, surgem em 2007, as primeiras unidades de saúde familiar (USF). Assim, o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades, e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos. Estas estão focadas na obtenção de ganhos em saúde, através da acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados prestados e visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa, quebrando a obsolência da prática a “solo”, com a modernização organizativa e técnico-científica da medicina geral e familiar (Branco e Ramos, 2001). No entanto, Cortez (2010) alerta que, apesar das USF serem um exemplo de um programa de indiscutível mérito, em algumas zonas do país a sua criação deteriorou as condições de atendimento dos utentes dos médicos que não quiseram ou não puderam aderir às USF e, sobretudo, dos utentes que já não tinham médico de família.

Posteriormente, em 2008, assiste-se a mais um passo importante na reforma dos CSP, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Os CSP assumem uma importância vital para a melhoria do nível de saúde das populações, bem como para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Escoval, Ribeiro & Matos, 2010). Daí que se perceba a sua importância no âmbito das reformas em curso.

O conceito de Hospital Entidade Pública Empresarial (EPE), surge em 2006. A constituição de um Hospital EPE é realizada por Decreto-Lei, sendo a titularidade pública e o capital estatutário o elemento patrimonial predominante. À partida, o regime jurídico em vigor é de direito privado, segundo o art. 7.º n.º1 do Regime do Setor Empresarial do Estado (Dâmaso, 2009). De acordo com este regime, a tutela é governamental, quer económica quer financeiramente, aplicando-se as regras de tipo tutelar do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro).

Este sistema de gestão hospitalar visa a criação de um modelo organizativo económico-financeiro, centrado no utente e combinado com a eficiência de gestão. É definido internamente por cada instituição, assentando numa lógica de gestão em cascata chefiada pelo Conselho de Administração (Figueiredo, 2009).

De modo a superar a importante e significativa barreira com que os doentes ainda se deparam na transição entre os diferentes níveis de cuidados, surge um novo conceito, o de cuidados integrados. Dias & Santana (2009) definem estes cuidados como um conjunto de iniciativas de cooperação intersectoriais, entre prestadores de cuidados tanto da área social como da saúde, com vista à disponibilização de cuidados de forma contínua, sem interrupções, a pessoas vulneráveis e com múltiplas necessidades e como

uma solução para a fragmentação e a descontinuidade, características dos sistemas sociais e de saúde na Europa. Os objetivos fulcrais dos cuidados integrados são a eliminação das redundâncias, a promoção da continuidade e da personalização na prestação de cuidados e o aumento da autonomia dos utentes, traduzindo-se numa melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do utilizador.

Verificou-se, também, uma redefinição da oferta de serviços hospitalares do SNS, com o encerramento de vários blocos de partos hospitalares, com a criação de centros hospitalares, colocando dois (ou mais) hospitais vizinhos sob a mesma equipa de gestão e com o anúncio de novos hospitais construídos sob parcerias público-privadas (Simões & Dias, 2009).

No entanto, apesar destas importantes e significativas alterações, mantém-se em Portugal uma estrutura de prestação de cuidados de saúde assente em duas redes, cuidados de saúde primários e hospitalares, que se pretendem complementares mas que ainda são essencialmente paralelas, com graves dificuldades de comunicação, centradas nos episódios de agudização da doença, pouco participadas pelos cidadãos e com formas de financiamento ainda pouco associadas aos resultados e pouco responsabilizantes (Escoval *et al.*, 2010).

Atualmente, apesar do quadro de forte restrição orçamental, que condicionou significativamente a atuação do Ministério da Saúde, as medidas que mantêm uma implementação consistente são as reformas dos cuidados de saúde primários e a rede nacional de cuidados continuados integrados (OPSS, 2011).

Desde 2010, que a elaboração dos Planos de Estabilidade e de Crescimento indicam medidas restritivas para o setor da saúde. Segundo o Relatório de primavera do Observatório Português para os Sistemas de Saúde, *“o ano de 2011 é particularmente exigente para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, pois o Orçamento de Estado de 2011 apresenta uma diminuição de financiamento de cerca de 13%, para o Ministério da Saúde. Nestas circunstâncias e, segundo este Ministério, o SNS terá de, com os recursos disponíveis, garantir os atuais níveis de acesso, eficiência e qualidade e, continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados. Dir-se-á que, face à quebra de financiamento enunciada, estamos perante um desígnio muito ambicioso que implica a adoção de fortes medidas em diversos domínios, a começar numa gestão mais eficiente dos recursos existentes”* (OPSS, 2011).

A título conclusivo, na avaliação do desempenho do sistema de saúde português a *World Health Organization* (cit. por OPSS, 2011), em 2010, menciona que é necessário

definir melhor o papel do setor privado, através de normas e de regulação apropriada, garantindo que cumprem os mesmos requisitos de qualidade do setor público, assegurando regras transparentes no que respeita ao duplo emprego e aos mecanismos de remuneração pelo desempenho em ambos os setores.

O setor público e o setor privado mantiveram-se lado a lado na evolução do SNS, umas vezes mais afastados, outras vezes mais próximos, não se definindo um processo de substituição ou de complementaridade (Ferreira, 2009).

A tentativa de flexibilizar o funcionamento das instituições de saúde públicas e privadas e a sua inter-relação, aumentando a eficiência técnica e o nível global de desempenho, tem passado por um movimento descentralizador e de novas combinações de elementos do setor público com práticas do setor privado (Ferreira, 2009).

Nascimento e Jesuíno, em 2003, afirmavam que a saúde tinha a segunda maior dotação orçamental do Estado, movimentava vultuosos recursos financeiros, materiais e humanos, tanto públicos como privados e sociais, vivia um período de grandes tensões geradoras de profundas transformações socioeconómicas, tecnológicas e profissionais, e estava permanentemente no centro do debate político. Poderá dizer-se que esta afirmação se mantém atual até hoje.

Neste contexto, o sistema de saúde pode ter um papel particularmente importante na evolução da presente crise. Não só porque é socialmente sensível (e mais ainda em tempos de crise social e económica), envolve múltiplos setores da economia do país e é facilmente associado ao gasto público. Mas também porque a competência, imaginação, transparência e cultura (ou sua ausência) com que se vierem a abordar os desafios da saúde terá consequências visíveis no bem-estar dos portugueses, mas também será um "indicador" manifesto da forma como o país, no seu conjunto, responde a esta crise (OPSS, 2011).

Nesta resposta à crise financeira, económica e social (desemprego e empobrecimento) vivenciada, que tem um impacto negativo sobre a saúde, é fundamental uma restrição para conseguir os recursos necessários de modo a fazer face ao endividamento público e privado. É necessário fazer da crise uma oportunidade (OPSS, 2011).

1.2. Financiamento e Modelos de Pagamento em Saúde

Financiamento, segundo o relatório do OPSS de 2007, define-se como "o conjunto de recursos financeiros e outros necessários para que o Serviço Nacional de Saúde possa prestar serviços, financiados maioritariamente pelo setor público, abrangentes e de

elevada qualidade, disponíveis com base nas necessidades dos cidadãos". Os fluxos financeiros num sistema de saúde estabelecem-se entre três entidades: a população, a(s) entidade(s) financiadora(s) e os prestadores de cuidados de saúde, sendo que a captação de fundos junto da população constitui a base do financiamento do sistema de saúde.

A forma como cada país, através dos seus sistemas de saúde, define o sistema de financiamento, seja na obtenção dos seus recursos, seja na distribuição desses mesmos recursos, influencia fortemente o comportamento dos diferentes atores e instituições que nele participam - hospitais, médicos, enfermeiros, doentes, gestores, farmacêuticos ou seguradoras (Escoval, 1999). O seu domínio de atuação poderá ser estimulado ou constrangido pela estrutura do sistema e pelos seus incentivos, resultando as suas reações na prossecução de um dos objetivos *major* dos sistemas de saúde e das instituições que dele fazem parte: os ganhos em saúde (Escoval, 1999).

Em Portugal, a criação do SNS em 1979, fez parte do processo de expansão do sistema de proteção social português e significou a transição de um financiamento parcialmente contributivo (contribuições para a Previdência) para um financiamento baseado no Orçamento Geral do Estado, correspondendo à transição de um "Modelo Bismarck" para uma resposta do tipo "Beveridge" (Gago, 2008).

Esclarecendo estes tipos de modelos de financiamento, Barros e Gomes, em 2006, afirmam que é possível distinguir três categorias de países dentro da União Europeia, agrupados de acordo com o tipo de financiamento obrigatório predominante que caracteriza o sistema nacional de saúde ou o tipo de financiamento obrigatório predominante que o país gostaria de desenvolver. Os três grupos são: sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Bismarck, isto é, que dependem predominantemente dos seguros, com sistemas de financiamento bem estabelecidos; sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Beveridge, que dependem predominantemente dos impostos, também com sistemas de financiamento bem estabelecidos; sistemas de cuidados de saúde que há relativamente pouco tempo começaram a mudar de um sistema baseado em seguros para um sistema com base em impostos e, conseqüentemente, que se encontram numa fase de transição.

Embora seja estabelecida esta distinção de tipos de financiamento, a diferenciação é flexível, pois os sistemas de financiamento que dependem sobretudo dos impostos incluem tipicamente também elementos de seguro social e os sistemas baseados em seguros sociais incluem muitas vezes fortes elementos de financiamento fiscal. Além disso, todos os sistemas de cuidados de saúde da União Europeia ou

incluem ou têm planos para incluir alguns elementos dos dois tipos de financiamento voluntário (Barros & Gomes, 2002).

O financiamento do SNS apresenta-se segundo as características de recolha de fundos da população (Simões *et al.*, 2007): pela despesa privada familiar, que corresponde à despesa direta das famílias portuguesas; pelos impostos, que são as verbas oriundas da coleta geral de impostos, via orçamento de Estado; por seguros privados; e pelo Seguro Social, que engloba os subsistemas de saúde pública (ADSE) que recebem contribuições obrigatórias de beneficiários, e os subsistemas privados (PT, CTT, SAMS), que resultaram da privatização de grandes empresas nos anos oitenta e noventa, e que também recebem contribuições obrigatórias.

Ao contrário do que seria de esperar, no momento da criação do SNS não foram desmantelados os sistemas de proteção criados pelo próprio Estado num momento anterior (como a ADSE e sistemas de proteção específicos a alguns Ministérios). A coexistência dos subsistemas de saúde com o SNS mantém-se devido à ausência de decisão de os integrar no SNS (Gago, 2008).

Atualmente, em Portugal, o financiamento dos cuidados prestados pelo SNS provém maioritariamente do Orçamento de Estado. As receitas que o compõem correspondem a impostos diretos e indiretos pagos por todos os cidadãos e agentes económicos individuais e coletivos. Trata-se de uma forma de “seguro implícito”, em que os cidadãos beneficiados não têm uma noção exata dos seus contributos para o financiamento da saúde, sendo que, a imagem normalmente formada seja a da gratuidade do sistema. Esta falsa ideia de que a saúde é gratuita tem provocado algum desequilíbrio nos gastos com a saúde (Santos, 2003).

Focando instituições hospitalares, o intenso desenvolvimento tecnológico associado à prestação de cuidados no setor da saúde, fez emergir a importância dos gastos e dos custos dos serviços, que aumentam simultaneamente com os mecanismos coletivos de financiamento, seja do tipo público ou privado. Assim, o interesse em manter um estado de harmonia no funcionamento da economia do setor da saúde, ou seja, das relações sociais que se estabelecem entre os elementos que nela interagem: consumidores, pagadores, prestadores de serviços, indústrias produtoras de bens (medicamentos, matérias, equipamentos biomédicos), tornou-se também maior (Andreazzi, 2003).

Tendo como base a estrutura comum de um sistema de financiamento assente na definição da quantidade produzida e nos preços que valorizam essa produção, reconhece-se que a capacidade de criar incentivos por parte de um sistema financeiro

resulta, na maior parte dos casos, do sistema de preços que constitui essa forma de remuneração (Santana, 2005). Podendo influenciar diversas variáveis na instituição em causa, como a quantidade, o preço e, conseqüentemente a qualidade, a eficiência e o acesso aos cuidados de saúde (Gago, 2008).

Os hospitais portugueses, até finais da década de 1970, eram financiados com base no modelo retrospectivo, a partir de 1981, após a criação do SNS em 1979 e a constituição do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços da Saúde em 1980, inicia-se um sistema de pagamento de base prospetiva. Após serem detetadas algumas imperfeições com o sistema em vigor, em 1986 os hospitais passam a ser novamente financiados com base em critérios históricos. Só em 1990 há uma nova viragem com a introdução dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (*Diagnosis Related Groups*), conhecidos por GDH's (Gago, 2008).

Já para Santana (2005), o sistema de preços utilizado em Portugal até 2005 foi essencialmente retrospectivo, uma vez que os preços foram definidos em função dos níveis históricos de custos das unidades hospitalares. Acrescenta ainda que este facto originou intrinsecamente duas conseqüências que merecem saliência: o incentivo à ineficiência, não aplicando medidas para promoção da eficiência, e a uma neutralidade ao nível dos incentivos produtivos, no que respeita às necessidades reais em saúde dos cidadãos. O autor afirma, também, que existe a necessidade premente de desenvolvimento de sistemas de custeio, quer pela utilização de alguma informação já existente, quer pelo desenvolvimento de novas metodologias. Trata-se de um aspeto fulcral, uma vez que constitui o ponto de partida para a definição de preços, independentemente do domínio de objetivos políticos que possamos idealizar.

Esclarecendo conceitos, o sistema de pagamento retrospectivo corresponde à regulação pelo custo do serviço, reembolsando os hospitais por todos os custos em que estes incorrem enquanto o sistema prospetivo, que equivale à regulação por limite de preços, consiste em atribuir ao hospital uma verba fixa, independentemente dos custos em que estes venham a incorrer (Gago, 2008; Andreazzi, 2003).

Na incapacidade dos prestadores de cuidados estabelecerem os seus próprios preços, levando a práticas tendenciosas no sentido de maximizar a eficiência, levando ao aumento do montante de financiamento, são então utilizados os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH's), como o sistema de classificação mais aplicado a nível internacional, apesar de outros existirem, e que não passa, segundo Bentes *et al.* (1996), da "*classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista de consumo de recursos, construídos a partir*

das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos no hospital". Este sistema surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), em finais da década de 1960, com o objetivo de facilitar a gestão hospitalar através da classificação de doentes que permitisse medir e avaliar a performance de cada hospital.

A publicação de preços por GDH para efeitos de faturação ocorreu, pela primeira vez, em 1989, mas só em 1997 foram aplicados para definição do orçamento financeiro dos hospitais. Os GDH surgiram como uma via de introdução do pagamento por caso no sistema hospitalar.

No sistema de saúde português, a rede hospitalar assume especial importância, visto que o seu sistema de financiamento induz uma maior ou menor eficiência nos resultados, influenciando decisivamente a sua prestação. Este financiamento, e de todas as partes integrante do SNS, provém maioritariamente do Orçamento de Estado (receita resultante de impostos diretos e indiretos pagos por todos os cidadãos e agentes económicos individuais e coletivos) (Santos, 2003).

O sistema de saúde português, tal como os seus congéneres europeus, tem-se defrontado com problemas de eventual insustentabilidade financeira. Ou seja, com a possibilidade de, a prazo, não ser financeiramente suportável, a menos que sejam introduzidas medidas no seu funcionamento que conduzam ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde. Garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde é uma condição indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal, que se pretende (Sousa, 2009).

Atualmente, perante a crise financeira e económica a nível nacional, com o país "intervencionado" pelo Fundo Monetário Europeu, Banco Central Europeu e União Europeia (designada trika), o Ministério da Saúde tem estado mais focado na implementação de medidas, que permitam uma rápida redução da despesa de forma a atingir as metas previstas no Orçamento de Estado, do que propriamente a tomar novas iniciativas que promovam significativamente o valor em saúde, a equidade e a própria sustentabilidade, a médio ou longo prazo, do SNS (OPSS, 2011).

1.3. Gestão Pública versus Gestão Privada

Dentro do tema de estudo definido, surge com imensa relevância a comparação entre o setor público e o setor privado ao longo da evolução do SNS.

No sentido de enquadrar conceitos, importa definir o valor de saúde. Considerado essencial, o valor da saúde é um dos aspetos cruciais para a intervenção dos

economistas, visto ser necessário efetuar a quantificação do valor económico da vida humana e da sua qualidade. Ao considerar o setor da saúde e toda a sua envolvente, verifica-se que este se distingue dos restantes, visto ser caracterizado por imperfeições provenientes da incerteza e de assimetrias de informação (Ferreira, 2009).

Os designados agentes de mercado de saúde - objeto de escolha, comportamento do agente da procura e comportamento do agente da oferta - exibem comportamentos diferenciados, sendo que a origem dessas diferenças se encontra na natureza do produto, neste caso, os cuidados de saúde (Ferreira, 2009).

Estes cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não proporciona utilidade, sendo que, o consumo de cuidados de saúde é feito com o objetivo de restabelecer um estado de saúde que se encontra debilitado (Matias, 1995). Assim sendo, constata-se que é um bem sem utilidade intrínseca, e cujo consumo estará sempre relacionado.

Para Ferreira (2009), é necessário ter em consideração que tanto o setor público como o setor privado têm a necessidade de garantir os requisitos mínimos de qualidade e segurança a vários níveis, particularmente nos recursos humanos, no equipamento disponível e nas instalações, e que se encontra presente de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes.

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

Apesar desta coexistência, a oferta de cuidados de saúde em Portugal sofreu grandes alterações e tem sido influenciada por fatores tão diversos como a legislação que define a estrutura do SNS português, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e as características da população, o crescimento económico, o investimento público e privado no setor da saúde e a dinâmica do setor privado (Barros, 2009).

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

A lei de bases da Saúde instituiu um sistema de cuidados de saúde misto com prestadores públicos e privados na prestação de cuidados de saúde, o que permite definir

o sistema de saúde como uma rede nacional de prestação de cuidados de saúde, em que o setor privado tem uma presença essencial no sistema de cuidados Portugêses.

O desenvolvimento da oferta privada foi estabelecido através das características do sistema de saúde português, e que foram determinantes para que este setor garantisse a sua posição no mercado de ofertas de cuidados de saúde. Estas características fizeram com que a combinação público-privada permitisse aos utentes uma melhor qualidade de serviços (Barros *et al.*, 2007): a mobilidade do pessoal do SNS para o setor privado; os médicos trabalharem para o SNS e o setor privado em simultâneo; a criação de unidades privadas e a contratualização do setor privado pelo público; a criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera; e o sistema de deduções fiscais constituir uma fonte de regressividade no sistema de financiamento das despesas de saúde, e garantir a utilização particular e a oferta do setor privado (Ferreira, 2009).

Tountas *et al.* (2005) e Doyle *et al.* (2000) (cit. por Ribeiro, 2009) indicam como fatores justificativos do crescimento do setor privado a elevada qualidade dos serviços dos hospitais privados, os importantes investimentos efetuados em tecnologias de ponta, o rápido crescimento do número de médicos privados e o facto de os hospitais privados também terem passado a efetuar procedimentos complexos¹, fatores estes que são completamente aplicáveis à realidade portuguesa.

Em pleno século XXI, este setor tem grande relevância na prestação de cuidados de saúde em geral e, particularmente, em áreas como a saúde oral, diálise renal, análises clínicas, fisioterapia ou serviços de radiologia, onde não existe uma cobertura integral por parte do SNS. Em poucos anos, o número de hospitais privados com fins lucrativos aumentou 26% (Eira, 2010).

Quadro 1. Evolução da estrutura hospitalar portuguesa.

Modalidade de Hospitais*	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Nº hospitais públicos	171	185	394	139	145	119	125	111	107
Nº hospitais privados	444	347	97	93	95	81	96	93	93

*Modalidade de Hospitais: Oficiais - hospitais públicos, militares, paramilitares e prisionais; Privados - com e sem fins lucrativos.

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde (mencionado por Ribeiro, 2009)

Para Ribeiro (2009), o setor privado português é procurado como resultado da falta de resposta dos cuidados de saúde públicos: fraca cobertura, como é o caso, da

¹ Como por exemplo *bypass* das artérias coronárias, tratamentos oncológicos ou prestação de cuidados intensivos.

medicina dentária; acessibilidade condicionada, por exemplo, as listas de utentes sem médico de família ou tempos de espera para marcação de consulta programada nos centros de saúde (em 2008, o tempo médio de espera por uma consulta programada de medicina geral e familiar em muitos centros de saúde era de 30 dias); ineficiências do SNS que se repercutem em longos tempos de espera para consultas de especialidade nos hospitais públicos ou em listas de espera para cirurgia (a 31 de dezembro de 2007, o número de pessoas inscritas nos hospitais públicos para uma primeira consulta de especialidade era de 474.065 utentes, que correspondia a uma espera média de 9 meses).

Outra das situações que se verifica é a de que alguns subsistemas como por exemplo, o SAMS, para além da sua função de financiadores também exercem a função de prestadores de cuidados de saúde. Contudo, os beneficiários podem recorrer, de acordo com a necessidade ou interesse, ao setor público, privado ou ao serviço do próprio subsistema (Eira, 2010).

A ligação dos operadores privados com os subsistemas de saúde e com as seguradoras de saúde pode ser vista como uma relação *ganho-ganho*: para as instituições privadas permite-lhes ter um volume de clientes significativo, ajudando na rentabilização do negócio; para os subsistemas e seguradoras permite dar aos seus clientes um tratamento diferenciado, liberdade na escolha e prioridade no acesso aos cuidados de saúde, condições amplamente valorizadas pelos clientes, e que não podem ser garantidas na rede pública dada a sua obrigatoriedade de dar uma resposta geral e universal (Eira, 2010).

Deste modo, existe em Portugal um setor privado com grande relevância na prestação de cuidados de saúde em algumas áreas em que o público não consegue dar uma resposta eficaz e rápida.

Em termos de concorrência em Portugal, ao longo da evolução do SNS, relativamente ao setor privado é substituída por uma relação de complementaridade de serviços (Barros, 2000). Esta cooperação pode ser observada em várias características em que cada um se auxilia nos serviços em que mais precisam.

A concorrência no setor de prestação de cuidados de saúde tem sido um tema que detém uma importância elevada, visto a quantidade de prestadores privados ter aumentado ao longo dos anos, e por consequente a concorrência entre o privado e o oficial ter sofrido alterações significativas. Este setor da concorrência possui várias restrições devido ao facto de haver uma preocupação pelos consumidores, de modo a que estes não sejam prejudicados (Ferreira, 2009).

No entanto, a iniciativa privada de prestação de cuidados desenvolveu-se e aumentou a sua capacidade de prestação de modo a responder a necessidades de cuidados dos utentes, consolidando assim a sua posição no setor. Esta iniciativa privada desenvolveu-se em redor do SNS, de modo a poder-lhe prestar o devido auxílio, como se pode verificar através da interajuda de serviços, infraestruturas e qualidade (Dinis, 2008).

Esta interajuda entre os setores torna-se fundamental ao SNS, ao permitir melhorias em várias lacunas que subsistem, sendo exemplo disso a luta contra a redução de listas de espera cirúrgicas, como já referido, às quais o SNS não consegue dar resposta, tendo sido criados vários programas através da contratualização com o setor privado, afirmando-se a perceção de maior qualidade do privado em algumas áreas ditas lucrativas (Dinis, 2008). Relativamente ao privado, este tenderá a dar a conhecer a sua dinâmica na prestação de cuidados à população, como a qualidade dos serviços de atendimento e de internamento, o tempo de espera para uma consulta, a tecnologia de equipamentos de diagnóstico e terapêutica existente (Simões, 2004).

Marreiros (2007) afirma que a grande diferença entre a gestão privada e a pública reside no contexto político em que ambas se encontram. Enquanto a administração pública desenvolve atividades administrativas para a satisfação de necessidades coletivas, conferindo-lhe elevada dependência do poder político, a administração privada rege-se principalmente segundo o mercado e as suas leis. No que diz respeito ao conceito de “cliente” do serviço público, passa a comandar todas as decisões neste campo, colocando em segundo plano os diferentes papéis dos utentes dos serviços bem como dos prestadores dos mesmos (Mendes, 2003).

Figueiredo (2009) afirma ainda que, do ponto de vista financeiro, o setor público também se distingue do privado ao nível do pagamento dos cuidados de saúde. Ou seja, enquanto nos serviços públicos são utilizados os Grupos de Diagnósticos Homogêneos (constituídos por agrupamentos de diagnósticos com padrões de consumos similares), nos serviços privados recorre-se ao pagamento por fatura detalhada.

É de salientar também que na gestão privada se aplica o modelo da gestão racional, e é, por isso, baseada em critérios como a avaliação do desempenho, a qualidade dos resultados, a valorização do consumidor e dos fatores financeiros (Carvalho & Santiago, 2008).

Acrescentam-se ainda os resultados que Eiriz & Figueiredo (2004) obtiveram, após análise de vários estudos. Estes constataram que os níveis de satisfação dos utentes são maiores nas instituições privadas. Porém, como se desenvolverá nos capítulos seguintes, ainda são escassos os dados científicos que permitam a

comparação dos níveis de satisfação dos profissionais de saúde no setor público e privado.

A reforma operada no setor da saúde desde 2002, organizou um conjunto de novas políticas para assim poder desafiar a estrutura outrora atual do SNS e conseguir operar em níveis normativos e operacionais (Oliveira *et al.*, 2005).

Como exemplo de algumas dessas políticas a nova legislação que estipula a necessidade de uma cooperação mais próxima entre instalações públicas e privadas nos cuidados primários, secundários e terciários, a criação de parcerias de gestão privada-pública, financiamento e propriedade de hospitais, a introdução de contractos de trabalho individuais, e a possibilidade de modelos alternativos de gestão de cuidados primários baseados na gestão de equipas médicas ou de outras entidades (Oliveira *et al.*, 2005).

Leite e Rodrigues (2010) afirmam que as práticas de gestão em saúde oscilam entre as necessidades de eficiência e as pressões institucionais de nível político, legal, social e cultural, conduzindo a uma dicotomia que reduz a agilidade dos instrumentos de gestão e possibilita a ineficiência e o desperdício no setor público da saúde.

Portugal introduziu as parcerias publico-privadas (PPP's), seguindo o exemplo de países como o Reino Unido, a Alemanha, a Noruega, os Estados Unidos e outros, num processo de reforma que culminou, como já foi referido, em 2002 com um conjunto de novas políticas, de salientar com a transformação do sistema de gestão tradicional dos hospitais portugueses – Sistema Público Administrativo (hierarquizado e de estrutura de cariz militar) – para um sistema mais orientado para a empresarialização (gestão pública mas com cariz empresarial) (Franca & Monte, 2010).

Foram pressões de carácter económico, financeiro, político e ideológico, bem como o esgotamento das soluções protagonizadas pela Administração Tradicional que criaram as condições para o aparecimento deste novo modelo de gestão, a Nova Gestão Pública (NGP). De acordo com Rodrigues & Araújo (2005), a NGP é baseada na introdução de mecanismos de mercado e na adoção de instrumentos de gestão privada, como referido anteriormente, na promoção de competição entre fornecedores de bens e serviços públicos, na expectativa da melhoria do serviço para o cidadão, no aumento da eficiência e na flexibilização da Gestão. É também o processo de autonomização das competências gestionárias das organizações hospitalares públicas em aproximação/convergência com o modelo de gestão do setor privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados. É derivada de uma aplicação dos princípios NGP ao setor hospitalar público (Correia & Stoleroff, 2008).

No que diz respeito à organização do trabalho, a NGP engloba características do modelo *fordista* e *pós-fordista*, concretamente: i) aumento da rotina, ii) controlo da gestão sobre o processo de trabalho, iii) diminuição do nível de competências exigidas, iv) flexibilidade, v) polivalência, e vi) mobilidade (Carvalho & Santiago, 2008).

Neste contexto, as reformas ao nível da organização hospitalar deslocam estas instituições do centro do setor público, para um ambiente com características da autonomização e empresarialização, onde o controlo é menor, menos direto e os resultados são sobrevalorizados (Carvalho & Santiago, 2008).

Num estudo desenvolvido por Carvalho & Santiago (2008) foi desenvolvido um quadro de análise que permitisse identificar as tendências atuais de mudança organizacional nos hospitais públicos. Este quadro de análise proposto pelos autores, parte das iniciativas de reforma implementadas no contexto da NGP e, perante a análise dos resultados, constataram que as reformas propostas para a gestão hospitalar estão a promover o afastamento destas instituições da burocracia profissional para as aproximar de um modelo mais próximo da gestão privada.

Perante todas estas mudanças, com especial incidência sobre as áreas financeiras e organizacionais, os hospitais, bem como os seus funcionários, encontram-se sob grande pressão. Nomeadamente, com a passagem de muitos hospitais a entidades públicas empresariais, surgem questões no âmbito do contexto organizacional em termos de recursos humanos, o que pode levantar dúvidas relativas à estabilidade do emprego (Batista *et al.*, 2010).

Araújo, em 2005, acrescentou que a reforma nos modelos de gestão hospitalar praticada estava a atuar simultaneamente em dois níveis, o que iria originar graves dificuldades na implementação. A nível intraorganizacional, muitos hospitais não estão preparados para implementar novas técnicas de gestão e novos valores que regulem o seu funcionamento, novas competências têm de ser desenvolvidas. A nível interorganizacional, o novo modelo de relacionamento “tipo comercial” entre os hospitais, torna imperiosa a criação de novos mecanismos de monitorização e controlo, visto que em Portugal estão a ser implementadas simultaneamente várias medidas, numa perspetiva normativista, não antecedidas de mecanismos adequados de acompanhamento e de entidades que exerçam o papel fiscalizador e regulador do sistema.

A NGP apresenta várias características da gestão privada: a gestão racional – baseada em critérios como a avaliação do desempenho, a qualidade dos resultados, a valorização do consumidor e o ‘valor do dinheiro’; a flexibilidade e a diferenciação –

instituídas através da consolidação dos contratos temporários e de mecanismos de promoção ligada ao desempenho; a negociação individual – traduzida na ausência de participação dos trabalhadores e na desvalorização dos sindicatos; o seguimento das boas práticas do privado – o modelo da administração pública já não é aceite como padrão e deixa de se assumir como modelo de empregador (Farnham & Horton, 1996).

Numa outra perspetiva, este modelo de gestão do SNS surge na tentativa de promover a eficiência do sistema através da criação de um quase-mercado, diminuindo as barreiras entre o setor público e o privado. Com isto procuram-se resultados semelhantes em ambos os setores em termos de eficiência, escolha, responsabilização e qualidade, assumindo-se as forças de concorrência como agente de mudança que conduzem à eficiência do sistema. Neste quase-mercado inserem-se os hospitais do Setor Público Administrativo, hospitais de natureza empresarial, hospitais SA e hospitais privados (Araújo, 2005).

De forma sucinta, pode dizer-se que existem três áreas de cooperação entre os dois setores: o programa de combate às listas de espera cirúrgicas – SIGIC (Sistema de Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (que tem como objetivo promover a continuidade dos cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que sofra, temporária ou definitivamente, de algum grau de dependência e as Parcerias Público-Privadas, onde hospitais da rede do SNS estão a cargo de instituições privadas (com ou sem fins lucrativos), para conceção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento. As Parcerias Público-Privadas são uma forma do SNS ver renovado o seu parque hospitalar e aumentada a oferta sem investimento por parte do Estado (Eira, 2010).

Em qualquer uma das situações, a ligação que o Estado estabelece com o setor privado pode ser encarada como uma relação de *ganho-ganho*: o Estado vê prestados os serviços que a rede pública não consegue dar resposta (sem ser necessário efetuar investimentos); o setor privado conquista um volume de clientes atrativo (Eira, 2010).

O importante, acima de tudo, é promover a liberdade de escolha aos cidadãos quando procuram um serviço de saúde, exercendo uma pressão benéfica do lado da procura e fomentando a qualidade da oferta nos cuidados de saúde (Araújo, 2005).

2. A EVOLUÇÃO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL

As políticas de saúde estão em constante alteração. Estas alterações requerem mudanças importantes para a revitalização dos sistemas, e requerem a participação ativa dos seus intervenientes, nomeadamente dos profissionais de saúde (de interesse no estudo, os enfermeiros) e dos utentes.

Tal como noutras profissões, a evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos vários de mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas.

Da tecnicidade centrada na doença, no início deste século, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados e para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral. Os cursos de enfermagem procuram dar uma formação que permita aos enfermeiros conhecer melhor a pessoa e ter uma ação terapêutica a nível individual e familiar (Silva, 2002).

Carvalho (2006), deteta três áreas distintas de mudanças na enfermagem em Portugal, nomeadamente as alterações que ocorreram ao nível da prestação de cuidados, o aumento da qualificação académica dos profissionais e as reestruturações organizacionais das instituições hospitalares.

Na primeira área referida destaca-se a crescente incorporação de inovação tecnológica nos processos de trabalho, assim como a crescente especialização e formalização dos saberes profissionais e o aumento exponencial do número de novos profissionais (Carvalho, 2006).

Relativamente à segunda, destacam-se as alterações na formação académica e profissional de enfermagem, a sua integração no ensino superior com reestruturação dos planos curriculares (aumento e valorização da componente teórica, introdução do campo das ciências sociais - a sociologia e a psicologia e a gestão e a economia da saúde), e a ênfase concedida à promoção e prevenção da saúde (Carvalho, 2006).

Por fim, relativamente às reestruturações organizacionais das instituições hospitalares, salienta-se a importância concedida às dimensões da gestão e da economia na saúde, com vista à racionalização dos recursos, à contenção de custos e à promoção da eficácia, eficiência e qualidade dos serviços de saúde, simultaneamente com a reformulação das carreiras no sistema hospitalar, que parece ser acompanhada de uma menor ênfase colocada nos cuidados primários (Carvalho, 2006).

Assim, neste capítulo referente à evolução histórica da Enfermagem em Portugal, será abordada, numa primeira instância, a perspetiva histórica, seguida, num segundo ponto, da análise, com maior pormenor, da gestão dos recursos humanos em enfermagem, sendo que este constitui um ponto de partida importante para o estudo que nos propomos desenvolver.

2.1. Perspetiva Histórica

Como já se referiu anteriormente, para a compreensão de variáveis importantes para o estudo da satisfação dos enfermeiros, importa contextualizar a situação atual, atendendo também às mudanças recentes na carreira de Enfermagem.

A Enfermagem Moderna surge com Florence Nightingale em 1860, década em que em Portugal, os cuidados eram prestados por um grupo de pessoas indiferenciadas que trabalhavam em hospitais e asilos, ao qual se juntavam os grupos de religiosas.

Nesta altura, a conceção dos cuidados foi modificada e o médico passou a delegar tarefas de rotina na enfermeira - auxiliar do médico. A enfermeira tinha como principal valor a obediência: servir os doentes, os médicos, a instituição. A par deste valor deveriam estar presentes a dedicação, zelo, espírito de sacrifício e caridade pelo doente (velar pelo doente, confortá-lo, consolá-lo), bem como dedicação e respeito pelo médico (detentor do saber, quem decide, controla e ordena). Não podia desenvolver qualquer espírito crítico, nenhuma curiosidade, nenhuma interrogação (Collière, 1989 cit. por Silva, 2002).

Posteriormente, em 1881, foi criado o primeiro curso específico para enfermeiros nos Hospitais da Universidade de Coimbra (OE, 2010). De referir que a necessidade de formar pessoal de enfermagem minimamente qualificado é sentida sobretudo pelos hospitais das três cidades onde se ministra o ensino oficial da medicina (Graça & Henriques, 2000).

Já no final dos anos 1980, quer na formação quer na prática em enfermagem, começa a falar-se com mais insistência, mas de uma forma abstrata, de valores, deveres e direitos de enfermeiros e utentes. No entanto, pouco se fez para que fossem assumidos na prática do dia a dia, quer da escola, quer dos hospitais ou centros de saúde. Falava-se da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde sem que se fosse além da retórica (Silva, 2002).

Em 1901 é criada, em Lisboa, a primeira Escola Profissional de Enfermeiros. Estes, atuavam ao nível de três grandes áreas: administrativa, administração de terapêutica e cuidados de higiene aos doentes (OE, 2010). No entanto, como referem

Graça & Henriques (2000), é de salientar que o enfermeiro continuava a ser visto claramente como subordinado do médico.

Na década de 1910-1919, prossegue o surgimento de cursos de Enfermagem, assistindo-se a uma gradual demarcação profissional, contrariando o que se passava em 1860, em que, eram pessoas indiferenciadas que assumiam o papel de cuidadores (OE, 2010).

Em 1930, instituído o Estado Novo, inicia-se o movimento sindical com a fundação do Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul, e, posteriormente, da Região Norte. Uma das principais reivindicações dos mesmos eram os riscos para a integridade física, tendo, posteriormente, sido elaborado um Código Profissional de Enfermagem integrado num Código de Saúde. Aparecem, também, as primeiras escolas de Enfermagem associadas a congregações religiosas. O curso da Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo tinha três anos de duração e foi o primeiro curso religioso a formar enfermeiras laicas (OE, 2010).

Acompanhando esta valorização da legitimidade profissional, a história da profissionalização da enfermagem em Portugal é também marcada pela valorização da ação política através das associações sindicais. Isto para salientar a importância da criação do Sindicato Nacional dos Enfermeiros em 1934, que apesar das suas especificidades na altura², foi o mote para a atual expressão da diversidade de interesses sociais, políticos e regionais na organização das suas atividades (Carapinheiro, 2004 cit. por Carvalho, 2006).

Por sua vez, na década de 1940-1949, funda-se a Escola Técnica de Lisboa, que integrava um semestre de pré-aprendizagem. Criam-se alguns cursos de aperfeiçoamento em áreas como a Psiquiatria, a Puericultura e a Saúde Pública, consideradas atividades de formação contínua. O Decreto-lei nº 31:913 de 12 de março de 1942 define que a Enfermagem só pode ser exercida por mulheres solteiras ou viúvas sem filhos. O Decreto-lei nº 36:219 de 10 de abril de 1947 cria novas escolas, altera a estrutura de outras, e permite cursos de Pré-Enfermagem e de Enfermagem Auxiliar. Proíbe-se o exercício público da Enfermagem a quem não tenha diploma (OE, 2010). A criação da figura da auxiliar de enfermagem surge como forma de colmatar a falta de pessoal de enfermagem que já se fazia sentir no nosso país, apesar da lenta evolução do sistema hospitalar (Graça & Henriques, 2000).

² O Sindicato Nacional dos Enfermeiros era sindicato único de âmbito nacional, de filiação obrigatória e com corpos diretivo eleitos mas sujeitos à aprovação do Estado (Carapinheiro & Rodrigues, 1998 cit por Carvalho, 2006).

É de salientar que, apesar da enfermagem estar associada ao feminino, inicialmente em Portugal era um profissão dominada por homens. Este facto pode ser justificado devido ao trabalho físico da enfermagem ser, na época, bastante exigente, e das mulheres não possuírem as habilitações mínimas exigidas para o acesso aos cursos de formação, uma vez que constituíam a maioria da população analfabeta (Gomes, 2003 cit. por Carvalho, 2006).

Avançando para a década de 1950-1959, realiza-se a I Reunião Nacional dos Profissionais de Enfermagem. O Curso Geral de Enfermagem passa a ter três anos, e as escolas possuem autonomia técnica e administrativa (OE, 2010). Neste contexto, os enfermeiros ao começarem progressivamente a consciencializar-se da formação que possuíam e dos saberes que mobilizavam nos contextos diários de trabalho, conciliaram as melhores formas de transferir esse conhecimento para o aplicar no quotidiano (Amendoeira, 2004). Em 1955 foi criada uma comissão de estudo para elaborar um programa de promoção da Enfermagem. De salientar que, a fraca consideração social e os baixos salários foram os principais motivos apontados para a falta de profissionais, fazendo com que 75% dos alunos preferissem desempenhar funções de auxiliares de Enfermagem (OE, 2010).

Em 1962 cria-se a 1.^a Direção de Serviço de Enfermagem da Direção Geral dos Hospitais, a cargo da Enfermeira Maria Fernanda Resende. Com a Lei N.º 2120 de 19 de julho de 1963 anula-se a proibição do casamento das enfermeiras e reforma-se a prática assistencial. Posteriormente, o Decreto-lei nº 48:166, de 27 de dezembro de 1967 definia a estruturação das carreiras: Enfermagem Hospitalar, de Saúde Pública e a do Ensino, sendo as remunerações e carga horária semanal diferentes nas três carreiras. Em 1968 surgiu a Associação Portuguesa de Enfermeiros (OE, 2010). Contudo, é de referir que durante os anos 60, a investigação interessava-se principalmente pela melhoria dos cuidados de enfermagem e pelo desenvolvimento de uma base de conhecimentos em ciências de enfermagem, porém, em Portugal isso não acontecia visto que a investigação em enfermagem era ainda inexistente (Amendoeira, 2004).

Entre os anos 1960 e 1970 assistiu-se a uma reconceptualização profunda da noção de saúde, com origem na Organização Mundial de Saúde (OMS), cujas repercussões se fizeram sentir ao nível dos discursos no seio da enfermagem. Este facto, oferece à enfermagem, de acordo com Lopes (2001), a possibilidade de reformular a noção de cuidar em enfermagem que deixa de discursivamente se associar, em exclusivo, à missão humanitária de apoio moral e conforto e à função técnica de auxiliar do médico para rodar o centro da sua ação, do apoio ao processo de cura, para a

promoção da saúde e a prevenção da doença e incorporar assim as novas referências que permitem reelaborar esta noção.

Em 1965, ocorrem alterações na estrutura curricular dos cursos de enfermagem, de salientar o alargamento das exigências de habilitações para o ingresso nos cursos de enfermagem, que passam a situar-se ao nível do curso Geral dos Liceus, a introdução da obrigatoriedade de uma disciplina de saúde pública e o aumento da importância concedida pela estrutura curricular à integração de disciplinas da área das ciências sociais (Carvalho, 2006).

Nesta altura, surge uma clarificação em enfermagem, com base em dicotomias que a opõe à medicina, assumindo os enfermeiros o papel de cuidar das pessoas, enquanto os médicos tratam as doenças. Os enfermeiros definem-se assim como tendo uma visão mais global dos problemas, numa abordagem holística dos indivíduos, enquanto os médicos o compartimentam numa perspectiva parcelar de abordagem da doença. Esta dicotomia foi bastante criticada por vários autores, revelando-se frágil e pouco convincente, mas principalmente pela classe médica, que defendia que a sua intervenção se desenvolvesse na ignorância da globalidade da pessoa (D'Espiney, 2008).

Em 1971, com o Decreto-lei nº 414/71 de 27 de setembro legisla-se a Reforma dos Serviços de Saúde. Em 1973 discutiu-se, no I Congresso Nacional de Enfermagem, questões relacionadas com a integração do ensino da Enfermagem no sistema educativo nacional e no Ensino Superior, e defendeu-se o estatuto profissional. Extinguiu-se, então, o curso de Auxiliares de Enfermagem e houve uma valorização financeira e social dos profissionais de Enfermagem (OE, 2010).

De notar que, com as alterações político-económicas decorrentes do 25 de Abril, no período de 1974 a 1976, os enfermeiros começaram a exigir melhores salários, melhores condições de trabalho e o reconhecimento do exercício da profissão. E, em 1976, são integrados nos quadros da função pública com valorização financeira, valorização social e horário de 36 horas semanais (Nunes, 2007). Três anos mais tarde (1979), com o objetivo de consagrar o direito à saúde um bem universal e gratuito foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (OE, 2010).

A partir década de 1970, em Portugal, ganha ímpeto o movimento de afirmação da enfermagem enquanto grupo socioprofissional único e coeso. A luta pela existência de um nível único de profissionais de enfermagem revela-se uma das mais importantes estratégias de definição do campo de ação. As antigas auxiliares de enfermagem obtêm após uma curta formação escolar o diploma de enfermeiras. A conquista da exclusividade de intervenção num dado campo social é considerada uma das mais importantes vitórias

da enfermagem portuguesa, com pouco ou nenhum paralelo ao nível da Europa (D'Espiney, 2008).

O Decreto-lei 305/81 sobre o Diploma da Carreira de Enfermagem consagrou uma carreira única para todos os Enfermeiros, e definiu cinco categorias principais, entre as quais a de enfermeiro especialista. O Decreto-lei nº 480/88 de 23 de dezembro integraria o Ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional (OE, 2010), após a adesão de Portugal à CEE em 1986.

Em 1985, 1987 e em 1991 a Carreira de Enfermagem foi sofrendo alterações, sendo que em 1989 foi criado o Registo dos Profissionais de Enfermagem (Despacho nº 21/89 de 20 de dezembro).

Entre 1990 e 1999 integram-se as Escolas Superiores de Enfermagem no Ensino Superior. Por outro lado, o regime de trabalho dos enfermeiros passa a ser de 35 horas semanais, tendo como opção o regime de horário acrescido de 42 horas semanais. O Decreto-lei nº 437/91 de 8 de novembro define a nova Carreira de Enfermagem, estabelecendo que os Enfermeiros passam a ter três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria.

Foi também nesta altura, 1992, que se iniciaram os primeiros mestrados em Ciências de Enfermagem. Posteriormente, surgiram os programas de doutoramento em enfermagem, e atualmente existem três programas regulares de doutoramento nesta área (Mendes & Mantovanni, 2010).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) surge com o Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro, e regulamenta a profissão, clarifica conceitos, intervenções e funções, bem como direitos e deveres dos Enfermeiros. No REPE afloram-se questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem. No seu número 1 do artigo 8º pode ler-se: *"no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos"*.

Com o Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril cria-se a Ordem dos Enfermeiros, associação profissional de direito público que, simultaneamente, estabelece condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem e promove a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamenta e controla o exercício da profissão de enfermeiro e assegura o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional (OE, 2010). Em suma, esta década teve uma importância significativa na medida em que surgiram alterações cruciais para a autonomização da profissão de Enfermagem (Nunes, 2007).

Nesta década de 1990, a questão da qualidade dos serviços prestados emerge nos discursos de gestão e a enfermagem define-a de imediato como uma prioridade. Surge então a preocupação com a humanização dos serviços hospitalares e o acolhimento ao utente (dimensão mais relacional e autónoma da profissão), elegendo a maioria das direções dos serviços de enfermagem como pontos estratégicos na intervenção dos enfermeiros (D'Espiney, 2008).

Nesta mesma altura, ocorre um aumento da complexidade das situações com que os enfermeiros e os estudantes de enfermagem se deparam, confrontando-os com dilemas de dificuldade crescente e que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigente, tem-se dado mais importância à formação para o desenvolvimento e aos valores que orientam a prática dos cuidados (Silva, 2002).

A partir do ano 2000 a Ordem dos Enfermeiros afirma-se como entidade reguladora do exercício da Enfermagem Portuguesa. Criam-se os Padrões de Qualidade em Enfermagem e definem-se as Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Um estudo realizado em França por François Dubet (2002) revela como, na atualidade, o velho modelo profissional é vivido pelos enfermeiros como manifestamente insuficiente e com um forte sentimento de frustração que se traduz por “uma reivindicação contínua de reconhecimento escolar e de prolongamento dos estudos”, o que na sua opinião, tem “poucas possibilidades de fazer baixar o nível de frustração, a menos que se transforme todas as enfermeiras em quadros e todas as auxiliares em enfermeiras” (Dubet, 2002).

A duplicação do número de formados em enfermagem que se verifica a partir de 2004 é acompanhada também da criação de um conjunto de novas unidades de saúde que, julgava-se, absorveriam um número significativo destes novos enfermeiros. Contudo, estes confrontam-se, subitamente e pela primeira vez na sua história, com uma crise de desemprego que corre a par com o que todos consideram uma evidente falta de enfermeiros nos serviços (D'Espiney, 2008).

Com o aumento da escolaridade dos enfermeiros e dos níveis académicos estes tornam-se profissionais mais capazes de intervirem aos diferentes níveis, sobretudo aos níveis que requerem trabalho mais especializado do ponto de vista técnico. Os cuidados de base, que incluem na sua perspetiva “uma relação privilegiada com o corpo que não pode ser negligenciada” (Hesbeen, 1997, cit. por D'Espiney, 2008), começam paulatinamente a ser abandonados.

A Lei nº 111/2009 de 16 de setembro procedeu à primeira alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. O Decreto-lei nº 247/2009, de 22 de setembro, estrutura a

carreira de Enfermagem nas categorias de Enfermeiro e Enfermeiro Principal, e define que o conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro é inerente às respetivas qualificações e competências em Enfermagem, com plena autonomia técnica e científica. Em 29 de maio de 2010 é aprovado o Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, e é dada continuidade ao novo Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2010).

Atualmente, em Portugal, os enfermeiros mobilizam a dimensão técnico-intelectual no quotidiano do cuidado, fazendo-o a partir de uma formação superior, enquadrada jurídica, ética e cientificamente e regulada pelo próprio grupo profissional. Estamos, assim, perante um grupo profissional que adquiriu qualificação para não só conceber e produzir conhecimento, como também transferir o conhecimento científico para a atividade quotidiana (Mendes & Mantovanni (2010).

Mendes & Mantovanni (2010), referem ainda que no contacto com os profissionais de enfermagem se percebe que, fruto da evolução do país ou da profissão de enfermagem, eles vivem momentos de mudança, que se consubstanciam essencialmente nas alterações ao Modelo de Desenvolvimento Profissional dos enfermeiros e nos novos modelos de contratualização e vínculos laborais que emergiram nos últimos anos. É que o Estado, principal empregador dos profissionais de enfermagem e garantia de emprego para a vida, deu lugar a um mercado saturado e à precarização contratual, confrontando-se os jovens recém-formados com dificuldades crescentes, tanto na inserção no mercado de trabalho, quanto na obtenção de estabilidade no emprego.

Os mesmos autores afirmam, ainda, que as perspetivas futuras se direcionam para a empregabilidade, a carreira e a inserção da profissão nos vários níveis de poder. Estes pontos estão diretamente ligados à capacidade dos enfermeiros em demonstrar a importância socioeconómica da profissão, através da delimitação de ações socialmente importantes, necessárias e exclusivas da sua profissionalidade. Mais uma vez se verifica que as questões da autonomia e do domínio e da delimitação do próprio espaço de atuação são centrais para o reconhecimento futuro da profissão. Este futuro transporta a esperança de uns e cristaliza os receios e a incerteza de outros (Mendes & Mantovanni, 2010).

Neste contexto evolutivo, atenda-se agora às implicações que o mesmo teve na gestão dos recursos humanos em Enfermagem.

2.2. Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem

O contexto de reforma do setor saúde e as transformações vertiginosas nesta área, tornam a capacitação de recursos humanos em saúde um desafio mediante a reconhecida transitoriedade do saber e das marcantes mudanças no mundo do trabalho em saúde.

Uma política de recursos humanos da saúde é um conjunto de valores e princípios que se traduzem em estratégias que contemplam, ao longo da vida, o bem-estar e o desempenho das pessoas que trabalham no sistema de saúde. É também uma declaração formal de prioridades, linhas de ação e procedimentos para garantir, do setor da saúde e das pessoas que nele trabalham, a capacidade de resposta necessária para ir, por um lado ao encontro das expectativas de saúde, presentes e futuras, da população e, por outro, às expectativas das pessoas que trabalham neste setor (Biscaia *et al.*, 2003).

Estas políticas devem contemplar aspetos laborais e profissionais, mas preocupam-se também com a pessoa, as suas aspirações, anseios, preocupações únicas, e tentam criar os mecanismos para lhes dar resposta (Biscaia *et al.*, 2003).

Neste sentido, a pessoa, com as suas preocupações e aspirações individuais, assume um papel relevante na política de recursos humanos atual, que antes se dedicava apenas, e exclusivamente, aos aspetos laborais e profissionais (Biscaia *et al.*, 2003). Perspetiva-se então, que os trabalhadores da saúde não são apenas mais um custo que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e estruturais na produção dos serviços de saúde, mas sim são os próprios serviços de saúde. Além disso, integram, permanecem e participam na vida da instituição, independentemente do seu nível hierárquico ou função (Frederico & Leitão, 1999), como agentes potenciadores da qualidade e da eficiência dos seus serviços (Batista *et al.*, 2010).

As políticas de recursos humanos, em saúde, resultam então, de um conjunto de valores e princípios, e envolvem a determinação das necessidades dos profissionais de saúde e a garantia da qualidade do seu desempenho. Além disso, incluem a limitação das vagas de acesso às licenciaturas e especializações, a adoção de certificações, a definição das carreiras, a avaliação de capacidades formativas, o estabelecimento de programas de desenvolvimento profissional contínuo e, por outro lado, o recrutamento, seleção, colocação de profissionais, os sistemas de remuneração e outros incentivos (Biscaia *et al.*, 2003).

Devem ainda contemplar a retenção dos profissionais para a prestação de cuidados de saúde inseridos no SNS, e a regulação e monitorização de todos estes

aspectos nas várias áreas da saúde através de sistemas de informação adequados (Biscaia *et al.*, 2003).

O dimensionamento ou dotação de pessoal refere-se à adequação dos recursos humanos às necessidades em cuidados de saúde. A dotação do pessoal em enfermagem tem como finalidade efetuar uma previsão do número de enfermeiros necessários para prestar cuidados nas diversas unidades, segundo a capacidade instalada, a complexidade dos cuidados e o modo de organização dos mesmos, sendo influenciada por fatores internos³ e externos⁴ (Parreira, 2005).

Estes fatores, apesar de reconhecidos como importantes, têm sido apontados como dificilmente quantificáveis e de difícil operacionalização. Surgiram assim como indicadores relevantes as horas de cuidados necessárias por dia de internamento, as horas de cuidados prestadas por dia de internamento a taxa de ocupação e a lotação (Parreira, 2005).

No início deste cálculo, em 1989, foram apresentados valores mínimos e máximos aceitáveis de horas de cuidados necessários por dias de internamento, por valência, para vários hospitais distritais. Foi importante nesta altura o estabelecimento de valores de referência. No entanto, mais tarde, através da análise do sistema de classificação de doentes, obtiveram-se valores médios de horas de cuidados necessárias por dia de internamento, relativamente a hospitais distritais e especializados, no período de 1993 a 1997, melhorando os valores de referência anteriores, em termos de horas de cuidados necessários por dia de internamento (Parreira, 2005).

Posteriormente, em 1998, foi constituído um novo grupo de trabalho, coordenado pela Divisão de Estudos e Planeamento do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, que iniciou o seu estudo pela verificação empírica com base na distribuição real dos efetivos pelas várias organizações do SNS. Chegou-se então a uma fórmula de cálculo tendo em conta a complexidade dos cuidados prestados, o contexto de cada unidade na organização global, o cálculo à parte dos efetivos necessários para a coordenação e orientação técnica (área de gestão), a qualidade de cuidados que se pretendiam implementar e a satisfação profissional (Parreira, 2005).

³ **Fatores internos ao serviço:** estrutura organizacional, relações funcionais do serviço de enfermagem com serviços de apoio, modo de organização dos cuidados, lotação da unidade, equipamento disponível, demora média, complexidade dos cuidados, qualidade dos cuidados, produtividade do pessoal e expectativas dos doentes e família (Divisão de Estudos e Planeamento da Saúde do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde, 1999, cit por Parreira, 2005).

⁴ **Fatores externos ao serviço:** fatores contextuais sócio-políticos, políticas de pessoal e horários, flutuação no fluxo de doentes, articulação com outros serviços e integração nos sistemas locais de saúde, localização do serviço e sua estrutura, competitividade Divisão de Estudos e Planeamento da Saúde do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde, 1999, cit por Parreira, 2005).

Esta fórmula também já sofreu ajustes. Carvalho *et al.* (2002, cit. por Parreira, 2005), justifica a necessidade desses ajustes com os novos desafios enfrentados pelos enfermeiros em novas áreas de intervenção (investigação, parcerias com escolas de enfermagem) e com a participação crescente em processos de acreditação de melhoria contínua da qualidade elevando a exigência dos padrões de qualidade.

Com esta procura de um modo de capacitar com recursos humanos as diferentes áreas de atuação em enfermagem, é de evidenciar a inclusão da satisfação nas análises mais recentes, visto que engloba já uma componente “humana”.

A dotação de pessoal de enfermagem é de suma importância para as organizações de saúde, principalmente no que concerne à organização e gestão dos Recursos Humanos, pois interfere diretamente na organização, na gestão de cuidados prestados e, conseqüentemente no reflexo que esta tem na qualidade desses cuidados.

A nível individual, a identificação, desenvolvimento e avaliação das competências de cada indivíduo mais adequadas ao exercício das funções que permitem a realização dos objetivos gerais e sectoriais da organização, são uma necessidade imperiosa do modelo de gestão pela qualidade subjacente ao novo regime de vínculos, carreiras e remunerações dos funcionários públicos em Portugal (Nogueira, 2008).

Com o início da aplicação de critérios da NGP no país, como já foi referido anteriormente, surge um sistema de avaliação de desempenho em saúde.

Neste sentido, o Sistema Integrado da Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP), instituído pela Lei nº10/2004, de 22 de março, foi concebido como *“um novo instrumento de gestão no sentido de promover uma cultura de mérito, exigência, motivação e reconhecimento, por forma a potenciar os níveis de eficiência e qualidade dos serviços públicos, com base em objetivos de qualidade e excelência, de liderança e responsabilidade e de mérito e qualificação”* (Preâmbulo do Decreto Regulamentar 19-A/2004, de 14 de maio).

A avaliação de desempenho (AD) dos enfermeiros regulamentada desde 1993, estabelece como princípios orientadores a objetividade, a continuidade, a flexibilidade e a periodicidade, em que a atribuição de uma menção qualitativa (Satisfaz ou Não Satisfaz), resulta da avaliação contínua centrada no conteúdo funcional de cada categoria profissional.

Ao nível do regime contratual, as alterações verificadas nos últimos anos relativamente à lei laboral – Código do Trabalho e da Administração Pública (Leis 12 - A/2008 e 59/2008, SIADAP, etc) – e, também, respeitante à legislação aplicável às instituições de saúde, nomeadamente a alteração à Lei de Bases da Saúde que

introduziu o novo regime jurídico dos hospitais e a empresarialização (EPE's) da generalidade das instituições, determinam novas formas de abordagem, nos processos negociais. Este novo quadro, jurídico e do setor empregador de enfermeiros, introduziu várias “rugas” relativamente ao passado (SEP, 2011).

Assim, o regime contratual dos enfermeiros, dependente do local onde trabalham – hospitais (poucos) do Setor Público Administrativo e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES); EPE's e PPP e Unidades Locais de Saúde. Enquanto nos dois primeiros a relação contratual são os Contratos de Trabalho em Funções Públicas (CTFP), já nos restantes a forma de admissão são os Contratos Individuais de Trabalho (CIT), ainda que em qualquer uma delas, continuem a existir enfermeiros com CTFP (SEP, 2011).

As alterações verificadas no tipo de vínculo contratual constituem mais um dos requisitos com vista a aumentar a flexibilidade organizacional, criando uma “bolsa de profissionais”, sem vínculos duradouros com a instituição, e a que recorrem de acordo com as necessidades de produtividade, como em qualquer outra empresa (Carvalho, 2006).

Saúde (2006), afirma que, por curso, e de acordo com a expectativa, os diplomados na área da enfermagem têm, preferencialmente, um vínculo profissional com uma instituição pública. No entanto, face aos dados, torna-se evidente que a procura de lugares de docência ou de exercício profissional na área não se esgota na oferta disponível, tornando-se cada vez mais expressivo o número de enfermeiros a exercer funções no setor privado.

A este nível – setor privado - não se encontram estudos relativamente ao regime contratual mais aplicado em enfermagem, no entanto, tendo em conta a cultura do “duplo-emprego”, ainda muito comum nos enfermeiros, e de acordo com o que é de conhecimento geral, provavelmente o vínculo será apenas de prestador de serviços (“recibos verdes”), não garantindo estabilidade em termos remuneratórios nem de carga horária semanal. Quanto aos enfermeiros recém-licenciados a trabalhar exclusivamente no setor privado não se encontraram dados fundamentados para inferir uma conclusão.

Atualmente, o que se verifica com a crise de emprego em praticamente todas as áreas da sociedade é o emergir de todo um conjunto de formas de trabalho atípico (Saúde, 2006). Os contratos a termo indeterminado, forma ainda hoje dominante da relação laboral, têm vindo a dar lugar a contratos a termo certo, “recibos verdes” e, mais recentemente, aos estágios. As estratégias de flexibilização da mão de obra associadas ao aumento das taxas de desemprego tiveram como consequência o aumento da complexidade dos processos de inserção profissional. O período de inserção é mais

prolongado e as posições no mercado de trabalho diversificam-se: as situações de desemprego deixam de ser, para muitos jovens, uma experiência esporádica para assumirem um caráter recorrente; os contratos a termo certo sucedem-se; e os estágios profissionais tendem a assumir uma importância crescente nos processos de inserção profissional. Nesta perspectiva, o acesso a uma posição estabilizada no sistema de emprego é antecedido por um conjunto diversificado de estatutos que conferem uma especificidade própria aos percursos individuais de inserção na vida ativa. Isto aplica-se perfeitamente aos enfermeiros (Saúde, 2006).

Quanto à carga horária, o Decreto-Lei nº34/90, fixou o horário de trabalho dos enfermeiros em 35 horas semanais. Assim sendo o enfermeiro deverá efetuar cerca de 1339 horas/enfermeiro/ano (Parreira, 2005) ou tendo por base alguns dados como: a dedução do número de dias úteis para licença de férias, os feriados (12 dias), as horas de formação (42 horas de acordo com o DL 437/91), 2.5 semanas para faltas, 2 horas e 30 minutos por semana para refeições (de acordo com o DL 259/98). Dados estes que tendem a desatualizar-se devido a constantes mudanças a nível legislativo.

Conclui-se então que os recursos humanos de enfermagem participam de modo efetivo na dinâmica do poder na saúde, atuando de modo a facilitar e potencializar objetivos de saúde nacionais e regionais, contribuindo de formas diversas para o alcance das metas de oferta de saúde para todos (Mendes & Marziale, 2006).

Com a atual contenção orçamental, a remuneração dos profissionais de enfermagem tem sofrido “cortes”, comenta-se uma maior flexibilização e rotatividade dos postos de trabalho de acordo com as necessidades funcionais e prevê-se que a maioria dos enfermeiros em regime de contrato a termo certo não veja o seu vínculo profissional com a instituição alterado, mantendo-se a prorrogação dos contratos precários enquanto vigorar o programa de estabilidade financeira, entre outras medidas (SEP, 2011).

3. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A satisfação no trabalho tem-se destacado como um dos principais temas de estudo na atualidade devido ao crescente interesse das instituições em reter e valorizar o capital humano.

Sendo um constructo complexo e diversificado, traz na sua formulação diferentes conceitos e definições que dificultam o consenso sobre a temática. Assim, para a devida compreensão do conceito de satisfação, bem como para uma abordagem fundamentada à satisfação profissional, importa também destacar algumas das mais importantes teorias da satisfação.

3.1. Conceito e Teorias de Satisfação Profissional

A satisfação no trabalho começou a ser estudada nos inícios do Século XX, mas só nos finais desse século conseguiu a implantação e a importância que agora lhe é atribuída. Hoje, é uma ferramenta importante de gestão de recursos humanos.

É um conceito com várias facetas, incluindo geralmente a satisfação com os colegas de trabalho, a remuneração, as condições de trabalho, a supervisão, a natureza do trabalho e os benefícios (Caetano, 2007).

Pode ser definida como um estado emocional agradável ou positivo que resulta da avaliação do trabalho em si ou das experiências associadas a uma atividade profissional (Guedes, 2009).

Numa outra perspectiva, Graça e Sá (1999), referem que a satisfação é uma atitude e, enquanto tal, tem três componentes: afetiva, cognitiva/avaliativa, e comportamental. Como tal, pode ser definida como o resultado da avaliação periódica que cada um faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais.

Assim, a satisfação profissional ocorre quando se atinge um resultado esperado ou quando a meta é alcançada (Carvalho & Lopes, 2006; Hespanhol, 2008). Neste sentido, após a avaliação de um trabalho ou das suas vivências, o profissional deve estar num estado emocional agradável ou positivo para que possa ser considerado satisfeito, e essa avaliação envolve os seus valores e crenças pessoais (Martins & Santos, 2006). Ainda, esse estado emocional só se atingirá quando o trabalhador se sentir realizado profissionalmente em relação às suas expectativas, necessidades e valores. Ou seja, o profissional só será considerado como satisfeito quando o que recebe está de acordo

com aquilo que esperava obter, como remuneração adequada, segurança no emprego, ambiente harmonioso no trabalho, amizade, valorização e reconhecimento profissional, e oportunidade de trabalhar em equipa (Carvalho & Lopes, 2006). A estes elementos, Martinez, Paraguay & Latorre (2004) acrescentam ainda as possibilidades de promoção, as características da supervisão e gestão, e as políticas e competências da instituição/empresa.

Verifica-se, então, que quando se tentam enumerar os fatores subjacentes à satisfação profissional, são inúmeros os encontrados. Se, por um lado, Martinez *et al.* (2004) apontam três grupos influenciadores da satisfação no trabalho - diferenças na personalidade, diferenças no ambiente de trabalho e diferenças nos valores atribuídos ao trabalho, Graça (1999) alarga a operacionalização da satisfação no trabalho para sete dimensões: 1) autonomia e poder; 2) condições de trabalho e saúde; 3) realização profissional, pessoal e desempenho organizacional; 4) relacionamento profissional/utente e equipa; 5) remuneração; 6) segurança no emprego; e 7) status e prestígio.

Para Martinez *et al.* (2004), o ambiente psicossocial no trabalho engloba a organização no trabalho e as relações psicossociais que se estabelecem. Assim, os fatores psicossociais dizem respeito à interação entre o próprio contexto de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades do trabalhador, necessidades, cultura e as causas pessoais para além do trabalho, que podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no mesmo. Este mesmo estudo, ao evidenciar a associação da satisfação no trabalho com a saúde dos trabalhadores nos seus aspetos “saúde mental” e “capacidade para o trabalho”, mostra a importância dos fatores psicossociais em relação à saúde e bem-estar dos trabalhadores.

A satisfação profissional surge assim como um fenómeno complexo que resulta da interação entre os indivíduos e as variáveis situacionais (Ribeiro, 2007; Rocha, 2007; Hespanhol, 2008; Bezerra, Andrade, Andrade, Vieira & Pimentel, 2010).

Sobre este tema muitas teorias foram desenvolvidas ao longo do tempo, tentando definir os contornos do conceito e a rede que o envolvia, despertando o interesse de profissionais de saúde e de investigadores das mais diversas áreas.

Por conseguinte, perante a distinção dos conceitos de satisfação e motivação, e atendendo ao tema central desta investigação, abordam-se numa perspetiva temporal, apenas as teorias diretamente ligadas à satisfação no trabalho e excluem-se as teorias de motivação.

Os primeiros estudos sobre satisfação profissional surgem, em 1912, a partir das pesquisas realizadas por Taylor sobre “Gestão Científica” (Ferreira, 2003). Porém, nestas

pesquisas, o conceito de satisfação encontrava-se intimamente ligado às questões da fadiga e do salário, e das suas repercussões na produtividade (Cura & Rodrigues, 1999; Martins & Santos, 2006).

Mais tarde, Mayo e seus colaboradores trouxeram grandes contribuições para o estudo deste conceito, e consideraram que a satisfação era muito mais determinada pelas relações sociais do que pela recompensa salarial (Martins & Santos, 2006).

Durante a II Guerra Mundial, com o surgimento do movimento das Relações Humanas, a preocupação dos estudiosos, principalmente Herzberg, com respeito à satisfação no trabalho, era a de melhorar os aspetos morais do empregado, através da redefinição do próprio trabalho (Cura & Rodrigues, 1999).

A Teoria dos dois fatores de Frederic Herzberg surge em 1959. Este autor abordou pela primeira vez a satisfação e a motivação no trabalho como dois fenómenos distintos (Bezerra *et al.*, 2010). De acordo com esta teoria, existem dois fatores que orientam o comportamento das pessoas:

a) Fatores higiénicos - influenciadores da insatisfação no trabalho e que dizem respeito às condições que envolvem o empregado: condições físicas no trabalho, salário, benefícios e segurança no trabalho.

b) Fatores motivacionais - também podem ser denominados de fatores intrínsecos, influenciam a satisfação no trabalho, e são referentes à tarefa e à sua execução: a liberdade de criar, de inovar, de procurar formas próprias e únicas de atingir os resultados da tarefa, os sentimentos de crescimento individual e de reconhecimento profissional (Hespanhol, 2008; Bezerra *et al.*, 2010).

De salientar que os fatores higiénicos e motivacionais são independentes e não se articulam entre si. São responsáveis pela satisfação profissional das pessoas são completamente distintos dos fatores de insatisfação profissional. Neste sentido, Martins & Santos (2006) afirmam que a maior contribuição desta teoria foi a identificação da importância do crescimento psicológico como condição necessária para a satisfação no trabalho, e a demonstração que este crescimento vem do próprio trabalho.

Nesta conceção, redefinir o trabalho, tornando-o mais desafiante e rico, mostrava a responsabilidade e o cuidado da empresa para com o trabalhador, o que aumentava a sua satisfação e produtividade (Martins & Santos, 2006; Santos, Braga e Fernandes, 2007).

A teoria dos dois fatores de Herzberg, fundamentou um estudo realizado por Andrade, Pereira & Ckagnazaroff (2007, cit. por Bezerra *et al.*, 2009), o qual, apesar de não se centrar na enfermagem, é de interesse significativo. Atendendo à identificação

que os autores fizeram das críticas presentes na literatura à teoria de Herzberg, surgem questões que se prendem fundamentalmente com: i) a confiabilidade da metodologia da pesquisa realizada por Herzberg, basicamente pela sua limitação (originada pela própria subjetividade dos membros da amostra ao responderem e dos pesquisadores ao interpretarem os resultados); ii) a falta de uma medida geral para a satisfação; iii) o facto de ignorar as variáveis situacionais e, finalmente, iv) a relação entre satisfação e produtividade sem, contudo, abordar a questão da produtividade nos estudos realizados.

Bezerra *et al.* (2009) acrescentam ainda que, para Herzberg, a motivação do empregado reside no exercício de tarefas e atividades que ofereçam suficientes desafios e significados para o trabalhador.

Outra teoria surge em 1964 com Vroom, a Teoria da expectativa, segundo a qual variáveis situacionais e de personalidade produzem satisfação, ou seja, a satisfação é encarada como uma reação antecipada a um resultado ou expectativa que o empregado espera conseguir (cit. por Martins & Santos, 2006). Por outro lado, e tendo em conta que Herzberg não considera as diferenças individuais, para Vroom, o processo de satisfação deve ser explicado em função dos objetivos e das escolhas de cada pessoa, bem como das expectativas de se atender a esses objetivos (cit. por Junqueira, Bispo & Calijuri, 2007).

Posteriormente surgiram novas teorias tais como a Teoria das necessidades de realização de Lofquist e Davis (1969), Porter (1962) e Wofford (1971). Estes autores defendiam que a satisfação no trabalho era determinada a partir do grau segundo o qual o trabalho responde às necessidades de realização do indivíduo, básicas para o seu bem-estar (Martins & Santos, 2006), ou seja, a satisfação é obtida pela diferença entre o que é desejado, ou esperado, e o que é obtido. Neste sentido, Porter e Lawler, partindo da teoria de Vroom desenvolveram um modelo com o qual pretenderam explicitar e concretizar alguns conceitos. Neste modelo, a satisfação é determinada pelas recompensas, sobretudo em função do modo como são percebidas. Assim, a quantidade de esforço que é feito pelo indivíduo no sentido de obter essas recompensas (reforço) através do seu desempenho, depende do valor que ele atribui a essa recompensa, bem como da probabilidade que ele considera que tem de a obter (Andrade, 2001). É criticada por não considerar a experiência de serviço, excluindo assim fatores que atuam na determinação da satisfação (cit. por Esperidião & Trad, 2006).

Em 1972, Wernimont (cit. por Martins & Santos, 2006) defende uma nova teoria e, de acordo com a mesma, variáveis externas como políticas da empresa, condições de trabalho, salário, entre outras, eram a causa de variáveis internas como sentimentos de

satisfação ou insatisfação que, por sua vez, produziam variáveis consequentes como rotatividade, ausências e motivação no trabalho.

Por sua vez, Locke (1976 cit. por Martins & Santos, 2006) defendia que a satisfação era determinada por dois amplos fatores interrelacionados: os *agentes* (como o relacionamento entre os chefes, colegas e subordinados, o próprio *self* do indivíduo, as políticas da empresa e as políticas de gestão), e os *eventos* (o trabalho em si, o pagamento, a política de promoção, o reconhecimento verbal e as condições de trabalho). A teoria de Locke focaliza-se em qualquer resultado valorizado pelos indivíduos, independentemente da sua natureza. Logo traz implicações importantes, nomeadamente a necessidade de modificar alguns dos aspetos do trabalho para que haja satisfação no mesmo (Caldeira, 2003). Esta teoria sugere, pois, que estes aspetos diferem de indivíduo para indivíduo e incluem os aspetos valorizados do trabalho nos quais as pessoas consideram existir maiores discrepâncias. Cura & Rodrigues (1999) acrescentam ainda que, à luz da Teoria de Locke, o homem avalia as suas experiências no trabalho utilizando a bagagem de atitudes, crenças e valores que traz consigo, resultando num estado emocional que, se agradável, produz satisfação, se desagradável, levará à insatisfação.

Outra teoria surge com Landy (cit. por Andrade, 2001) que se baseia no carácter psicológico atribuído à satisfação e no envolvimento do sistema nervoso central. Ou seja, a Teoria da Equidade de Landy (1978) propunha que a insatisfação era um efeito desagradável de cognições discordantes que constituía uma fonte de tensão a ser reduzida e, para isso, o indivíduo gastava energia. Assim, a satisfação era definida como ausência de insatisfação (Martins & Santos, 2006). Os indivíduos avaliam os serviços em termos de “ganhos” e “perdas” individuais e na comparação com outros indivíduos.

A teoria da equidade tem sido bastante valorizada pelos estudiosos do tema, pois postula que o indivíduo avalia os serviços segundo critérios de equidade, introduzindo dessa forma elementos de comparação social, confrontando a avaliação de um único paciente com as dos demais (Esperidião & Trad, 2006).

Num outro ponto de vista Orpen (cit. por Siqueira, 2010), em 1981, defende a influência dos valores na satisfação no trabalho, abordando a satisfação como uma atitude (Martins & Santos, 2006), que dependia e era influenciada por valores pessoais. Se os valores dos indivíduos não fossem respeitados nas situações de trabalho, provavelmente o trabalhador ir-se-ia sentir insatisfeito.

Staw e Ross (1985, cit. por Siqueira, 2010) afirmam que as atitudes no trabalho podem ser determinadas tanto por fatores situacionais, quanto por aspetos disposicionais

do indivíduo, relativamente estáveis através do tempo. Assim, mudanças no ambiente de trabalho poderiam afetar o indivíduo, consoante as suas características emotivas. Atitudes no trabalho, como satisfação, poderiam ser previstas por disposições emotivas do homem, mas estariam influenciadas por aspetos ambientais.

Quarstein, McAfee e Glassman (cit. por Sisqueira, 2010), em 1992, postularam a satisfação como evento causado por características e ocorrências situacionais. As características seriam formadas por aspetos que os indivíduos avaliam antes de aceitar o emprego, como o pagamento e condições de trabalho, sendo que estes se apresentam como mais estáveis. As ocorrências situacionais consistiriam nos aspetos de trabalho que não poderiam ser previamente avaliados, e quase sempre se manifestariam de modo inesperado, depois dos indivíduos já se encontrarem no emprego.

Cavanagh (cit. por Martinez & Paraguay, 2003), em 2002, não formulando uma teoria de satisfação, categorizou três grupos de aspetos que influenciam a satisfação no trabalho: diferenças na personalidade, diferenças no trabalho e diferenças nos valores atribuídos ao trabalho. Afirma assim que a perspetiva das diferenças de personalidade vê a satisfação no trabalho como um fenómeno que pode ser explicado predominantemente em termos de personalidade dos indivíduos; que as variações na satisfação no trabalho são resultados de diferenças na natureza do trabalho, em que podem ser considerados todos os aspetos psicossociais do trabalho, tais como a procura da tarefa, o papel do indivíduo na organização, relacionamentos interpessoais, possibilidades de desenvolvimento da carreira, clima e estrutura organizacional; e que o trabalho é valorizado de maneiras diferentes para cada um, podendo ser uma parte muito importante da vida, como apenas mais um aspeto da vida que existe para prover outras necessidades.

Relativamente à satisfação no trabalho, Brie e Weiss (2002, cit. por Sisqueira, 2010), afirmam que uma das principais dificuldades a estudar é a identificação de um instrumento que contemple a definição do consumo de satisfação como uma variável atitudinal, que envolve afeto do indivíduo sobre o seu trabalho e que depende de aspetos emocionais e ambientais.

Mais recentemente, em 2004, a satisfação no trabalho foi definida como uma variável de atitudes que reflete como o indivíduo se sente em relação ao trabalho de forma geral e aos seus vários aspetos (Spector cit. por Sisqueira, 2010).

Salienta-se que o surgimento de cada teoria não invalida a anterior. Pelo contrário, cada uma deve ser analisada na sua individualidade e atendendo ao contexto histórico e social em que se insere.

Por outro lado, depois de décadas de estudos, constata-se que não há acordo na literatura sobre as causas e componentes da satisfação no trabalho. Se por um lado existe a tendência para investigar o aspeto emocional do indivíduo, por outro, há uma tendência mais atual de definir o constructo como sendo de natureza afetiva, atitudinal, e determinado por variáveis de vários níveis (individuais, grupais ou organizacionais). Como se pode deduzir da breve apresentação dos modelos teóricos, consolida-se agora a ideia de que a instituição também é responsável pela satisfação do trabalhador (Martins & Santos, 2006).

Em suma, a satisfação no trabalho é um fenómeno amplamente estudado na atualidade, cujo interesse decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador. Esta influência pode afetar a sua saúde física e mental, as suas atitudes e o seu comportamento profissional e social, trazendo repercussões para a vida pessoal e familiar do indivíduo, bem como para as organizações em que este está inserido, independentemente de serem do setor público ou do privado.

3.2. Satisfação Profissional em Enfermagem

Os profissionais de saúde integram um grupo em que a sua profissão tem um desgaste mais rápido, decorrente de um grande número de situações de stress, de entre as quais, o confronto com o envelhecimento da população aliado a um aumento de processos crónicos, o aumento da exigência dos utentes a quem se prestam cuidados e as precárias condições de trabalho e emprego (Meireles, 2010). Deste modo, depreende-se que novas e complexas exigências se colocam ao indivíduo no seu local de trabalho, não conseguindo este, por vezes, prosseguir com êxito os objetivos a que se propôs, de tal modo que a insatisfação laboral, entre outros aspetos, passe a ser uma constante do exercício profissional (Meireles, 2010).

A satisfação dos profissionais de saúde é, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, um dos quatro critérios de avaliação periódica do SNS, em conjunto com a satisfação dos utentes, a qualidade dos cuidados e a eficiente utilização dos recursos, do ponto de vista do custo/benefício (Decreto-lei nº 48/90, de 24 de agosto). Porém, apesar desse enquadramento legal, a integração do conceito passa com dificuldade do âmbito académico (enquanto objeto de dissertações de mestrado e até de teses de doutoramento), para a cultura e a práticas gestionárias da saúde (Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2010). Ainda assim, em 2009, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários e o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

estabeleceram um protocolo com o objetivo de viabilizar um estudo de satisfação dos profissionais das USF, no âmbito da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2007) defende que a liberdade de atuação autónoma e responsável, relacionada com o seu âmbito, está consistentemente relacionada com a satisfação profissional dos enfermeiros. Assim, quando os enfermeiros têm poucas oportunidades de intervenção no cuidado aos doentes, sentem que a sua experiência não é valorizada, o que diminui o seu compromisso para com os empregadores.

Apesar de aplicados a diferentes áreas médicas, a diferentes serviços hospitalares ou a profissionais com determinado nível hierárquico em enfermagem, muitos estudos têm sido realizados na área da satisfação profissional (Ferreira & Sousa, 2006; Mauro & Veiga, 2008; Zangaro & Soeken, 2007; Frederico & Leitão, 1999; Santos & Sustelo, 2009; Batista *et al.*, 2010; Al-Hussami, 1998; Delgado, Pereira, Morais, Delgado & Castro, 2009; Hespanhol, 2008; Loureiro *et al.*, 2007; Ribeiro, Gomes & Silva, 2010; Gomes *et al.*, 2009; Fontes, 2009; Seixas, 2009; Batista *et al.*, 2005; Herrera-Amaya & Manrique-Abril, 2008 cit. por Barros, 2010; Schmidt & Dantas 2006; Carvalho & Lopes, 2006). A nossa análise centra-se nos mais recentes e, conseqüentemente, nos mais próximos da realidade socioeconómica em que nos encontramos.

No que concerne aos fatores influenciadores da satisfação profissional dos enfermeiros, Ferreira & Sousa (2006) apontam: a) escassa autonomia dos profissionais, b) indefinição das tarefas, c) elevada pressão a que estão submetidos, d) sobrecarga de trabalho, e) falta de apoio dos supervisores, f) fracas expectativas de carreira e desenvolvimento profissional, g) fraco reconhecimento pessoal e profissional, e h) não melhoria dos cuidados de saúde prestados.

A satisfação dos enfermeiros pode também ser influenciada por fatores globais, tais como o apoio por parte do governo, as infraestruturas físicas e o compromisso estabelecido entre a entidade empregadora e os serviços de enfermagem (ICN, 2007). Nomeadamente, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2007), o ambiente favorável às práticas, propício para a satisfação profissional, baseia-se em enquadramentos políticos inovadores centrados no recrutamento e retenção, estratégias para a formação e promoção contínuas, compensação adequada dos empregados, programas de reconhecimento, equipamentos e materiais suficientes, e num ambiente de trabalho seguro.

A nível internacional, no Brasil, Mauro & Veiga (2008), identificaram como potenciais fatores influenciadores da satisfação, no seu estudo direcionado a problemas

de condições de trabalho de enfermeiros de um hospital federal do Rio de Janeiro: a remuneração, as oportunidades de carreira, as garantias disciplinares, as horas de trabalho, o descanso e as férias, a segurança social, a proteção na saúde e a oportunidade de formação inicial e contínua.

Outros estudos recentes sobre a satisfação com a vida profissional dos enfermeiros apontam que os atributos liderança, autonomia e trabalho em equipa são os que mais contribuem para a satisfação dos enfermeiros (Zangaro & Soeken, 2007).

Relativamente às características da supervisão e gestão, Frederico & Leitão (1999) concluíram que o funcionamento dos serviços, a produtividade, a motivação e a satisfação dos funcionários são determinados pela postura e atitude do chefe/supervisor. Assim, este deve atender ao entendimento entre elementos da equipa, estar sensível à integração de novos profissionais, estar atento e permitir a manifestação de sentimentos e ideias, criar consenso, e deve saber ouvir e detetar necessidades que aumentem a motivação e a satisfação.

Num estudo desenvolvido por Santos & Sustelo (2009), com uma amostra de 100 trabalhadores de um hospital privado português, a perceção da cultura organizacional, por si, explica parte da variabilidade da satisfação geral (32%), significativamente mais do que as variáveis socioprofissionais (18%) ou as variáveis de caracterização sociodemográficas dos indivíduos (2%).

Mantendo a análise de modelos de gestão, neste caso hospitalar, e da sua relação com a satisfação em enfermagem, Batista *et al.* (2010), no Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE (Covilhã) e no Hospital Sousa Martins (Guarda), com uma amostra de 218 Enfermeiros, pretenderam identificar as variáveis preditivas na satisfação dos enfermeiros nos dois hospitais com modelos de gestão diferentes. Assim, como principais resultados obtiveram que, em relação à área de Recursos Humanos, os enfermeiros do CHCB, EPE apresentam uma média (14,63) superior aos enfermeiros do HSM ($p=0,007$); quanto aos Órgãos de Gestão, os enfermeiros do CHCB, EPE encontram-se mais satisfeitos do que os enfermeiros do HSM, no entanto, não existe diferença estatisticamente significativa entre as médias; no campo do vencimento, pode-se inferir que em ambos os hospitais os enfermeiros estão pouco satisfeitos com o vencimento que auferem, não havendo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,081$); na qualidade do hospital na prestação de cuidados, verifica-se uma maior satisfação por parte dos enfermeiros do CHCB, EPE; o mesmo se verifica para a qualidade dos serviços na prestação de cuidados.

Comparando hospitais com centros de saúde, Delgado *et al.*, em 2009, num estudo com uma amostra de 63 enfermeiros especialistas em Saúde Materno e Obstetrícia, verificaram relação estatisticamente significativa entre a satisfação profissional e o tipo de instituição, a relação com a chefia, a relação com os colegas e a equipa multidisciplinar; sendo que a satisfação global dos enfermeiros é significativamente diferente e inferior no hospital em relação ao centro de saúde. A nível do relacionamento os enfermeiros que têm pior relacionamento com a chefia, com os colegas e com a equipa multidisciplinar, têm menor satisfação global.

Novamente a nível internacional, nos Estados Unidos, Al-Hussami, em 1998, estudou a relação entre a satisfação em enfermagem e o comprometimento organizacional, o apoio da organização, a liderança transaccional, a liderança transformacional e o nível de educação. Para tal, recorreu a uma amostra de 192 enfermeiros de 4 Lares privados de Miami-Dade. Como resultado de relevo, identificou uma correlação positiva entre a variável dependente e as variáveis independentes, referidas acima.

Ainda no que diz respeito ao tipo de cultura/gestão da organização, Santos & Sustelo (2009) concluíram que as quatro dimensões da cultura organizacional – apoio, regras, inovação e objetivos – explicam 32% da variabilidade da satisfação geral; contudo, o contributo principal é dado pelas dimensões “apoio” e “objetivos”. Ainda, estes autores concluíram que as variáveis socioprofissionais também contribuem de forma significativa para a explicação da satisfação geral (18%), nomeadamente através da variável tempo de serviço.

Relativamente ao exercício profissional, Hespanhol (2008) avaliou a satisfação global e a satisfação com os diferentes aspetos do exercício da enfermagem a nível de todos os elementos do Centro de Saúde de São João – Porto (n=31 enfermeiros). Neste estudo, a percentagem dos enfermeiros respondentes que declararam estar completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou satisfeitos com o trabalho na sua globalidade foi de 90%; por outro lado, nas componentes da satisfação profissional que os profissionais declararam obter mais satisfação predominam os fatores intrínsecos.

Mantendo a temática anterior, numa ampla amostra com 114 enfermeiros-chefes (88% da população) e 1434 enfermeiros (61% da população), Loureiro e colaboradores, em 2007, constatou que os enfermeiros se encontravam satisfeitos profissionalmente (60%) e satisfeitos com a supervisão (80%). A insatisfação é sentida na renumeração, na organização como um todo e nas expectativas de promoção. 61,3% dos enfermeiros-chefes apresentavam orientação para as relações humanas e 24,6% uma orientação

para a tarefa. Relativamente ao controlo e influência situacional, 65,8% referiam ter controlo situacional alto, 33,3% um controlo situacional moderado e 0,9% um controlo situacional baixo. Por último constataram também que não é tanto o estilo de liderança que influencia a satisfação profissional dos enfermeiros e a sua satisfação com a supervisão, mas fundamentalmente o grau de controlo e influência situacional do enfermeiro-chefe.

Ainda assim, Ribeiro *et al.* (2010) num estudo realizado em Portugal, cuja amostra era constituída por 68 médicos e 73 enfermeiros, concluíram que 56,9% dos enfermeiros voltariam a escolher a mesma profissão. Ainda, os níveis globais de satisfação e realização pessoal e profissional foram os seguintes: 1) 1.5% de médicos e 14.3%

Num outro estudo português, direcionado à orientação profissional, Gomes *et al.* (2009), com uma amostra de 286 enfermeiros de Hospitais e Centros de Saúde da região norte, concluíram que, de acordo com os resultados obtidos, 24% dos inquiridos não voltaria a escolher a mesma profissão e 9% estão muito insatisfeitos com a mesma. Também, foram identificadas, como variáveis preditivas da satisfação profissional, a exaustão emocional, a despersonalização, a realização pessoal, e problemas com a remuneração e ambiente de trabalho.

Numa análise multidimensional de Fontes (2009), procurou-se identificar condições específicas no trabalho dos enfermeiros que condicionavam a sua satisfação profissional. Assim, em seis Serviços de Cuidados Intensivos (n=85) e oito Serviços de Medicina de dois hospitais do distrito do Porto (n=135), concluiu que os enfermeiros em estudo estavam mais satisfeitos com a dimensão status e prestígio, seguidos das dimensões: realização profissional/pessoal, desempenho, relacionamento profissional/utente e equipa, autonomia e poder, condições de trabalho e saúde, segurança no emprego, e remuneração; concluiu ainda que os enfermeiros consideram a dimensão condições de trabalho e saúde como a dimensão mais importante, seguindo-se: segurança no emprego; realização profissional/pessoal; desempenho organizacional; relacionamento profissional/utente equipa, autonomia e poder; remuneração; status e prestígio.

Em 2009, um estudo com uma amostra de 42 enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE, realizado por Seixas, revelou que de uma forma geral, os enfermeiros se encontram satisfeitos, em especial como as relações interpessoais. Os aspetos que levam a maior insatisfação estão relacionados com a componente de perspectivas de promoção, a organização e o funcionamento do departamento e a remuneração (Seixas, 2009).

Voltando a estudos internacionais, também no Brasil, relativamente à remuneração, Batista *et al.* (2005) estudaram os fatores de motivação e de insatisfação no trabalho do enfermeiro, junto de 52 enfermeiros de 11 instituições de saúde públicas de Aracaju. Concluíram que há evidência de que a remuneração é um fator de motivação no trabalho, e de que a retribuição financeira é um dos fatores de maior insatisfação com o trabalho.

Ainda, Herrera-Amaya & Manrique-Abril (2008 cit. por Barros, 2010), num estudo também fora do contexto nacional, realizado com enfermeiros de um hospital colombiano, encontraram relação estatisticamente significativa entre a remuneração e a insatisfação, sendo esta última distinta da satisfação como já se referiu anteriormente. Mas, num sistema onde a remuneração obtida seja independente dos custos gerados e dos resultados produzidos, o interveniente não terá interesse em produzir mais e/ou ter melhores resultados.

Ainda centrado na mesma temática, referindo outro estudo internacional, Schmidt & Dantas, em 2006, chegaram à conclusão com o seu estudo que os baixos salários das categorias da enfermagem são uma das causas de maior insatisfação. O que define que a enfermagem ainda é uma profissão mal remunerada no Brasil. Devido aos baixos salários, a maioria dos trabalhadores da enfermagem é obrigada a optar por mais de um emprego, o que leva essas categorias a permanecerem no ambiente dos serviços de saúde a maior parte do tempo das suas vidas produtivas. Essa situação leva ao aumento do período de exposição aos riscos existentes nesses locais, podendo haver prejuízo para a qualidade de vida no trabalho. Outro aspeto importante é a diminuição de tempo para atividades de lazer e recreativas, necessárias para a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores.

A remuneração volta a ser referida num estudo de Carvalho & Lopes (2006) numa Unidade de Emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto – Brasil, que avaliou a satisfação profissional dos enfermeiros numa unidade de emergência. Com uma amostra de 15 profissionais, os resultados evidenciaram que, relativamente à *Satisfação Geral* (satisfação em relação a esta característica) quanto maior o tempo de trabalho na emergência, menor é a satisfação geral do profissional; quanto ao *Desgaste Físico e Psicológico*, existe satisfação dos profissionais avaliados; quanto ao Status da Função, verifica-se a insatisfação em relação à importância dada ao trabalho no contexto social, e quanto maior o tempo de trabalho na unidade, maior é a insatisfação com o status da função; no que diz respeito à *Localização da Empresa* estão satisfeitos; quanto aos *Benefícios Compensadores* está presente a insatisfação dos profissionais com

benefícios assistenciais e remuneração - quanto maior o tempo de trabalho na unidade, menor é a satisfação com os benefícios compensadores oferecidos; relativamente ao *Reconhecimento* há uma preocupação do empregado com a importância dada à qualidade dos seus serviços prestados, demonstrando a insatisfação do profissional em termos de autorrealização e como significado que tem para ele a opinião das pessoas sobre o seu trabalho; por último, no campo do *Desenvolvimento Pessoal* há falta de interesse em se aprimorar na sua profissão, e quando se correlaciona este resultado com o tempo de trabalho na unidade, observa-se que quanto maior o tempo, menor é a satisfação.

Em suma, dos estudos abordados e referenciados anteriormente pode-se concluir que:

- ao nível do setor privado a cultura organizacional é de especial relevo;
- como fatores influenciadores da satisfação definem-se aspetos individuais, interpessoais, institucionais e governamentais;
- a maioria dos enfermeiros escolheria novamente a mesma profissão apesar do fraco reconhecimento profissional e pessoal;
- o maior fator de insatisfação por parte da classe de enfermagem é a remuneração e a progressão profissional.

Apesar dos todos os estudos existentes sobre Satisfação Profissional em Enfermagem, alguns referidos anteriormente, constata-se, porém, que aqueles que se propõem a fazer uma comparação entre o setor público e o setor privado, estão em número reduzido. Especificamente, em Portugal, posterior a 2005, foi encontrado apenas o estudo, já referido, de Batista *et al.* (2010).

A escassez de estudos sobre esta temática poderá eventualmente ser explicada pelas mudanças inerentes à própria gestão do sistema de saúde. Nomeadamente, só a partir de 2002 é que se começa a focar a atenção nos sistemas de gestão privada e, só em 2009 é que surge o conceito de Hospital EPE. Justifica-se assim a pertinência da investigação sobre esta área específica, ainda pouco explorada.

II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Nesta segunda parte do estudo procuramos clarificar aspetos de natureza metodológica pelos quais nos orientamos. Iniciamos com a contextualização do estudo, procedendo à justificação e finalidade do mesmo. Ao longo deste capítulo procuraremos descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação relativamente aos métodos adotados tendo em conta a definição da problemática. Na apresentação do desenho do estudo, descreveremos o tipo de estudo adotado, bem como a estratégia utilizada para a recolha e análise de dados. Passamos então a referir os motivos que norteiam a decisão por este estudo e que justificam a pertinência do mesmo.

1. METODOLOGIA

Este estudo teve como objetivo avaliar a satisfação com o trabalho dos enfermeiros de forma comparativa entre os que exercem a sua profissão em instituições públicas e privadas do sistema de saúde nacional. Pretende-se, ainda, identificar em que medida algumas variáveis sociodemográficas, profissionais e laborais podem influenciar positiva ou negativamente essa satisfação. Assim sendo, delineou-se um estudo de tipo quantitativo, de carácter exploratório, descritivo e correlacional, uma vez que se explora a relação entre fatores ou variáveis, visando identificar as ligações entre as variáveis e descrever estas relações, dado que o fenómeno já foi explorado, descrito e denominado (Fortin, 1999).

Explicitando melhor esta orientação, este capítulo inicia-se com as questões de investigação e as hipóteses a testar. Segue-se a descrição da metodologia adotada, explicitando os critérios de seleção da amostra e as suas características gerais; as variáveis em estudo e a sua operacionalização; o instrumento utilizado; os procedimentos de colheita de dados; o tratamento estatístico efetuado; e por fim os princípios éticos considerados.

1.1. Questões e Hipóteses de Investigação

As Questões de Investigação são então:

Q₁ (principal) – Existem diferenças nos níveis de “Satisfação no Trabalho” entre enfermeiros que desempenham funções no setor público e no setor privado?

Q₂ - Em que dimensões da “Satisfação no Trabalho” dos enfermeiros se verifica maior e menor satisfação?

Q₃ – Quais as variáveis que exercem influência nos níveis de “Satisfação no Trabalho” dos enfermeiros?

Para tentar encontrar respostas para as questões acima enunciadas procurámos definir algumas hipóteses de trabalho.

H₁ - A “Satisfação no Trabalho” dos enfermeiros portugueses é diferente consoante estes exerçam funções no setor público ou privado.

H₂ - Existe correlação entre as *variáveis sócio-demográficas* (Idade; Género; Estado civil) dos enfermeiros e a sua “Satisfação no Trabalho”;

H₃ - Existe correlação entre as *variáveis profissionais* (Habilitações académicas; Categoria Profissional; Tempo de Serviço; Tipo de instituição; Trabalho por turnos) dos enfermeiros e a sua “Satisfação no Trabalho”;

H₄ - Existe correlação entre as *variáveis laborais* (Número de entidades empregadoras; Remuneração Mensal; Periodicidade dos aumentos; Pagamento de Incentivos) dos enfermeiros e a sua “Satisfação no Trabalho”.

1.2. População e Amostra

Para testar as hipóteses estabelecidas foi necessário selecionar a população alvo (toda a população que interessa ao investigador) e a população de acesso ou amostra (indivíduos que com critérios de elegibilidade e são acessíveis ao pesquisador) (Polit & Hungler, 1995).

Assim, de acordo com a OE (2011), até 31 de dezembro de 2010, existiam 62566 enfermeiros em Portugal, os quais constituem a população em estudo. A definição da nossa amostra foi ditada pelas questões a investigar e pelas restrições de ordem logística, deontológica e de tempo disponível.

A amostra foi então selecionada de forma não probabilística, através do método de “bola de neve” (Fortin, 1999). Para tal, recorreu-se à construção de um inquérito eletrónico (*web survey*), e ao envio de pedidos de colaboração através de correio eletrónico a todos os enfermeiros (Anexo I) da rede de contactos da investigadora. A estes foi, por sua vez, solicitado o reenvio do e-mail a toda a lista de contactos de cada um, salientando-se a necessidade de não esquecer dessa lista os “colegas” que desempenhassem funções no setor privado.

Assim sendo, o único critério de inclusão considerado foi o de os enfermeiros possuírem endereço de correio eletrónico.

1.2.1. Caracterização geral da amostra

A amostra do estudo foi então constituída por 220 enfermeiros, dos quais 170 desempenham funções no setor público (empregador principal) e 50 no setor privado. As características da amostra serão apresentadas de acordo com a divisão que vem sendo estabelecida, isto é, por variáveis sociodemográficas, profissionais e laborais.

Variáveis Sociodemográficas

No que respeita à *idade* dos enfermeiros para o total da amostra, verifica-se (Quadro 2) que a média é de 36.42 anos com um desvio padrão de 9.59 anos, variando entre os 22 e os 58 anos como idades máximas. Comparando a idade consoante o tipo de gestão, verifica-se que a idade média é mais baixa na gestão privada (31.74 anos) do que na pública (37.80 anos), sendo as idades mínimas e máximas muito próximas (diferença de apenas 1 ano).

Quadro 2. Estatísticas resumo da variável *idade* dos enfermeiros (n=220)

Variável		\bar{x}	s	Med	Min.	Máx.
Idade	Amostra total	36.42	9.59	34	22	58
	Público	37.80	9.31	36	23	58
	Privado	31.74	9.13	29	22	57

No que concerne às restantes características sociodemográficas dos enfermeiros da amostra (Tabela 1), verificamos que relativamente ao género 66.8% da amostra total é composta por mulheres, número que é mais prevalente no setor privado (84.0%) do que no público (61.8%).

Relativamente ao estado civil, a grande maioria dos enfermeiros da amostra estão casados ou em união de facto (59.1%), sendo 35.5% da amostra solteiros e apenas 7.1% divorciados. Verifica-se que a proporção de solteiros é significativamente maior no setor privado do que no público (50.0% versus 31.2%).

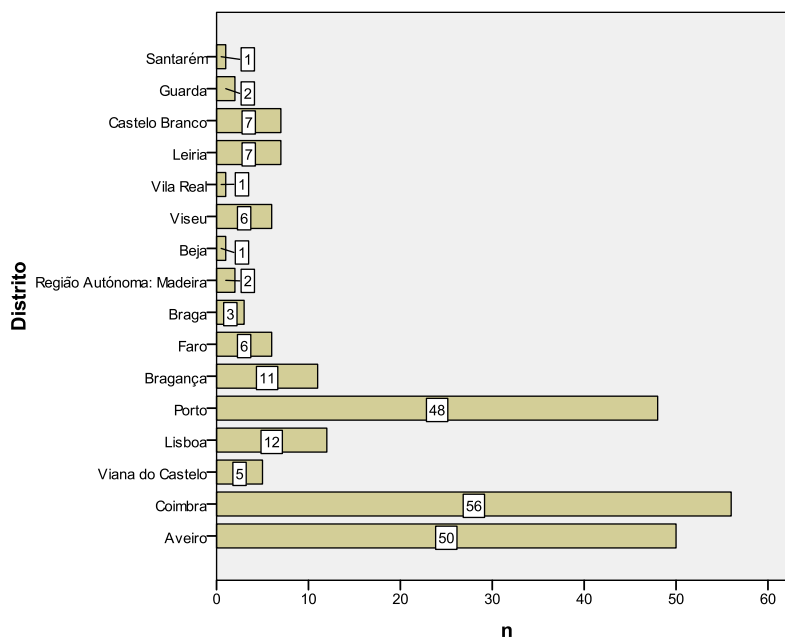
Relativamente às habilitações literárias, 47.7% dos enfermeiros possui Licenciatura, percentagem que é superior no setor privado onde 62% dos enfermeiros são licenciados. A percentagem de enfermeiros com bacharelato é muito diminuta (apenas um enfermeiro no setor público e outro no setor privado). Relativamente à percentagem de enfermeiros com pós-graduação, esta é semelhante para o total da amostra, bem como para o setor público e privado (14.1%, 13.5% e 16.0%,

respetivamente). A percentagem de especialistas e mestres é claramente superior no setor público relativamente ao privado. Apenas um enfermeiro da amostra possui doutoramento, trabalhando no setor público. Todos os enfermeiros da amostra são portugueses.

Tabela 1. Distribuição dos elementos da amostra em função das características Sociodemográficas (n= 220)

Variáveis:	Amostra total		Público	Privado
	N	%	%	%
Género				
Masculino	73	33.2	38.2	16.0
Feminino	147	66.8	61.8	84.0
Estado civil:				
Solteiro(a)	78	35.5	31.2	50.0
Casado(a) ou União de Facto	130	59.1	61.8	50.0
Divorciado(a)	12	5.4	7.1	--
Habilitações Literárias:				
Bacharelato	2	0.9	0.6	2.0
Licenciatura	105	47.7	43.5	62.0
Pós-graduação	31	14.1	13.5	16.0
Especialidade em Enfermagem	47	21.2	24.1	12.0
Mestrado	34	15.5	17.6	8.0
Doutoramento	1	0.6	0.6	--
Nacionalidade:				
Portuguesa	220	100.0	100.0	100.0

Gráfico 1. Distribuição dos elementos da amostra em função do distrito da instituição em que desempenham funções (n= 220)



Analisando agora o gráfico anterior (Gráfico 1), relativo ao distrito no qual os enfermeiros da amostra desempenham funções, verifica-se que os distritos de Coimbra, Aveiro e Porto são claramente os mais representados, com aproximadamente 50 enfermeiros em cada um destes distritos. De um total de 16 distritos, seguem-se com maior representação, embora bem mais diminuta, os distritos de Lisboa, Bragança, Castelo Branco e Leiria. Esta dispersão não traduz exatamente a representatividade do número de profissionais do país, que de acordo com a OE (2008), no final de 2007 se distribuía em maior número na região sul, seguida da região norte e só depois da região centro.

Variáveis Profissionais

No que respeita às variáveis profissionais, podemos verificar (quadro 2) que relativamente aos anos de serviço ou tempo de atividade profissional, a média para o total da amostra é aproximadamente 14 anos ($\bar{x}=13.9$, $s=9.5$). À semelhança da idade – diretamente relacionada com esta variável – a experiência profissional é superior no setor público relativamente ao privado ($\bar{x}=15.3$, $s=9.3$ versus $\bar{x}=8.9$, $s=8.7$ anos). Em termos de tempo mínimo e máximo de anos serviço, verifica-se que a dispersão amostral é semelhante nos dois grupos, variando entre três meses (0.24 anos) e quase 37 anos.

Quadro3. Estatísticas resumo da variável *Anos de Serviço* dos enfermeiros (n=220)

	Variável	\bar{x}	s	Med	Min.	Máx.
Anos de Serviço	Amostra total	13.89	9.49	36.80	0.24	36.80
	Público	15.34	9.26	15.00	0.24	36.80
	Privado	8.96	8.67	5.76	0.56	36.80

Analisando as restantes características referentes à profissão (Tabela 2), verifica-se que a categoria base, a de enfermeiro, é a mais representada em termos gerais (44.5%), ainda que obtenha maior proporção relativa no setor privado. No setor privado é evidente a diminuição da proporção de enfermeiros graduados, especialistas e chefes quando comparada com o setor público. Apenas a percentagem de enfermeiros diretores – para além da já referida categoria de enfermeiro – é proporcionalmente mais representada no setor privado do que no público.

A área hospitalar é claramente a mais representada na amostra (78.7%), até porque no setor privado os cuidados primários ainda não estão implementadas de forma significativa no nosso país.

Tabela 2. Distribuição dos elementos da amostra em função das características Profissionais (n= 220)

Variáveis:	Amostra Total		Público	Privado
	N	%	%	%
Categoria:				
Enfermeiro	98	44.5	38.8	64.0
Enfermeiro Graduado	56	25.5	27.6	18.0
Enfermeiro Especialista	32	14.5	17.1	6.0
Enfermeiro Chefe	27	12.3	13.5	8.0
Enfermeiro Supervisor	2	0.9	1.2	--
Enfermeiro Diretor	5	2.3	1.8	4.0
Tipo de Gestão da Entidade Principal:				
Pública	170	77.3		
Privada	50	22.7		
Tipologia da Entidade Principal:				
Hospital	133	78.7	78.7	96.0
Centro de Saúde/ USF	30	17.7	17.7	--
Outro	6	3.6	3.6	4.0
Tipo de Contrato:				
Nomeação	33	15.0	18.8	2.0
Contrato Administrativo de Provimento	12	5.5	5.9	4.0
Contrato Individual de Trabalho	92	41.8	36.5	60.0
Contrato de Trabalho a termo resolutivo	34	15.5	18.2	6.0
Contrato por tempo indeterminado	30	13.6	14.7	10.0
Quadro da Instituição	9	4.1	4.1	4.0
Trabalhador Individual	8	3.6	0.6	14.0
Outro	2	0.9	1.2	--
Turnos:				
Sim	145	65.9	62.4	78.0
Não	75	34.1	37.6	22.0
Mais que uma entidade empregadora:				
Sim	89	40.5	41.2	38.0
Não	131	59.5	58.8	62.0

Quanto ao tipo de contrato, ainda de acordo com a tabela 2, prevalece o contrato individual de trabalho (41.8%), sobretudo no setor privado (36.5% versus 60.0%). O regime de nomeação e o contrato de trabalho a termo resolutivo são os segundos e terceiros mais prevalentes no setor público, enquanto no setor privado se destaca o regime de recibos verdes (trabalhador individual).

Aproximadamente 70% dos enfermeiros trabalha por regime rotativo de horário (trabalho por turnos), modalidade mais prevalente no privado (78.0%) do que no público (62.4%).

Por fim, quando questionados se trabalham em mais que um local, a maioria dos enfermeiros referiu que não (59.5%), tanto no setor público (58.8%) como no privado (62.0%).

Variáveis Laborais

Analisando as características laborais da amostra (Tabela 3), verifica-se que quanto à periodicidade da realização da avaliação de desempenho, para a maior parte da

amostra (56.8%) esta realiza-se trianualmente, o que é mais comum para o setor público (68.2%), já que no setor privado prevalece a avaliação anual (48.0%) em relação a todas as restantes hipóteses de resposta.

A propósito do resultado dessa avaliação de desempenho, apenas uma pessoa referiu que a mesma foi “Não Satisfaz”, sendo que cerca de 19% dos enfermeiros ou ainda não foi avaliado ou preferiu não responder, pelo que cerca de 81% dos participantes foi avaliado satisfatoriamente. Em termos de diferença entre setores neste âmbito, verifica-se uma maior percentagem de enfermeiros sem avaliação no setor privado relativamente ao público.

Passando à periodicidade da realização do pagamento mensal, verifica-se que cumpre dia fixo para a quase totalidade da amostra (95.0%), não tendo nenhum enfermeiro referido atraso superior a duas semanas, sendo que apenas duas pessoas referiram atraso até duas semanas.

Tabela 3. Distribuição dos elementos da amostra em função das características laborais (n= 220)

Variáveis:	Amostra total		Público	Privado
	N	%	%	%
Periodicidade da Avaliação de Desempenho:				
Anualmente	49	22.3	14.7	48.0
Trianualmente	125	56.8	68.2	18.0
Não é realizada	29	13.2	12.4	16.0
Não sei/ Não respondo	14	6.4	3.5	16.0
Outro	3	1.4	1.2	2.0
Resultado da Avaliação:				
Satisfaz	178	80.9	85.9	64.0
Não Satisfaz	1	.5	0.6	--
Ainda não fui avaliado	30	13.6	9.4	28.0
Não sei/ Não respondo	11	5.0	4.1	8.0
Periodicidade do Pagamento Mensal:				
Cumprir dia Fixo	209	95.0	96.5	90.0
Atrasa até uma semana	9	4.1	3.5	6.0
Atrasa até duas semanas	2	.9	--	4.0
Remuneração Mensal				
Menos de 800€	5	2.3	--	10.0
800-1000€	30	13.6	8.2	32.0
1000-1200€	77	35.0	37.6	26.0
1200-1400€	44	20.0	23.5	8.0
1400-1500€	19	8.6	10.0	4.0
Mais de 1600€	42	19.1	19.4	18.0
Não sei/ Não respondo	3	1.4	1.2	2.0
Periodicidade dos Aumentos Remuneratórios:				
Anual	34	16.0	14.7	20.4
Consoante os objetivos	1	.5	0.6	--
Sem período fixo	177	83.5	84.7	79.6
Recebeu Incentivo(s):				
Sim	14	6.4	4.1	14.0
Ainda nunca recebi, mas existem	12	5.5	4.1	10.0
Não existem	190	86.4	89.4	76.0
Outra	4	1.8	2.4	--

Quanto à remuneração mensal, ainda de acordo com a tabela anterior, verifica-se que 35.0% da amostra ganha entre 1000 e 1200€, 20.0% entre 1200 e 1400€, e 19.1% mais de 1600€. No pólo oposto, a auferir menos de 800€ mensais estão 5 enfermeiros (2.3%), todos eles no setor privado. De resto, no setor privado 68% da amostra ganha até 1200€, enquanto no público esta percentagem se cifra nos 45.8%.

Para 83.5% da amostra os aumentos não cumprem período fixo, enquanto para os restantes os aumentos são anuais, excetuando um indivíduo para quem os aumentos se realizam de acordo com o cumprimento de objetivos (apenas um indivíduo no setor público). Verifica-se ainda que a percentagem de enfermeiros que recebe aumento anual é maior no setor privado do que no público.

Por fim, analisando os incentivos remuneratórios recebidos, constata-se que não existem para 86.4% da amostra, com menores percentagens de enfermeiros a referirem já ter recebido (6.4%) ou a não ter recebido apesar de existirem (5.5%). Também neste âmbito, no setor privado são dados mais incentivos aos enfermeiros do que no setor público.

1.3. Instrumento de Colheita de Dados e Estudo de Fidelidade

Atendendo ao tipo de estudo, nomeadamente à natureza do fenómeno em estudo e ao processo de amostragem selecionado, optou-se por recolher os dados através de um inquérito via web. Este inquérito (Anexo I) foi constituído por duas partes:

- Questionário sociodemográfico, profissional e laboral (da investigadora);
- Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (EAST-Enf) de Ferreira e Loureiro (2011; *no prelo*), cuja utilização foi devidamente autorizada pelos autores (Anexo II).

1.3.1. Questionário sociodemográfico, profissional e laboral

Este questionário é constituído por 14 questões de resposta rápida (idade, anos de serviço e distrito) ou fechada, na sua maioria de opção múltipla, onde se possibilitou a escolha da opção “outra” na maioria das questões.

Foi realizado um pré-teste a 10 enfermeiros conhecidos, que preencheram esta parte do questionário, sendo que revelaram dúvidas no preenchimento relativo ao tipo de contrato, pelo que houve necessidade de corrigir apenas essa parte.

1.3.2 Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (EAST-Enf)

A EAST-Enf foi desenvolvida por Ferreira e Loureiro (2011; *no prelo*), criada de raiz para a população portuguesa, a partir das perspetivas teóricas subjacentes, conjuntamente com a análise de conteúdo de entrevistas realizadas junto de 30 enfermeiros. Da análise destas entrevistas resultaram 50 itens em várias dimensões base, que foram testadas (pré-teste) numa amostra de 250 enfermeiros, que resultou na exclusão de 15 itens. Posteriormente foi aplicada a uma amostra de 722 enfermeiros, resultando daqui a versão final, utilizada neste estudo.

A avaliação da satisfação no trabalho dos enfermeiros é assim avaliada através de 25 itens, alguns apresentados negativamente e outros positivamente (ex: “O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados” e “Gosto do meu chefe”), que se dividem por seis dimensões: “Satisfação no Relacionamento com o Chefe”, “Satisfação com Benefícios e Recompensas”, “Satisfação com Promoção”, “Satisfação com Contexto de trabalho”, “Satisfação com a Comunicação”, “Satisfação no Relacionamento com a Equipa”

Estes itens são de resposta tipo *Likert* com formato de 1 (não concordo) a 5 (concordo inteiramente) pontos. Os scores de cada uma das subescalas são calculados a partir do somatório de cada um dos itens pertencentes a cada uma delas. O total pode variar de 25 a 125 pontos, sendo que quanto maior a pontuação total, maior a satisfação⁵. Relativamente ao estudo psicométrico da EAST-Enf, esta revela boa consistência interna (Alpha de Cronbach) nas suas dimensões, sobretudo na “Satisfação no Relacionamento com o chefe” ($\alpha = .80$), decrescendo nas restantes, verificando-se em duas delas um valor inferior a .70, nomeadamente na “Satisfação com o contexto de trabalho” ($\alpha = .68$) e na “Satisfação com a comunicação” ($\alpha = .55$), ainda que os autores (Ferreira e Loureiro, 2011; *no prelo*) os considerem aceitáveis face à natureza da dimensão, conteúdo e número de itens. Além disso, a estrutura emergida da análise fatorial em nada se opõem aos construtos teóricos emergentes nesta área. Esta análise realizada pelo método de componentes principais, seguindo rotação ortogonal *varimax*, resultou numa matriz de 6 fatores, que explicam na totalidade 55.7% da variância. É de salientar que a medida KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) é de .803 e o valor do teste de esfericidade de Bartlett foi de $\chi^2=4853.408$; $p=.000$, o que valida este processo.

⁵ Um engano na inversão dos itens na base dados no início da análise estatística levou a que a uma maior pontuação corresponda maior insatisfação, contrariamente ao preconizado. Como este lapso só foi notado no final de toda a análise realizada e pela inexistência de tempo para realizar outra análise, decidiu-se manter estes dados, que não exercem qualquer influência na validade dos resultados.

No Quadro 4 apresentam-se os itens que correspondem a cada uma das subescalas da EAST-Enf.

Quadro 4. Itens que compõem a EAST-Enf divididos pelas subescalas.

	Itens
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	2. Gosto do meu chefe 4. O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados 16. O meu chefe é injusto comigo 23. O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho
Satisfação com Benefícios e Recompensas	1. Tenho muito que fazer no meu trabalho 3. Os aumentos salariais são poucos e distantes 9. Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização 11. Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter 21. Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser
Satisfação com Promoção	8. As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais 15. Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos 18. A comunicação parece boa dentro desta organização 19. Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas 24. Quando faço um bom trabalho sou reconhecido(a) por isso 22. Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço 20. Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo
Satisfação com Contexto de trabalho	5. O meu trabalho é agradável 7. Gosto de fazer o que faço no meu trabalho 14. Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho
Satisfação com a Comunicação	10. Os objetivos desta organização não são claros para mim 12. Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado 13. Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho 25. Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	6. Gosto das pessoas com quem trabalho 17. Gosto dos meus colegas de trabalho

Fonte: Ferreira e Loureiro (2011; *no prelo*)

Estudo de Fidelidade

Relativamente às características psicométricas resultantes da aplicação desta escala na nossa amostra, foi determinada a sua fidelidade mediante o cálculo do Alfa de Cronbach, a técnica mais correntemente utilizada quando se utiliza uma escala de *Likert*, até porque este coeficiente deve ser determinado de cada vez que uma escala é utilizada (Fortin, 1999; Pestana & Gageiro, 2000), sobretudo quando esta ainda não foi muito estudada.

Antes de apresentarmos o coeficiente alfa de Cronbach para a globalidade dos itens, apresentamos a análise das subescalas (Quadro 5). Verificamos assim que cinco das seis escalas apresentam coeficientes alfa de Cronbach acima de .70, sendo que três delas apresentam coeficientes superiores a .80. No entanto, a subescala “Satisfação com Benefícios e Recompensas” apresenta um $\alpha=.54$, valor inferior ao mínimo aceitável/desejável (.70) (Nunnally, 1978), facto que torna “frágil” a utilização desta subescala em análises estatísticas na amostra constituída neste estudo.

Quadro 5. Coeficientes de correlação dos itens com o total de cada subescala da “EAST-Enf” e se apagados os itens e respectivos coeficientes de consistência interna de Cronbach

SUBESCALA	Itens	Correlação item total corrigido	Alfa se apagado o item
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	2	.741	.802
	4	.661	.840
	16	.729	.807
	23	.686	.823
	$\alpha = .857$ (4 itens)		
Satisfação com Benefícios e Recompensas	1	.120	.563
	3	.243	.515
	9	.415	.403
	11	.384	.425
	21	.346	.453
$\alpha = .538$ (5 itens)			
Satisfação com Promoção	8	.539	.798
	15	.603	.786
	18	.520	.800
	19	.720	.768
	20	.591	.788
	22	.377	.823
	24	.579	.790
$\alpha = .818$ (7 itens)			
Satisfação com Contexto de trabalho	5	.553	.666
	7	.614	.593
	14	.526	.697
$\alpha = .739$ (3 itens)			
Satisfação com a Comunicação	10	.644	.628
	12	.496	.719
	13	.529	.697
	25	.514	.707
$\alpha = .747$ (4 itens)			
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	6	.796	-- ^a
	17	.796	-- ^a
$\alpha = .885$ (2 itens)			
Total da Escala	$\alpha = .885$ (25 itens)		

^a Valor negativo devido a uma covariância negativa entre os itens.

Analisando as correlações dos itens das escalas com melhores coeficientes (Quadro 4), verificamos que em todas as subescalas, à exceção da subescala 2, apenas dois itens não possuem correlações no mínimo moderadas ($r > .50$), um deles é o item 22 “Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço” da subescala “Satisfação com a Promoção” ($r = .38$) e o item 12 “Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado” da subescala “Satisfação com a comunicação” ($r = .496$). Ainda assim apresentam correlações superiores a $.30$, valor por vários autores considerado mínimo para correlação válida (Nunnaly, 1978; Pestana e Gageiro, 2000).

Face a estas correlações e apesar de se terem realizado várias análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, através do método de componentes principais, com rotações varimax, entre outras (quatrimax, equamax), optou-se por manter a estrutura proposta pelos autores. Esta opção é justificada também pelo facto de os valores de

consistência interna obtidos neste trabalho serem superiores aos obtidos pelos autores da escala.

Por fim, verificou-se que o coeficiente alfa de Cronbach para o total da escala é de .88, podendo considerar-se muito bom.

1.4. Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de dados via Web processou-se em entre 29 de julho e 30 de setembro de 2011 (2 meses).

Os enfermeiros foram contactados por correio eletrónico, por método de bola de neve, encaminhado por amigos e conhecidos. Neste e-mail era enviada uma mensagem da investigadora explicando o intuito do estudo e facultando um *link* para o inquérito on-line. Esta mensagem foi enviada algumas vezes no sentido de promover a participação e a disseminação da mensagem.

Para a realização do inquérito on-line foi utilizado uma ferramenta paga, denominada Encuestafacil.com[®] uma ferramenta que é líder na Europa e América latina neste âmbito. Entre outras funcionalidades, esta ferramenta permite monitorizar permanentemente o número de acessos e o número de inquéritos completamente respondidos, bem como permite obter a qualquer momento os gráficos de respostas.

No final do inquérito obtém-se um ficheiro detalhado em Excel[®] ou Access[®] em formato descritivo ou numérico, que permite a posterior importação para o programa de análise de dados.

1.5. Tratamento Estatístico dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa SPSS Statistics[®] 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para o Windows.

No que diz respeito à análise dos resultados, os dados referentes às variáveis de categorização da amostra são apresentados em tabelas de distribuição de frequências, complementadas, sempre que a natureza da variável o permitiu por medidas de tendência central e de dispersão ou variabilidade.

Para a seleção e organização por dimensões (subescalas) dos itens incluídos na versão final da EAST-Enf, aplicado no âmbito deste trabalho, foi realizada uma análise da homogeneidade dos itens e da consistência interna da escala e das subescalas. Para tal, recorreu-se à opção *Scale* do referido programa de estatística e calculando as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total da escala e/ou subescala

(excluindo o respetivo item) e a sua influência sobre o alfa de Cronbach, utilizado como medida de fidelidade interna da escala.

Para testar as hipóteses recorreremos aos testes não-paramétricos U de Mann-Whitney para detetar diferenças significativas entre os valores centrais de dois grupos, H de Kruskal-Wallis para três ou mais grupos, e ao coeficiente de correlação de Spearman (r). Esta opção por testes não paramétricos justifica-se pelo facto de não se cumprir um dos três pressupostos para a utilização dos testes paramétricos, o pressuposto da normalidade ($p < .05$) da distribuição da variável dependente (Quadro 6).

Quadro 6. Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (com correção de significância de Lilliefors) para avaliação da aderência à normalidade da variável “Satisfação no Trabalho” para a variável “Tipo de Gestão” (n=220)

	Tipo de gestão	Estatística	p
1. Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Pública	.069	.049
	Privada	.090	.200
2. Satisfação com Benefícios e Recompensas	Pública	.089	.002
	Privada	.161	.002
3. Satisfação com Promoção	Pública	.066	.070
	Privada	.140	.016
4. Satisfação com Contexto de trabalho	Pública	.139	.000
	Privada	.140	.016
5. Satisfação com a Comunicação	Pública	.115	.000
	Privada	.189	.000
6. Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Pública	.247	.000
	Privada	.230	.000
EAST-Enf	Pública	.043	.200
	Privada	.140	.016

Este pressuposto não se verifica na quase totalidade das variáveis, com exceção da distribuição da subescala 1 no regime privado e da subescala 3 e total da escala para o regime público, verificados com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de significância de Lilliefors. Para além disso, dado o considerável desfasamento no número de enfermeiros entre grupos para a maior parte das variáveis analisadas, sobretudo na variável principal (tipo de gestão, 170 versus 50) é aconselhável a utilização destes testes, mais conservadores. No entanto, poderia ter-se considerado o teorema do limite central e recorrer-se ao uso de testes paramétricos.

Por fim, assumiu-se um $\alpha = .05$ como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior àquele valor ($p < .05$).

1.6. Princípios Éticos

A concretização de um trabalho de investigação implica por parte dos investigadores, o cumprimento de princípios éticos, uma vez que os resultados obtidos poderão contribuir, por um lado para o desenvolvimento do conhecimento científico, mas por outro, poderão comprometer a individualidade dos participantes, nomeadamente quando a informação fornecida pelos mesmos é deturpada. Nesse sentido, mantêm-se guardados os ficheiros com os dados resultantes da ferramenta on-line, que continuam disponíveis para qualquer auditoria que se possa vir a realizar.

Entende-se que esta metodologia de inquérito Web não envolve tantos riscos em termos éticos como os trabalhos convencionais. Em primeiro lugar, não são necessários os habituais pedidos de autorização às instituições, ma vez que os participantes são contactados a nível pessoal. Ainda assim, vários aspetos foram considerados neste âmbito, nomeadamente assegurar que: nenhuma instituição ou pessoa é identificada nas respostas do inquérito; é impossível a identificação de quem participou, a menos que essa pessoa tenha voluntariamente facultado o seu e-mail para receber informação dos resultados, como foi possibilitado a todos. Neste âmbito, considera-se que a empresa que vende o produto (inquérito online) é segura e credível e que não usará os dados recolhidos, até porque estes não são considerados “delicados”.

Também é importante considerar que a opção de não participar é mais facilitada desta forma do que pessoalmente, onde as pessoas se sentem mais “pressionadas” a participar e levar a respostas que refletem de forma mais desajustada a opinião/perspetiva dos participantes.

III. ESTUDO EMPÍRICO

O processo de investigação compreende uma série de etapas progressivas que permitem a realização de um projeto de investigação: as fases conceptual, metodológica e empírica e suas etapas correspondentes (Fortin, 1999).

Chegada à última das fases vai-se proceder à análise estatística dos dados, à apresentação e interpretação dos resultados e à análise crítica dos mesmos, com base na fundamentação teórica anterior.

1. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se agora os resultados obtidos que se referem às análises estatísticas dos dados colhidos, organizados no sentido de dar resposta às questões de investigação e testar as hipóteses formuladas.

Antes de apresentar os resultados dos testes de hipóteses, apresentam-se os resultados em termos de “Satisfação no Trabalho” dos enfermeiros que integraram a amostra deste estudo.

Relembre-se que uma das questões de investigação pretendia saber em que dimensões da “satisfação no trabalho” havia maior e menor satisfação. Analisando o Quadro 7, que apresenta as medidas resumo das subescalas e da pontuação total da EAST-Enf, optou-se por apresentar para além dos resultados da soma dos itens de cada subescala os valores das médias ponderadas (média da subescala a dividir pelo número de itens que a constituem), para permitir uma comparação mais fácil entre as subescalas. Assim, face ao formato de resposta dos itens (que varia de 1 a 5), pode verificar-se que para a escala total o valor da média da amostra está ligeiramente acima do ponto médio (2.5 pontos) indicando que estão mais insatisfeitos que satisfeitos ($\bar{x}=3.13$, $s=.53$).

Analisando as subescalas mais e menos pontuadas, verifica-se que a dimensão na qual os enfermeiros estão mais satisfeitos é na “*Satisfação com Contexto de trabalho*” ($\bar{x}=1.92$, $s=.71$), seguida de perto pela “*Satisfação no Relacionamento com a Equipa*” ($\bar{x}=1.96$, $s=.72$). Ao invés, como dimensões onde a insatisfação é maior são a “*Satisfação com Benefícios e Recompensas*” ($\bar{x}=3.97$, $s=.59$) e a “*Satisfação com Promoção*” ($\bar{x}=3.64$, $s=.75$). Considerando a análise das dimensões em termos de variabilidade da resposta dos enfermeiros, verifica-se que a subescala na qual as respostas foram mais uniformes foi a “*Satisfação com Benefícios e Recompensas*” (CV=14.9%; $s=.59$), na qual nenhum enfermeiro referiu estar completamente satisfeito (Mín=2). No polo oposto, onde as

respostas dos enfermeiros tiveram maior dispersão ou variabilidade foi na subescala “Satisfação com Contexto de trabalho” (CV=36.9%; s=.71).

Quadro 7. Medidas resumo das subescalas e da pontuação total da EAST-Enf (n=220).

Subescalas e total (da pontuação) da EAST-Enf	Resultados globais considerando o somatório dos itens de cada subescala					Resultados globais considerando a média ponderada dos itens de cada subescala				
	Mín.	Máx.	R	x	s	x	s	Mín.	Máx.	CV*
1 – Sat. Relac. Chefe (4 itens)	4	20	16	10.60	3.66	2.66	.92	1.00	5.00	34.6%
2 – Sat. Benef. Recomp. (5 itens)	10	25	15	19.88	2.95	3.97	.59	2.00	5.00	14.9%
3 – Sat. Promoção (7 itens)	7	35	28	25.50	5.22	3.64	.75	1.00	5.00	20.6%
4 – Sat. Contexto trabalho (3 itens)	3	15	12	5.77	2.12	<u>1.92</u>	.71	1.00	5.00	36.9%
5 – Sat. Comunicação (4 itens)	4	20	16	12.70	3.37	3.18	.84	1.00	5.00	26.4%
6 – Sat. Relac. Equipa (2 itens)	2	10	8	3.91	1.45	<u>1.96</u>	.72	1.00	5.00	36.7%
Total da EAST-Enf (25 itens)	38	114	74	78.34	13.37	3.13	.53	1.52	4.56	16.9%

(cada item é pontuado de 1=Concordo Totalmente até 5=Discordo totalmente; a maior pontuação corresponde maior insatisfação)

*CV= Coeficiente de Variação

Neste seguimento e analisando item a item (Quadro 8) verifica-se que os itens que obtiveram maior satisfação foram, por ordem decrescente, os itens: “14. *Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho*” (x=1.83, s=.86), “7. *Gosto de fazer o que faço no meu trabalho*” (x=1.85, s=.88), “6. *Gosto das pessoas com quem trabalho*” (x=1.94, s=.74) e o item “17. *Gosto dos meus colegas de trabalho*” (x=1.98, s=.78). Apenas estes quatro itens obtiveram uma pontuação média inferior a 2 pontos.

Como itens onde a insatisfação é maior salientam-se os seguintes itens: “3. *Os aumentos salariais são poucos e distantes*” (x=4.66, s=.73), “1. *Tenho muito que fazer no meu trabalho*” (x=4.40, s=.68), “22. *Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço*” (x=4.12, s=1.07) e “19. *Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas*” (x=4.07, s=.99). Apenas estes quatro itens obtiveram pontuações médias superiores a 4 pontos.

O resultado desta análise item a item vem reforçar a análise antes realizada às pontuações das subescalas, que apontavam para maior satisfação com o contexto de trabalho e com os colegas e maior insatisfação nos benefícios e recompensas e possibilidades de promoção.

Em termos de medidas de dispersão da resposta, verifica-se que o único item com amplitude amostral diferente de 4 foi o item “1. *Tenho muito que fazer no meu trabalho*” (R=3), sendo que nenhum enfermeiro referiu “discordar totalmente”. Analisando a amplitude interquartílica (que exclui as respostas do primeiro e do último quartil), o item com maior homogeneidade de opinião foi o item “3. *Os aumentos salariais são poucos e distantes*” (AIQ=0).

Quadro 8. Medidas resumo da pontuação dos 25 itens da EAST-Enf (n=220)

Item	\bar{X}	s	Mín.	Máx.	R	P25	P50	P75	AIQ
1. Tenho muito que fazer no meu trabalho	4.40	.68	2	5	3	4.00	5.00	5.00	1
2. Gosto do meu chefe	2.55	1.04	1	5	4	2.00	2.00	3.00	1
3. Os aumentos salariais são poucos e distantes	4.66	.73	1	5	4	5.00	5.00	5.00	0
4. O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos (...)	2.94	1.23	1	5	4	2.00	3.00	4.00	2
5. O meu trabalho é agradável	2.09	.88	1	5	4	2.00	2.00	2.00	0
6. Gosto das pessoas com quem trabalho	1.94	.74	1	5	4	1.00	2.00	2.00	1
7. Gosto de fazer o que faço no meu trabalho	1.85	.88	1	5	4	1.00	2.00	2.00	1
8. As pessoas conseguem progredir mais aqui do que (...)	3.57	1.17	1	5	4	3.00	3.50	5.00	2
9. Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro (...)	3.52	1.11	1	5	4	3.00	4.00	4.00	1
10. Os objetivos desta organização não são claros para mim	3.13	1.15	1	5	4	2.00	3.00	4.00	2
11. Nesta organização há benefícios que não temos e (...)	3.59	1.20	1	5	4	3.00	4.00	4.75	1.75
12. Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado	3.21	1.21	1	5	4	2.00	3.00	4.00	2
13. Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades (...)	3.20	1.14	1	5	4	2.25	3.00	4.00	1.75
14. Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho	1.83	.86	1	5	4	1.00	2.00	2.00	1
15. Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade (...)	3.65	1.15	1	5	4	3.00	4.00	5.00	2
16. O meu chefe é injusto comigo	2.29	1.03	1	5	4	1.00	2.00	3.00	2
17. Gosto dos meus colegas de trabalho	1.98	.78	1	5	4	1.00	2.00	2.00	1
18. A comunicação parece boa dentro desta organização	3.07	1.04	1	5	4	2.00	3.00	4.00	2
19. Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção (...)	4.07	.99	1	5	4	3.00	4.00	5.00	2
20. Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos (...)	3.81	1.07	1	5	4	3.00	4.00	5.00	2
21. Sinto que os meus esforços não são recompensados (...)	3.70	1.14	1	5	4	3.00	4.00	5.00	2
22. Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho (...)	4.12	1.07	1	5	4	3.00	4.00	5.00	2
23. O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho	2.84	1.07	1	5	4	2.00	3.00	4.00	2
24. Quando faço um bom trabalho sou reconhecido(a) por isso	3.22	1.05	1	5	4	2.25	3.00	4.00	1.75
25. Nesta organização os acordos de trabalho não são (...)	3.16	.96	1	5	4	3.00	3.00	4.00	1

Finalmente, analisando as estatísticas descritivas para o total da pontuação, isto é a soma das pontuações dos 25 itens (que poderia variar entre 25 e 125) verifica-se através do quadro 9, que a pontuação mínima foi de 38 pontos e a máxima de 114 pontos, o que se traduz numa amplitude amostral de 76 pontos. Já a amplitude interquartis (que contém 50% dos elementos mais centrais) é de apenas 19 pontos o que traduz a homogeneidade das respostas dos enfermeiros. Para concluir verifica-se que a média da pontuação dos 220 enfermeiros se situa nos 78.34 pontos com um desvio padrão de 13.37 pontos, estando cerca de 15.9 pontos acima do ponto médio de satisfação (62.5 pontos), o que indica insatisfação do global da amostra.

Quadro 9. Medidas resumo da pontuação total da EAST-Enf (n=220).

	\bar{X}	s	Mín.	Máx.	R	P25	P50	P75	AIQ
Total da pontuação	78.34	13.37	38	114	76	69	79	88	19

Estes resultados vão ao encontro dos de Bezerra *et al.* (2010), que identificam a sobrecarga de trabalho como um dos principais fatores desmotivadores das equipas de enfermagem, em conjunto com falta de reconhecimento dos gestores e a ausência de bom relacionamento entre gestores e prestadores de cuidados. Por outro lado, o stress que surge como consequência da sobrecarga de trabalho pode ser outro dos responsáveis pela insatisfação com o trabalho e pelo desejo de trocar de profissão (Fontana, 2009).

Atendendo especificamente à remuneração, existe concordância de que este é um dos fatores de insatisfação com o trabalho (Herrera-Amaya & Manrique-Abril, 2008; Santos & Sustelo, 2009; Fontes, 2009; Ribeiro *et al.* 2010; Batista *et al.*, 2010). Aliás, se revisitarmos os primórdios dos estudos sobre satisfação, já Taylor, nos seus estudos de 1912 sobre “Gestão Científica”, considerava que esta estava intrinsecamente relacionada com o salário (Ferreira, 2003).

Preste-se agora atenção aos itens com maior índice de satisfação: “14 - *Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho*” ($x=1.83$); “7 - *Gosto de fazer o que faço no meu trabalho*” ($x=1.85$); “6 - *Gosto das pessoas com quem trabalho*” ($x=1.94$); e “17 - *Gosto dos meus colegas de trabalho*” ($x=1.98$). De uma forma geral, destacam-se as componentes psicossociais do trabalho (Martinez *et al.*, 2004), centrado nas relações e nas pessoas. Também Fontes (2009) constatou, na sua investigação, que a dimensão *relacionamento do profissional com utente e/ou equipa* correspondia ao maior nível de satisfação dos enfermeiros (nível “satisfeito”).

Se se analisarem estes resultados à luz da Teoria dos dois fatores de Herzberg, constata-se que os enfermeiros da amostra em estudo estão mais satisfeitos naqueles que são definidos como fatores motivacionais ou fatores intrínsecos: liberdade de criar e de inovar, os sentimentos de crescimento individual e de reconhecimento profissional (Hespanhol, 2008). Em contraponto, a satisfação com os fatores higiénicos é reduzida, referindo-se estes às condições que rodeiam o indivíduo, ou por outras palavras, as condições físicas no trabalho, salário, benefícios, segurança no trabalho, entre outros (Bezerra *et al.*, 2010).

De acordo com vários estudos, “*a coesão entre colegas é importante numa profissão como a enfermagem onde o relacionamento intra e inter pares é de fundamental importância para êxito da missão do profissional de saúde*” (Soares, 2007, p. 95), sendo um dos fatores mais valorizados para o clima organizacional e para a satisfação com o trabalho (Adams & Bond, 2000 *cit in.* Soares, 2007).

Também a relação com o chefe é bastante importante, apresentando como resultados este estudo níveis de satisfação moderados a baixos neste âmbito. Já Frederico & Leitão (1999) havia concluído que o funcionamento dos serviços, a produtividade, a motivação e a satisfação dos funcionários seriam influenciados pela postura e atitude do chefe/supervisor.

Passando à análise das hipóteses estabelecidas, refere-se desde já que comportando as hipóteses diversas variáveis, estas serão analisadas separadamente. Para a análise dessas variáveis são usados três tipos de testes estatísticos (não

paramétricos), que se referem já, para não se repetir constantemente a sua justificação. Assim, quando se testavam variáveis agrupadas em dois grupos (nominais ou ordinais) utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. Quando em vez de dois grupos, a variável independente foi organizada em três ou mais grupos utilizou-se o teste H de Kruskal-Wallis, e por fim, quando a variável independente era racional (numérica) usou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

H₁ - A “Satisfação no Trabalho” dos enfermeiros portugueses é diferente consoante estes exerçam funções no setor público ou privado

Para testar o efeito da variável “**Tipo de Gestão**” na Satisfação dos enfermeiros recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney. Como se pode verificar pela análise do quadro 10, não se verificam diferenças estatisticamente significativas para nenhuma subescala nem para o total da escala ($p > 0.05$), pelo que para a amostra utilizada não existe evidência estatística para afirmar que o tipo de natureza jurídica da instituição influencia a satisfação no trabalho dos enfermeiros.

Quadro 10. Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Tipo de Gestão” (N=220).

	Gestão	n	Média postos	Med	z	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Pública	169	110.51	11	-.218	.827
	Privada	50	108.29	11		
Satisfação com Promoção	Pública	170	109.47	25	-.444	.657
	Privada	50	114.01	26		
Satisfação com Contexto de trabalho	Pública	170	111.21	6	-.311	.755
	Privada	50	108.07	6		
Satisfação com a Comunicação	Pública	170	109.83	13	-.291	.771
	Privada	50	112.79	13		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Pública	170	113.33	4	-	.197
	Privada	50	100.88	4		
Total da Escala	Pública	170	110.66	79	-.068	.946
	Privada	50	109.96	79		

No entanto, como o coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) da dimensão 2 não se mostrou satisfatória, realizou-se a análise dos seus itens de forma individualizada (Quadro 11), recorrendo ao mesmo teste estatístico. Verificou-se dessa forma que apenas para o item 3 “Os aumentos salariais são poucos e distantes” a diferença entre setor público e privado é estatisticamente significativa ($Z = -3.562$, $p < .05$).

Através da ordenação média dos postos verificamos serem os enfermeiros do setor privado que se apresentam mais satisfeitos neste item. Nos restantes itens as diferenças observadas não se apresentam estatisticamente significativas.

Quadro 11. Resultados do teste de Mann-Whitney referentes aos itens da subescala “Satisfação com Benefícios e Recompensas” em função da variável “Sistema de Gestão” (N=220).

	Gestão	n	Média postos	Med	z	p
1 – Tenho muito que fazer no meu trabalho	Pública Privada	170 50	108.17 118.42	4 5	-1.112	.266
3 – Os aumentos salariais são poucos e distantes	Pública Privada	169 50	116.04 89.60	5 5	-3.562	.000
9 – Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização	Pública Privada	170 50	112.00 105.41	4 3	-.667	.504
11 – Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter	Pública Privada	170 50	110.98 108.86	4 4	-.215	.830
21 – Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam de ser	Pública Privada	170 50	108.98 115.67	4 4	-.679	.497

Pelo facto de esta ser a hipótese principal deste estudo entendeu-se importante testar a diferença na satisfação para os itens da dimensão “Satisfação com benefícios e recompensas”. No entanto, por uma questão de exequibilidade e pertinência, esta análise não será realizada nos próximos testes, referentes às análises secundárias para este estudo.

Ribeiro *et al.* (2008) defendem mesmo que, com a progressiva empresarialização dos hospitais, a conduta dos profissionais será orientada para o espírito e trabalho de equipa, para o respeito pelo trabalho, para o rigor do desempenho e para a partilha de resultados e atribuição de prémios de produtividade, entre outros. Ora, quando se analisam as componentes da satisfação mais evidenciadas pelos trabalhadores – valores e crenças pessoais (Martins & Santos, 2006), remuneração adequada, ambiente harmonioso no trabalho, trabalho em equipa, valorização e reconhecimento profissional (Carvalho & Lopes, 2006) -, verifica-se que, na sua maioria, são coincidentes com os pressupostos inerentes à gestão empresarial. Isto deixa antever alguma melhoria nos níveis de satisfação dos trabalhadores.

Contudo, globalmente e mediante os resultados obtidos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros que trabalham no setor público ou no setor privado. Este facto pode ser devido ao atual momento de transição e mudança no setor da saúde, nomeadamente com a aproximação dos modelos de gestão públicos e privados.

Por outro lado, constata-se que a evidência científica nesta área é escassa, na medida em que a investigação realizada, de uma forma geral, é focada na satisfação dos enfermeiros em determinado local de trabalho (Soares, 2007; Silva, 2008; Silva, Beck, Guido, Lopes & Santos, 2009; Santos & Sustelo, 2009; Ferreira, 2010). Assim, são raros os trabalhos como o de Batista *et al.* (2010) que analisem as diferenças na satisfação dos profissionais no setor público e privado. Porém, mesmo este último trabalho, atende apenas a variáveis sociodemográficas. Salienta-se, assim, o carácter inovador e os eventuais contributos deste trabalho.

Frederico (2005) avaliou não a satisfação mas o empenhamento organizacional em 1201 enfermeiros portugueses, analisando a relação entre variáveis de contexto organizacional e o empenhamento organizacional, considerando ainda em que medida esta relação é mediada pelo modelo de gestão (pública tradicional, pública empresarial e privada). Relativamente a esta última análise, a autora também não encontrou diferenças estatisticamente significativas, ainda que o valor médio global do empenhamento organizacional seja mais elevado no modelo público empresarializado e modelo privado do que no modelo público tradicional.

Este estudo de Frederico (2005)⁶ apresenta resultados muito importantes de analisar neste relatório, porque se entende, agora, que o empenhamento organizacional se relaciona intrinsecamente com o conceito de satisfação, embora sejam, obviamente, diferentes. O empenhamento organizacional pode ser definido como “o ponto em que o indivíduo aceita e interioriza os objetivos e os valores de uma organização e como vê a função organizacional em termos da sua contribuição para esses objetivos e valores, para além de quaisquer instrumentos pessoais que podem reforçar o seu contributo” (DeCotiis & Summers, 1987 *cit in.* Frederico, 2005, p. 54).

Esta autora verificou que a “perceção do suporte organizacional” é a variável com maior poder explicativo do empenhamento organizacional. Ou seja, o empenho do funcionário é tanto maior quanto este percebe o suporte dado pela organização. Esta “Perceção do suporte organizacional” é um preditor superior à “Segurança em relação ao futuro profissional”, à “Segurança mais importante que incentivos pecuniários”, à “satisfação no trabalho”, à “Relação com o grupo”, à “Perceção da justiça distributiva”, à “Relação com as chefias” e à “Perceção de justiça interaccional”, que são por ordem de importâncias as dimensões que se seguem no modelo de regressão testado.

⁶ Manuela Frederico é também a coautora da “EAST-Enf”, ainda que neste artigo, o seu sobrenome publicado seja Ferreira e não Frederico.

Mais ainda, verificou que para o modelo de gestão privado, ao contrário dos dois outros modelos, a “Percepção do suporte organizacional” não era a variável com maior poder preditivo, nem sequer era preditora de todo. Para o modelo privado as duas únicas variáveis com poder explicativo foram a “Percepção de justiça interaccional” e a “Segurança em relação ao futuro profissional”. A interpretação de Frederico é que “poderá estar aqui em causa uma valorização relacionada com as expectativas, pois no modelo privado, possivelmente, as expectativas de que a organização apoie os colaboradores serão menores. Uma vez que há um certo enraizamento da ideia de que a organização pública oferece apoio aos colaboradores” (*idem*, p. 58).

Considerando agora os resultados expostos no quadro 11 (referente à análise dos itens da subescala “**Satisfação com Benefícios e Recompensas**” de forma individualizada), em que se observa que os enfermeiros que exercem funções no setor público estão mais insatisfeitos com a frequência dos aumentos salariais do que os do setor privado, Cura & Rodrigues (1999 *cit in*. Carvalho & Lopes, 2006) observaram no seu estudo alto índice de insatisfação de todos os enfermeiros (88% a 100%) relativamente à dimensão “Benefícios Compensadores”. Daí depreenderam que o esforço despendido por eles no desempenho das suas funções não é compensado pelo salário ou outros benefícios que poderiam preencher as necessidades do trabalhador, refletindo-se na qualidade do desempenho e no não comprometimento com o serviço.

Sublinhe-se que Dâmaso (2009), aquando da introdução dos sistemas de incentivos na carreira de enfermagem, salientou três objetivos principais: motivação para o rigor na gestão dos recursos, promoção da qualidade dos cuidados e o aumento do nível de satisfação profissional. Também Fontes (2009) verificou que a remuneração é tida como a dimensão que apresenta níveis de satisfação mais baixos. Percebe-se pois que a remuneração pode ser apresentada como um fator motivador no trabalho. Aliás, Porter & Lawler, baseados na Teoria de Vroom, defendem que as recompensas, principalmente tendo em conta a forma como são percebidas, determinam o nível de satisfação (Andrade, 2001).

Frederico (2005) refere, relativamente à justiça distributiva que “a teoria da equidade reconhece que os indivíduos não se preocupam apenas com a quantidade absoluta de recompensas que recebem pelos seus esforços, mas também com a relação desta quantia com a que outros recebem” (Frederico, 2005, p. 60), sendo este processo consciente ou inconsciente.

H₂ - Existe correlação entre as *variáveis sociodemográficas (Idade; Género; Estado civil)* dos enfermeiros e a sua “Satisfação no Trabalho”

Relativamente à correlação da **idade** dos enfermeiros com a “*Satisfação no trabalho*”, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 12) e através da leitura do nível de significância verifica-se correlação estatisticamente significativa negativa e baixa nas subescalas “*Satisfação com a promoção*” ($r=-.229$; $p<.05$) e “*Satisfação com a comunicação*” ($r=-.209$; $p<.05$) e com o total da escala ($r=-.209$; $p<.05$). Desta forma existe evidência estatística para afirmar que quanto maior a idade dos enfermeiros maior a satisfação no trabalho nas dimensões assinaladas. Ou seja, os enfermeiros mais jovens estão mais insatisfeitos no trabalho do que os mais velhos. Nas restantes dimensões não se verificam correlações estatisticamente significativas ($p>.05$).

Quadro 12. Correlação entre a Idade dos Enfermeiros e a “Satisfação no trabalho” (n=220).

	1- SRC		3- SP		4 - SCT		5 - SC		6- SRE		EAST-Enf	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Idade	-.080	.238	-.229**	.001	-.008	.904	-.209**	.002	-.009	.898	-.209**	.002

Porque idade e tempo de serviço se encontram direta e fortemente correlacionadas, a discussão de ambas será feita quando se apresentar o resultado desse teste de hipótese.

Comparando a satisfação com o **género** dos enfermeiros (Quadro 13), não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$). Desta forma não existe evidência estatística para afirmar que a satisfação no trabalho é diferente entre enfermeiros e enfermeiras.

Vários outros estudos corroboram esta inexistência de diferença na satisfação entre homens e mulheres (Gonçalves, 1998, Chasco & Aznarez, 2000 *cit in*. Soares, 2007; Alcobia, 2001, Paulo, 2003, Ribeiro, 2005 *cit in*. Batista *et al.*, 2010; Soares, 2007). Outros estudos, nomeadamente o de Batista *et al.* (2010) demonstrou que as enfermeiras estão mais satisfeitas que os enfermeiros. O *contrário* foi evidenciado por Lópiz & Aliaga (1993 *cit in*. Batista *et al.*, 2010).

Quadro 13. Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Género” (N=220)

	Género	n	Média postos	Med	z	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Masculino	73	118.44	12	-1.399	.162
	Feminino	146	105.78	10.5		
Satisfação com Promoção	Masculino	73	104.01	25	-1.068	.285
	Feminino	147	113.72	26		
Satisfação com Contexto de trabalho	Masculino	73	108.21	6	-.381	.703
	Feminino	147	111.64	6		
Satisfação com a Comunicação	Masculino	73	112.38	13	-.310	.757
	Feminino	147	109.57	13		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Masculino	73	107.77	4	-.477	.634
	Feminino	147	111.86	4		
Total da Escala	Masculino	73	111.25	79	-.123	.902
	Feminino	147	110.13	79		

Para o **estado civil** também não se verificam (Quadro 14) diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) em nenhuma subescala. Desta forma não existe evidência estatística para afirmar que a satisfação no trabalho é diferente consoante o estado civil dos enfermeiros.

Quadro 14. Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Estado Civil” (N=220)

	Est. Civil	n	Média postos	Med	χ^2	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Solteiro(a)	77	111.66	11	.259	.879
	Casado(a)/ União de Facto	130	108.42	10		
	Separado(a)/ Divorciado(a)	12	116.42	11		
Satisfação com Promoção	Solteiro(a)	78	116.50	26	3.588	.166
	Casado(a)/ União de Facto	129	104.64	25		
	Separado(a)/ Divorciado(a)	12	135.00	28.5		
Satisfação com Contexto de trabalho	Solteiro(a)	78	106.48	5.5	.506	.777
	Casado(a)/ União de Facto	129	112.87	6		
	Separado(a)/ Divorciado(a)	12	110.96	6		
Satisfação com a Comunicação	Solteiro(a)	78	119.72	13	5.141	.076
	Casado(a)/ União de Facto	129	102.84	13		
	Separado(a)/ Divorciado(a)	12	133.54	13.5		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Solteiro(a)	78	105.54	4	3.223	.200
	Casado(a)/ União de Facto	129	110.86	4		
	Separado(a)/ Divorciado(a)	12	138.83	4		
Total da Escala	Solteiro(a)	78	115.09	79	3.232	.199
	Casado(a)/ União de Facto	129	105.36	79		
	Separado(a)/ Divorciado(a)	12	136.33	83.5		

Shields e Ward (2001 *cit in*. Murrells *et al.*, 2008) descobriram que os enfermeiros casados e com filhos apresentavam maior nível de satisfação no trabalho. Também aqui é preciso cuidado na análise, já que é mais frequente que pessoas mais velhas sejam

casadas e tenham filhos do que pessoas mais novas. Também é verdade que a idade se correlaciona com a categoria profissional. Como tal, considerar apenas o estado civil ou a paridade é pouco sólido. Nem Soares (2007), nem Gonçalves (1999), ou Aliaga *et al.* (1993) referidos por Soares (2007), evidenciaram diferenças na satisfação relativamente ao estado civil.

H₃ - Existe correlação entre as variáveis profissionais (Habilitações académicas; Categoria Profissional; Tempo de Serviço; Tipo de instituição; Trabalho por turnos) dos enfermeiros e a sua “Satisfação no Trabalho”

Em termos de **habilitações académicas** – agrupadas em quatro grupos – verificam-se (Quadro 15) diferenças estatisticamente significativas apenas para a subescala “Satisfação no relacionamento com o chefe” ($\chi^2=10.238$, $p<.05$). Com o recurso a testes post-hoc com o teste de Mann-Whitney, verificou-se que esta diferença se estabelece entre os enfermeiros especialistas e os enfermeiros com bacharelato/Licenciatura e os enfermeiros com mestrado/doutoramento. Através da ordenação média dos postos pode concluir-se que os enfermeiros especialistas estão mais satisfeitos do que os enfermeiros licenciados e do que os enfermeiros com mestrado/doutoramento no relacionamento com o chefe. Nas restantes subescalas não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Para compreender esta diferença entre a especialidade e os outros graus de habilitação convém salientar que este foi até há pouco tempo o único que se repercutia em termos de categoria profissional. Alguém com a especialidade poderia passar à categoria de enfermeiro especialista (e aumentar a sua remuneração), ao passo que alguém com mestrado ou doutoramento não tinha esta prerrogativa. O que poderia acontecer – mas muitas vezes não acontecia – era que quem realizasse um mestrado poderia subir dois níveis na categoria. Nos últimos anos este panorama tem mudado significativamente e os graus académicos já não se refletem em melhorias na categoria ou na remuneração.

De acordo com Murrells *et al.* (2008), o efeito do nível educacional sobre a satisfação no trabalho tem tido resultados conflitantes. Alguns estudos têm encontrado uma associação positiva com a satisfação no trabalho (Ingersoll, Olsan, Drew-Cates, De Vinney, & Davies, 2002; Rambur, McIntosh, Palumbo & Reinier, 2005), enquanto outros, negativa (Blegen, 1993; Robinson, Murrells & Clinton, 2006). Baixos níveis de qualificação

tiveram impacto positivo na satisfação no trabalho em enfermagem, isto de acordo com um estudo de larga escala realizado pelo Serviço Nacional de Saúde (NHS) Britânico. Entende-se que o aumento de competências também pode aumentar as expectativas que podem não ser cumpridas (Sturges & Guest, 2001).

Quadro 15. Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Habilitações Académicas,” incluindo análises post-hoc com o teste de Mann-Whitney (N=220).

	Habilitações Literárias	n	Média postos	Med	χ^2	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Bacharelato + Licenciatura	107	117.64*	11	10.238	.017
	Pós-graduação	31	104.29	11		
	Especialidade em Enfermagem	46	85.74**#	9		
	Mestrado + Doutoramento	35	123.59#	11		
Satisfação com Promoção	Bacharelato + Licenciatura	107	112.48	26	.884	.829
	Pós-graduação	31	114.94	26		
	Especialidade em Enfermagem	47	103.15	25		
	Mestrado + Doutoramento	35	110.40	25		
Satisfação com Contexto de trabalho	Bacharelato + Licenciatura	107	115.50	6	1.515	.679
	Pós-graduação	31	103.66	6		
	Especialidade em Enfermagem	47	108.84	6		
	Mestrado + Doutoramento	35	103.50	6		
Satisfação com a Comunicação	Bacharelato + Licenciatura	107	118.04	13	3.391	.335
	Pós-graduação	31	108.05	12		
	Especialidade em Enfermagem	47	98.85	13		
	Mestrado + Doutoramento	35	105.26	13		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Bacharelato + Licenciatura	107	112.94	4	2.565	.464
	Pós-graduação	31	96.34	4		
	Especialidade em Enfermagem	47	108.44	4		
	Mestrado + Doutoramento	35	118.34	4		
Total da Escala	Bacharelato + Licenciatura	107	116.48	80	3.596	.309
	Pós-graduação	31	110.77	81		
	Especialidade em Enfermagem	47	95.46	75		
	Mestrado + Doutoramento	35	112.19	79		

É importante não confundir habilitações literárias com categoria profissional, sendo que das habilitações literárias a especialidade é a única que corresponde a uma categoria profissional dos enfermeiros. Assim, a interpretação do facto de os especialistas serem aqueles que tem maior satisfação na relação com o enfermeiro-chefe explica-se pelo facto de ser comum os especialistas serem os seus “ajudantes”, isto porque era – e ainda é – habitual o enfermeiro especialista desempenhar funções de gestão no serviço. Dessa forma, a sua relação com os enfermeiros-chefes era muito mais próxima do que a dos restantes colegas. Atualmente, esta forma de divisão do trabalho começa a modificar-se e os especialistas passam a desempenhar mais competências práticas e não apenas de gestão.

Também Al-Hussami (2008) verificou uma correlação positiva entre Satisfação com o Trabalho e o nível de educação. Batista *et al.* (2010) não verificaram nenhuma diferença na satisfação dependendo das habilitações literárias, o que é corroborado por Salomé (1999) referido pelos mesmos autores. Noutros dois estudos (Paulo, 2003; Ribeiro, 2005), demonstrou-se que quanto maiores níveis de educação mais os indivíduos se apresentam interessados na autonomia e, conseqüentemente, na satisfação profissional (Batista *et al.*, 2010).

Porque se abordou a relação com o chefe, é importante abordar a influência que o seu comportamento ou o seu estilo de liderança pode ter no nível de satisfação no trabalho dos subordinados. Vários estudos concluíram que a liderança eficaz está associada a um melhor e mais ético desempenho (McNeese-Smith, 1995, Loke, 2001 *cit in.* AL-Hussami, 2008). Inúmeros estudos referidos por AL-Hussami (2008) comprovaram também que as opiniões do superior imediato sobre os empregados, teve mais impacto do que as políticas gerais da empresa na sua satisfação e motivação no trabalho (Fletcher, 2001; Friedrich, 2001; Janney, Horstman & Bane, 2001; Kleinman, 2003; Krairiksh & Anthony, 2001; Wynd, 2003).

Considerando agora a **categoria profissional** dos enfermeiros, verificam-se (Quadro 16) diferenças estatisticamente significativas para as subescalas “*Satisfação com a promoção*” ($\chi^2=25.612$, $p<.05$), “*Satisfação com a comunicação*” ($\chi^2=20.217$, $p<.05$) e para o “*Total da escala*” ($\chi^2=18.164$, $p<.05$). Com o recurso a testes post-hoc com o teste de Mann-Whitney, verificou-se relativamente à promoção que: o diretor está mais satisfeito do que todos os outros, apenas com exceção do supervisor. Ainda, o enfermeiro chefe está mais satisfeito do que o enfermeiro ou enfermeiro graduado. Ou seja, quanto menor a posição na categoria, menor a satisfação na promoção. Relativamente à comunicação verifica-se que o enfermeiro está mais insatisfeito do que o enfermeiro especialista e do que o enfermeiro diretor. Considerando a satisfação no global verifica-se que o enfermeiro diretor é aquele que está mais satisfeito. Nas restantes subescalas não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Analisando estes resultados, tal como já foi referido anteriormente, as habilitações académicas podem-se relacionar e até confundir, em termos de análise, com a categoria profissional. Se, por um lado, a categoria profissional de Enfermeiro Especialista traz algum *status* social e proximidade ao enfermeiro-chefe, atendendo às competências que lhe são atribuídas, por outro, o mestrado e doutoramento, de acordo com a atual carreira

de enfermagem, não trazem qualquer mais-valia em termos de progressão ou promoção na mesma.

Importa também, desde já salientar a baixa representatividade estatística dos enfermeiros supervisores e diretores nesta amostra.

Já nos estudos de Soares (2007) e Gonçalves (1998 *cit in.* Soares, 2007) a categoria profissional não exerce influência sobre a satisfação no trabalho (constructo global). Adams & Bond (2000 *cit in.* Soares, 2007), por sua vez, constataram forte correlação entre a hierarquia profissional e a satisfação no trabalho.

Quadro 16. Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Categoria Profissional” incluindo análises post-hoc com o teste de Mann-Whitney (N=220)

	Est. Civil	n	Média postos	Med	χ^2	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Enfermeiro	97	119.57	11	5.209	.391
	Enfermeiro Graduado	56	102.63	10.5		
	Enfermeiro Especialista	32	109.23	11		
	Enfermeiro Chefe	27	96.76	9		
	Enfermeiro Supervisor	2	114.25	11		
	Enfermeiro Diretor	5	81.60	6		
Satisfação com Promoção	Enfermeiro	98	126.91*	27	25.612	.000
	Enfermeiro Graduado	56	112.02#	26		
	Enfermeiro Especialista	32	107.05#	25		
	Enfermeiro Chefe	27	65.39*#	22		
	Enfermeiro Supervisor	2	88.50	23.5		
	Enfermeiro Diretor	5	46.40*#	13		
Satisfação com Contexto de trabalho	Enfermeiro	98	111.80	6	2.255	.813
	Enfermeiro Graduado	56	104.98	5		
	Enfermeiro Especialista	32	115.67	6		
	Enfermeiro Chefe	27	107.44	6		
	Enfermeiro Supervisor	2	164.75	7.5		
	Enfermeiro Diretor	5	108.50	5		
Satisfação com a Comunicação	Enfermeiro	98	126.78+*	14	20.217	.001
	Enfermeiro Graduado	56	112.16#	13		
	Enfermeiro Especialista	32	85.13+*	12		
	Enfermeiro Chefe	27	92.46	12		
	Enfermeiro Supervisor	2	92.50	12		
	Enfermeiro Diretor	5	39.80*#	8		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Enfermeiro	98	108.98	4	2.182	.823
	Enfermeiro Graduado	56	116.18	4		
	Enfermeiro Especialista	32	117.02	4		
	Enfermeiro Chefe	27	100.04	4		
	Enfermeiro Supervisor	2	88.75	3.5		
	Enfermeiro Diretor	5	100.10	4		
Total da Escala	Enfermeiro	98	126.41+*	82	18.164	.003
	Enfermeiro Graduado	56	109.45#	79		
	Enfermeiro Especialista	32	97.98#	75		
	Enfermeiro Chefe	27	81.54+	75		
	Enfermeiro Supervisor	2	113.75	79		
	Enfermeiro Diretor	5	45.70*#	52		

Considerando a “satisfação no trabalho” em termos globais verificou-se, à semelhança das correlações anteriores, que o enfermeiro chefe está mais satisfeito do que o enfermeiro, e que o enfermeiro diretor está mais satisfeito do que o enfermeiro, do que o enfermeiro especialista e do que o enfermeiro graduado.

Relativamente à correlação do **tempo de serviço** dos enfermeiros com a “Satisfação no trabalho”, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 17). De referir que estando a idade direta e fortemente relacionada com o tempo de serviço, os resultados da correlação de ambas com a satisfação é muito semelhante. Assim, através da leitura do nível de significância verifica-se correlação estatisticamente significativa negativa e baixa com as subescalas “Satisfação com a promoção” 8 ($r=-.221$; $p<.05$) e “Satisfação com a comunicação” ($r=-.222$; $p<.05$) e com o total da escala ($r=-.210$; $p<.05$). Desta forma existe evidência estatística para afirmar que quanto maior tempo o de serviço maior a satisfação no trabalho dos enfermeiros nas dimensões assinaladas. Nas restantes dimensões não se verificam correlações estatisticamente significativas ($p>.05$).

Quadro 17. Correlação entre o Tempo de Serviço dos Enfermeiros e a “Satisfação no trabalho” (n=220)

	1- SRC		3- SP		4 - SCT		5 - SC		6- SRE		EAST-Enf	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Tp Serviço	-.076	.265	-.221**	.001	-.013	.842	-.222**	.001	.022	.741	-.210**	.002

Como se referiu atrás, aquando da apresentação dos resultados da variável idade, convém ter em consideração que o aumento da idade está associado positiva e fortemente com o aumento do tempo de serviço. Ainda assim, estas duas variáveis possam merecer análises ligeiramente diferentes.

Resultados semelhantes foram obtidos por Santos & Sustelo (2009), que concluíram que a satisfação geral dos enfermeiros pode ser explicada pela variável tempo de serviço. Normalmente, os enfermeiros com menos tempo de serviço também são os mais jovens, pressupondo-se que detenham grandes expectativas profissionais, difíceis de alcançar num curto espaço de tempo levando a um menor nível de satisfação profissional (Santos & Sustelo, 2009). Ainda que o impacto do tempo na satisfação com o trabalho na fase inicial da profissão dependa bastante da especialidade, como demonstra o estudo de Murrells *et al.* (2008) com enfermeiros em início de carreira.

Vários outros estudos demonstram que os enfermeiros mais jovens se encontram menos satisfeitos do que os mais velhos (Shields & Ward *cit in.* Murrells *et al.*, 2008; Fontes, 2009; Blengen, 1993, Salomé, 1999, Paulo, 2003 *cit in.* Batista *et al.*, 2010). Uma das possíveis explicações é que um enfermeiro com mais tempo de serviço tem mais experiência e já lhe foram oferecidas mais oportunidades de ver concretizadas as suas expectativas. Além disso, também terá maior capacidade de lidar com as adversidades e com a complexidade inerente ao cuidar.

Num estudo realizado na Arábia Saudita, Al-Aameri (2000 *cit in.* AL-Hussami, 2008) encontrou uma correlação positiva e moderada entre a satisfação no trabalho e o empenhamento (*commitment*) organizacional ($r=.59$, $p<.01$), demonstrando também que a idade se correlaciona quer com a satisfação quer com o empenhamento organizacional. Já a experiência (tempo de trabalho) correlacionava-se apenas com o empenhamento. Resultados semelhantes foram obtidos por Ingersoll *et al.* (2002), nos Estados Unidos.

Apesar desta diversidade de estudos que revelam esta correlação estatisticamente significativa, tal como no nosso estudo, existem contudo algumas opiniões contraditórias. Nem AL-Hussami (2008), nem Batista *et al.* (2010) encontraram relação estatisticamente significativa entre a idade e a satisfação profissional. Por sua vez, Carvalho & Lopes (2006) verificaram que quanto maior o tempo de permanência em determinada unidade menor era a satisfação com o trabalho. Isto leva a questionar se não serão as características individuais de cada serviço e as próprias condições de trabalho a influenciar a satisfação, ao invés da idade ou o tempo de serviço.

Outros estudos não revelaram correlação entre estas variáveis (Blegen, 1993, Fung-Kam, 1998, Chasco & Aznarez, 2000 *cit in.* Soares, 2007; Soares, 2007).

Comparando o **tipo de instituição** na qual os enfermeiros desempenham funções, verificam-se (Quadro 18) diferenças estatisticamente significativas para as mesmas subescalas do teste anterior, ou seja, na “*Satisfação com a promoção*” ($Z=-2.780$, $p<.05$), “*Satisfação com a comunicação*” ($Z=-2.845$, $p<.05$) e para o “*Total da escala*” ($Z=-2.963$, $p<.05$). Existe assim evidência estatística para afirmar que os enfermeiros que trabalham em Centro de Saúde/USF se encontram mais satisfeitos nestas dimensões e no total da escala do que os que trabalham em hospital.

Nas restantes subescalas não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 18. Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Tipo de Instituição” (N=161).

	Tipo de Instituição	n	Média postos	Med	Z	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Hospital	133	83.58	11	-1.875	.061
	Centro de Saúde/ USF	27	65.31	9		
Satisfação com Promoção	Hospital	133	85.68	26	-2.780	.005
	Centro de Saúde/ USF	28	58.79	23		
Satisfação com Contexto de trabalho	Hospital	133	84.08	6	-1.849	.064
	Centro de Saúde/ USF	28	66.38	5.5		
Satisfação com a Comunicação	Hospital	133	85.77	13	-2.845	.004
	Centro de Saúde/ USF	28	58.34	11.5		
Satisfação no Relacionamento com a Equipe	Hospital	133	82.64	4	-1.026	.305
	Centro de Saúde/ USF	28	73.23	4		
Total da Escala	Hospital	133	85.99	79	-2.963	.003
	Centro de Saúde/ USF	28	57.29	80		

Também Delgado, Pereira *et al.* (2009) concluíram que a satisfação global dos enfermeiros que trabalham no hospital é inferior à dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde.

De acordo com o Observatório da OE para os CSP, relativamente às USF, foram encontradas grandes expectativas remuneratórias e, no que diz respeito aos motivos de integração nas mesmas, foram apontados a realização profissional, as condições de trabalho, a estabilidade laboral e a mobilidade e razões financeiras (Oliveira & Pinto, 2005). No que diz respeito especificamente à estabilidade laboral, existe atualmente uma dificuldade acrescida na atração e retenção dos recursos humanos (Figueiredo, 2009).

Outra explicação é que nas unidades hospitalares as equipas são maiores, a estrutura hierárquica é mais pesada e, portanto, é habitualmente mais difícil para os enfermeiros verem reconhecido o seu valor de forma a que isso se repercuta na sua progressão.

Também na comparação relativamente ao **trabalho por turnos** se verificam diferenças estatisticamente significativas para as mesmas subescalas do teste anterior (Quadro 19), sendo que os enfermeiros que não trabalham por turnos se apresentam mais satisfeitos nas subescalas “Satisfação com a promoção” ($Z=-2.987$, $p<.05$), “Satisfação com a comunicação” ($Z=-3.124$, $p<.05$) e para o “Total da escala” ($Z=-3.083$, $p<.05$).

Nas restantes subescalas não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 19. Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Trabalho por turnos” (N=220).

	Trabalho por turnos	n	Média postos	Med	Z	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Sim	145	116.46	11	-2.121	.034
	Não	74	97.34	10		
Satisfação com Promoção	Sim	145	119.70	26	-2.987	.003
	Não	75	92.71	24		
Satisfação com Contexto de trabalho	Sim	145	112.98	6	-.814	.416
	Não	75	105.71	6		
Satisfação com a Comunicação	Sim	145	120.10	13	-3.124	.002
	Não	75	91.95	12		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Sim	145	112.99	4	-.856	.392
	Não	75	105.69	4		
Total da Escala	Sim	145	120.01	80	-3.083	.002
	Não	75	92.11	75		

Estes resultados fazem pensar se a categoria profissional não estará subjacente aos resultados, uma vez que enfermeiros especialistas, chefes, supervisores e diretores, não trabalham por turnos. E, tal como já se constatou anteriormente, estes últimos estão mais satisfeitos com o trabalho. Por outro lado, Silva e Gomes (2009) ao analisarem o *stress* ocupacional de enfermeiros, verificaram que o grupo com diferentes horários relatava maiores dificuldades ao nível de: a) ambiente de trabalho e relações profissionais; b) excesso de trabalho e envolvimento profissional; c) instabilidade profissional e na carreira; d) remuneração auferida e *status* socioprofissional; e e) falta de reconhecimento e poder. Como acréscimo, observaram uma diferença significativa relativamente ao comprometimento organizacional, sendo este mais elevado nos profissionais com horários diurnos.

Acerca do trabalho noturno, alguns autores, alertam que este horário de trabalho interfere na disposição das pessoas para dormir, pois alteram o ritmo biológico, sendo uma ameaça para saúde, podendo levar a um desgaste físico e mental e, conseqüentemente ao aparecimento de transtornos fisiológicos (alteração de hábitos de sono e alimentação). Destacam também que o trabalho noturno ou aos fins de semana, prejudica a vida social e familiar dos indivíduos, gerando sentimentos de desvantagem e isolamento social (Campos, Farias & Ramos, 2009). Estes factos ajudam também a explicar a diferença na satisfação entre enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar versus cuidados de saúde primários.

Já nos estudos de Soares (2007) e de Chasco e Aznarez (2000 *cit in*. Soares, 2007) as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas, embora os níveis de satisfação fossem mais elevados nos enfermeiros a trabalharem em regime fixo.

H₄ - Existe correlação entre as variáveis laborais (Número de entidades empregadoras; Remuneração Mensal; Periodicidade dos aumentos; Pagamento de Incentivos) dos enfermeiros e a sua “Satisfação no Trabalho”

No que concerne ao **número de entidades empregadoras**, isto é, comparando os enfermeiros que trabalham apenas num local ou em mais do que um, verificam-se (Quadro 20) diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “*Satisfação com a promoção*” ($Z=-2.383$; $p<.05$) e “*Satisfação com a comunicação*” ($Z=-2.880$; $p<.05$) e com o total da escala ($Z=-2.653$; $p<.05$). Desta forma existe evidência estatística para afirmar que os enfermeiros que trabalham apenas num local estão mais insatisfeitos. Nas restantes dimensões não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$).

Quadro 20. Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Número de entidades empregadoras” (N=220).

	Mais que uma entidade empregadora	n	Média postos	Med	Z	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Sim	88	115.60	11	-1.077	.282
	Não	131	106.24	11		
Satisfação com Promoção	Sim	89	122.88	27	-2.383	.017
	Não	130	102.09	25		
Satisfação com Contexto de trabalho	Sim	89	109.16	6	-.262	.794
	Não	130	111.41	6		
Satisfação com a Comunicação	Sim	89	125.43	14	-2.880	.004
	Não	130	100.36	12		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Sim	89	119.69	4	-1.875	.061
	Não	130	104.26	4		
Total da Escala	Sim	89	124.31	82	-2.653	.008
	Não	130	101.12	77		

Este resultado pode explicar-se na medida em que a procura de mais do que um empregador, por si só, pode revelar insatisfação com as condições de trabalho oferecidas pelo primeiro, passando a obter-se nesses outros locais de trabalho o que não se obtinha apenas num. Conseqüentemente, quem ganha menos também estará mais insatisfeito com as variáveis referidas anteriormente. A explicação mais razoável para se trabalhar em mais que uma entidade é a necessidade ou desejo de se querer ganhar mais dinheiro, mas não será a única.

Analisando diferenças consoante a **remuneração mensal**, dividindo os enfermeiros em três grupos, verificam-se (Quadro 21) diferenças estatisticamente significativas nas mesmas subescalas: “*Satisfação com a promoção*” ($\chi^2=14.802$; $p<.05$),

“Satisfação com a comunicação” ($\chi^2=11.555$; $p<.05$) e com o total da escala ($\chi^2=10.493$; $p<.05$). Desta forma existe evidência estatística para afirmar que os enfermeiros cujo ordenado é maior estão mais satisfeitos nestas dimensões. Nas restantes dimensões não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$).

Quadro 21. Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Remuneração Mensal” incluindo análises post-hoc com o teste de Mann-Whitney (N=217).

	Remuneração Mensal	n	Média postos	Med	χ^2	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Até 1200€	111	112.73	15	1.097	.578
	Entre 1200 e 1500€	63	105.09	11		
	Mais de 1600€	42	102.45	11		
Satisfação com Promoção	Até 1200€	112	119.66*	29	14.802	.001
	Entre 1200 e 1500€	63	111.84#	26		
	Mais de 1600€	41	76.31*#	26		
Satisfação com Contexto de trabalho	Até 1200€	112	110.27	8	1.155	.561
	Entre 1200 e 1500€	63	102.57	6		
	Mais de 1600€	41	115.25	6		
Satisfação com a Comunicação	Até 1200€	112	122.78*#	15	11.555	.003
	Entre 1200 e 1500€	63	97.03*£	13		
	Mais de 1600€	41	90.20#£	13		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Até 1200€	112	109.01	2	.550	.760
	Entre 1200 e 1500€	63	112.48	4		
	Mais de 1600€	41	103.76	4		
Total da Escala	Até 1200€	112	121.09*	92	10.493	.005
	Entre 1200 e 1500€	63	102.99	81.5		
	Mais de 1600€	41	85.76*	78		

Também de acordo com Campos *et al.* (2009) o baixo nível salarial impõe uma influência negativa na perceção de satisfação profissional, por parte do trabalhador de enfermagem. Consideram estes autores que a remuneração é de grande valia para a enfermagem, uma vez que o salário, em função da responsabilidade da categoria, é muito baixo e precisa ser mais adequado às habilidades e ao nível de conhecimento, a fim de se tornar um mecanismo eficaz do estado de satisfação. Nesse sentido, os baixos salários das categorias da enfermagem foram apontados pelos participantes como uma das causas de maior insatisfação. Em virtude disso, vem à tona que a maioria dos trabalhadores de enfermagem é obrigada a optar por mais de um emprego, o que leva essa categoria a permanecer no ambiente de trabalho, a maior parte do tempo de suas vidas produtivas, podendo haver prejuízo para sua qualidade de vida (Campos *et al.*, 2009), alusão já feita anteriormente. Resultados semelhantes foram obtidos por Shields & Ward (2001) e Clark & Oswald (1996), ambos referidos por Murrells *et al.* (2008).

Batista *et al.* (2005) referem que a dignificação do trabalho não pode ser exclusivamente restrita às condições salariais. Assim, sugerem a implementação de

incentivos positivos, tais como salário adequado, condições laborais, estímulo ao aperfeiçoamento e desenvolvimento de sistema de inovações.

Coerentemente, também se verificou neste estudo que os enfermeiros cujo aumento salarial é anual estão mais satisfeitos do que aqueles em que tal não se verifica.

Atendendo agora à **periodicidade dos aumentos**, verificam-se (Quadro 22) diferenças estatisticamente significativas nas subescalas: “*Satisfação com a comunicação*” ($Z=-2.274$; $p<.05$), “*Relacionamento com a equipa*” ($Z=-2.230$; $p<.05$) e com o total da escala ($Z=-2.095$; $p<.05$). Desta forma existe evidência estatística para afirmar que os enfermeiros cujo aumento salarial é anual se encontram mais satisfeitos do que aqueles cujos aumentos não têm um período fixo. Nas restantes dimensões não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$).

Quadro 22. Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Periodicidade dos aumentos” (N=211).

	Periodicidade dos Aumentos	n	Média postos	Med	Z	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Anual	33	92,80	9	-1,313	,189
	Sem período fixo	177	107,87	11		
Satisfação com Promoção	Anual	34	91,07	24	-1,560	,119
	Sem período fixo	177	108,87	26		
Satisfação com Contexto de trabalho	Anual	34	96,78	5	-,975	,330
	Sem período fixo	177	107,77	6		
Satisfação com a Comunicação	Anual	34	84,29	11.5	-2,274	,023
	Sem período fixo	177	110,17	13		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Anual	34	85,93	4	-2,230	,026
	Sem período fixo	177	109,86	4		
Total da Escala	Anual	34	85,91	71	-2,095	,036
	Sem período fixo	177	109,86	79		

A interpretação deste resultado é simples no que respeita ao facto de que quem tem aumentos anuais se sente mais seguro e portanto mais satisfeito do que quem não sabe quando terá o seu rendimento aumentado. Mais complexo é explicar porque é que essa satisfação se reflete na comunicação e no relacionamento com a equipa. Neste âmbito não se encontraram referências claras a este facto, pelo que a interpretação se baseia na assunção de que a comunicação com organização é mais satisfatória, nomeadamente olhando aos itens que compõem esta subescala: clareza dos objetivos da organização, acordos de trabalho explícitos ou até sentir o trabalho apreciado. Por sua vez, estes aspetos anteriores poderão aumentar o gosto em trabalhar com o resto da equipa.

Finalmente, considerando a existência de **pagamento de incentivos** aos enfermeiros, verificam-se (Quadro 23) diferenças estatisticamente significativas para todas as subescalas ($p < .05$), sendo que os enfermeiros que recebem incentivos estão mais satisfeitos do que aqueles que não os recebem.

Quadro 23. Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à “Satisfação no trabalho” em função da variável “Pagamento de Incentivos” incluindo análises Post-hoc com o teste de Mann-Whitney (N=220).

	Incentivos?	n	Média postos	Med	χ^2	p
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	Sim	14	68,32*#	8.5	6,427	,040
	Ainda nunca recebi, mas existem	12	120,08*	11.5		
	Não existem	189	110,17#	11		
Satisfação com Promoção	Sim	14	52,86*#	20	12,009	,002
	Ainda nunca recebi, mas existem	12	106,96*	25		
	Não existem	190	112,70#	26		
Satisfação com Contexto de trabalho	Sim	14	67,54*#	4	6,637	,036
	Ainda nunca recebi, mas existem	12	113,92*	6		
	Não existem	190	111,18#	6		
Satisfação com a Comunicação	Sim	14	31,86*#	7	22,719	,000
	Ainda nunca recebi, mas existem	12	114,54*	13.5		
	Não existem	190	113,77#	13		
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	Sim	14	58,00*#	2	11,625	,003
	Ainda nunca recebi, mas existem	12	99,33*	4		
	Não existem	190	112,80#	4		
Total da Escala	Sim	14	32,86*#	60	21,946	,000
	Ainda nunca recebi, mas existem	12	113,83*	81		
	Não existem	190	113,74#	80		

Para Dâmaso (2009) os incentivos constituem uma estratégia para aumentar a motivação dos profissionais. Embora o sistema acarrete custos, uma vez que estamos a falar de maior despesa, ele tem um benefício associado e, para além disso, nota-se que a qualidade dos serviços aumenta. No entanto, o incentivo baseado na performance pode provocar seleção adversa (Peterson, 2006 *cit in.* Dâmaso, 2009), até porque no SNS, os incentivos económicos têm menor impacto do que têm no setor privado, podendo mesmo gerar conflitos. Para finalizar, as metodologias de incentivos exigem uma definição clara do objetivo do incentivo (sistema de pagamento justo, aumentar resultados, eficiência, qualidade) (Safavi, 2006 *cit in.* Dâmaso, 2009).

CONCLUSÃO

Finalizada a discussão dos resultados deste estudo, que teve como linha orientadora o referencial teórico e empírico, as questões e hipóteses formuladas, e os objetivos definidos, apresentam-se então as conclusões possíveis.

Apesar de alguns dos resultados encontrados neste estudo serem, de certa forma, pouco inovadores ou espectáveis, nomeadamente a insatisfação reinante na classe profissional de enfermagem, acredita-se que este estudo possa ser um contributo propulsor para a realização de estudos posteriores. Mais ainda, julga-se que possa alicerçar mudanças no campo de atuação/gestão, o desiderato principal deste tipo de investigação.

Como principais conclusões deste estudo, e atendendo à sua evidência estatística, sintetizam-se os seguintes:

- os enfermeiros estão mais insatisfeitos que satisfeitos no trabalho, considerando a escala na globalidade;
- os enfermeiros estão mais satisfeitos nas dimensões “*Satisfação com Contexto de trabalho*” e “*Satisfação no Relacionamento com a Equipa*” e mais insatisfeitos nas dimensões “*Satisfação com Benefícios e Recompensas*” e “*Satisfação com Promoção*”;
- não foi encontrada influência do tipo de gestão (pública ou privada) na satisfação no trabalho dos enfermeiros, com exceção para um único item, relativo à periodicidade dos aumentos, sendo que os enfermeiros do setor privado estão mais satisfeitos que os do público nesse aspeto;
- os enfermeiros mais jovens ou com menos tempo de exercício profissional estão mais insatisfeitos do que os mais velhos ou com mais tempo de exercício nas dimensões “*Satisfação com a promoção*”, “*Satisfação com a comunicação*” e com o “*Total da escala*”;
- os enfermeiros com especialidade em enfermagem (habilitações académicas) estão mais satisfeitos relativamente a todos os outros na “*Satisfação no relacionamento com o chefe*”;
- os enfermeiros chefes e diretores são quem mais se diferencia em termos de categoria profissional, apresentando maior “*Satisfação com a promoção*”, “*Satisfação com a comunicação*” e para o “*Total da escala*”;

- os enfermeiros que trabalham em Centro de Saúde/USF encontram-se mais satisfeitos nas dimensões “*Satisfação com a promoção*”, “*Satisfação com a comunicação*” e com o “*Total da escala*” do que os que trabalham em hospital;
- os enfermeiros que não trabalham por turnos apresentam-se mais satisfeitos nas subescalas “*Satisfação com a promoção*”, “*Satisfação com a comunicação*” e para o “*Total da escala*”;
- os enfermeiros que trabalham apenas num local estão mais insatisfeitos nas dimensões “*Satisfação com a promoção*”, “*Satisfação com a comunicação*” e com o “*Total da escala*”;
- os enfermeiros cujo ordenado é maior estão mais satisfeitos nas dimensões “*Satisfação com a promoção*”, “*Satisfação com a comunicação*” e com o “*Total da escala*”;
- os enfermeiros cujo aumento salarial é anual encontram-se mais satisfeitos nas dimensões “*Satisfação com a comunicação*”, “*Satisfação no relacionamento com a equipa*”, e com o “*Total da escala*”, do que aqueles cujos aumentos não têm um período fixo;
- os enfermeiros que recebem incentivos estão mais satisfeitos do que aqueles que não os recebem em todas as dimensões da escala;
- nas variáveis género e estado civil não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros.

Tornou-se possível evidenciar a complexidade inerente à avaliação da satisfação de forma global, concisa e pormenorizada. Apesar da existência de alguns estudos internacionais, as diferenças culturais não podem deixar de ser tidas em conta aquando a comparação com os mesmos. Além disso, mesmo aqueles referentes ao contexto português, não recorrem aos mesmos instrumentos de avaliação, pelo que a análise dos resultados é realizada com alguma prudência.

Sendo que o contexto socioeconómico europeu e ocidental atravessa um período conturbado, os reflexos no setor da saúde são inevitáveis. Ainda assim, a um período de crise está intrinsecamente relacionado um período de mudança. Mudança que se espera ter tradução na melhoria contínua dos cuidados. Novas estratégias são geradas, com impulsos de criatividade e inovação.

Quem tem competências e responsabilidades na gestão de recursos humanos deve ter sempre presente que esses recursos são pessoas. Pessoas que possuem

anseios, aspirações, preocupações, problemas pessoais, competências próprias e únicas, desejo de realização, pelo que não só os aspetos laborais e profissionais mereçam maior importância. Referiu-se, por várias vezes, o impacto que a motivação dada pelo chefe, a comunicação com os colegas ou a própria percepção de autonomia podem ter, não somente a satisfação no trabalho, como também no comprometimento com a organização.

Verificou-se também, no decorrer deste trabalho, que existem outros conceitos cuja avaliação em estudos futuros merecerá atenção, nomeadamente o comprometimento com a profissão e/ou com a organização.

Outros aspetos importantes a ter em consideração, tal como se objetivou pelos resultados deste e de outros estudos, prende-se com a implementação de incentivos positivos traduzidos em condições dignas de trabalho incluindo salário, condições laborais, o estímulo ao aperfeiçoamento, inovação e criatividade e valorização. É hoje inequívoca a correlação entre a satisfação no trabalho e a vida familiar e pessoal do trabalhador, e por sua vez com o seu bem-estar físico e emocional, repercutindo-se na sua qualidade de vida. Como um ciclo, a atividade profissional reflete-se na pessoal e esta na atividade organizacional (qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, presenteísmo, absentismo e rotatividade). Estas considerações são tanto mais importantes quando se trata de uma profissão cuja essência é o cuidar. Cuidar de pessoas saudáveis e doentes, em qualquer fase das suas vidas, não raramente, em fases de grande fragilidade humana, nas quais a satisfação no trabalho do enfermeiro influenciará sem dúvida a qualidade com que é prestado o cuidado, que se deseja sempre de excelência.

Uma das grandes implicações que um estudo desta natureza possibilita é, sem dúvida, chamar a atenção para a importância de os administradores monitorizarem o clima de trabalho, observarem e identificarem os fatores que podem aumentar ou diminuir a satisfação no trabalho e comprometimento com a organização por parte dos diferentes colaboradores/empregados. Daí decorrente, qualquer dimensão deve ser alvo de melhoria, mesmo naquelas em que os resultados sejam positivos. Trata-se de empreender um sistema de qualidade total e de melhoria contínua.

As conclusões deste estudo devem ser consideradas à luz das suas limitações, nomeadamente, o viés associado à estratégia de colheita de dados ter sido exclusivamente por questionário preenchido na internet e disseminado por correio eletrónico. Desta forma, enfermeiros que não tinham *e-mail* ou que não eram utilizadores da internet, não foram incluídos na amostra. Este facto foi ponderado durante a

preparação do estudo. Contudo, dado o pouco tempo disponível para a colheita, que teria sido ainda menor caso se tivesse de ter solicitado o pedido de autorizações às unidades hospitalares para a aplicação dos questionários nas mesmas. Todas as técnicas têm vantagens e desvantagens. Esta possibilitou-nos, por exemplo, aceder mais facilmente a enfermeiros de diversos distritos do país (ainda que alguns mais representados do que outros), de forma mais rápida e com maior garantia de confidencialidade. Futuros estudos deverão tentar obter amostras aleatórias e estratificadas por distrito e tipo de instituição, ainda que essa tarefa seja mais onerosa.

Qualquer instrumento de colheita de dados também tem limitações próprias. O nosso, concretamente a EAST-Enf, não será exceção. A sua escolha teve em consideração as suas características psicométricas, que se mostravam satisfatórias, a sua validade facial, a sua disponibilidade imediata por parte dos autores e o facto de estar validada para a população alvo deste estudo. No entanto, parece-nos que esta escala carece de uma validação mais aprofundada⁷ (com mais estudos). Durante a análise estatística foram realizadas análises fatoriais exploratórias que indicaram o mesmo número de fatores da versão original, mas constituídos por diferentes itens. Além disso, os coeficientes de consistência interna também variaram um pouco, sendo que numa das escalas o valor se revelou mesmo insatisfatório, o que levou à opção pela sua não utilização. A este facto poderá não ser alheia, precisamente, a diferente forma de aplicação dos questionários, que foi tradicional/presencial no original e eletrónica neste estudo.

A forma como foi avaliado o tipo de contrato dos participantes também poderia ter sido mais clara/correta, tendo-se verificado que os participantes nem sempre sabiam designar/escolher adequadamente o seu contrato, o que tornou difícil analisar a influência desta variável na satisfação no trabalho.

Quanto ao tamanho da amostra, foi feito um esforço para que este fosse o maior e mais equilibrado possível entre os dois grupos principais (setor público e privado). Ainda assim, uma amostra maior teria sido eventualmente melhor, ainda que o diferencial público privado fosse difícil de evitar. A realização de um cálculo prévio do tamanho da amostra teria sido uma boa prática neste âmbito, apesar de ainda ser pouco habitual.

Este estudo, tal como a quase totalidade dos estudos que avaliam a satisfação no trabalho ou outra variável relacionada, teve um desenho transversal (avaliação num momento). No entanto, julga-se que seria importante que estas avaliações se pudessem

⁷ Nesse sentido, irá enviar-se a base de dados (sem comprometimento da confidencialidade dos mesmos) à autora da escala para que se possam realizar mais análises psicométricas e aferir ainda mais o instrumento.

repetir ao longo do tempo – estudos longitudinais – avaliando as mudanças ocorridas e as possíveis variáveis que podem influenciar essa mudança.

Outra limitação pode advir de uma sensação de descontentamento geral dos enfermeiros com a profissão (desde há alguns anos) e com a carreira negociada com o Ministério da Saúde. Também é evidente o descontentamento geral com as medidas governamentais dos últimos tempos, que impõem restrições e perda de direitos à sociedade em geral e aos funcionários públicos em particular. Estas dificuldades podem tornar negativas as expectativas gerais dos enfermeiros, acabando este descontentamento por se “misturar” com o descontentamento/insatisfação no “trabalho”. Por outras palavras, julga-se poder existir alguma “confusão” entre a satisfação com o trabalho, com a profissão e com as instituições/organizações públicas. Neste âmbito, o poder discriminatório e adequação do instrumento de colheita de dados é essencial.

Nesta fase do trabalho levantam-se várias questões, decorrentes das quais podem surgir propostas de investigações futuras (que devem tentar colmatar as limitações descritas). Algumas dessas questões são: Não poderiam/deveriam as organizações de saúde avaliar o nível de satisfação dos seus colaboradores mais frequentemente? Será esta monitorização, da iniciativa da organização, habitual no nosso país? Conhecerão os gestores os níveis de satisfação e comprometimento dos seus colaboradores? Qual seria o benefício desta atitude (e das respostas adequadas) para os colaboradores e para os consumidores?

Esta abordagem de monitorização, sendo sempre importante, adquire pertinência adicional quando estão em marcha novas e importantes reestruturações hospitalares e do serviço nacional de saúde. Mais ainda, quando se demonstra de todo imperativo o controlo dos gastos e a melhor gestão dos recursos em saúde.

A realização de estudos prospetivos que avaliem satisfação, motivação e comprometimento de enfermeiros longitudinalmente são necessários é uma proposta para estudos futuros. Esta avaliação deve ser, desejavelmente, realizada em instituições com diferentes modelos de gestão, numa mesma região do país. Pode ser realizada uma avaliação aquando da entrada dos profissionais para a instituição, aos seis meses (por exemplo), ao fim do primeiro ano, e depois, a intervalos que se revelem adequados a cada situação. Este desenho de investigação pode designar-se como um estudo de corte prospetivo. Desta forma, poderiam controlar-se mais eficazmente as variáveis parasitas. Ao mesmo tempo, poderia ser avaliada a influência de medidas de gestão ou organizacionais nas variáveis em estudo. Da mesma maneira, poderiam monitorizar-se também os indicadores de produtividade hospital, concretamente indicadores sensíveis

aos cuidados de enfermagem (por exemplo, taxa de úlceras de pressão, taxas de infecção, taxa de prevenção de quedas, etc.) e a satisfação dos utentes.

Com a concretização deste estudo descritivo e correlacional, contribuiu-se para o enriquecimento da evidência científica disponível no que concerne aos fatores influenciadores da satisfação profissional em Enfermagem, bem como à comparação entre o setor público e privado. Especificamente, neste último aspeto, salienta-se a escassez de estudos.

Ainda assim pode-se afirmar que apesar de existir em Portugal um Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito que, teoricamente poderia constituir uma ameaça à existência e prosperidade da intervenção do setor privado no setor da saúde, constata-se que os operadores privados estão instalados, têm margem de crescimento e contribuem com um papel cada vez mais importante na nossa sociedade.

Com o aumento progressivo na procura de cuidados de saúde devido a fatores essencialmente demográficos e socioeconómicos, é de equacionar novas formas de intervenção e cooperação entre o setor público e o setor privado, garantindo saúde a toda a população com a melhor qualidade possível.

BIBLIOGRAFIA

- Al-Hussami, M. (2008). A Study of Nurses' Job Satisfaction: The Relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research*, 22:2, 286-293.
- Amendoeira, J. (2004). *O cuidar e o prestador de cuidados*. Comunicação apresentada na Santa Casa da Misericórdia de Santarém. Auditório da Casa do Brasil. Santarém, 27 de maio de 2004.
- Amendoeira, J. (2004b). *Entre preparar enfermeiros e educar em Enfermagem, uma transição inacabada – 1950-2003, um contributo sócio-histórico*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade Nova, Lisboa.
- Andrade, C., Pereira, L., & Ckagnazaroff, I. (2007). Elementos de satisfação e insatisfação no trabalho operacional: revisitando Herzberg. *Revista de Gestão & Tecnologia*, 8:1, 67-89.
- Andrade, L. (2001). *A Satisfação Profissional nos Enfermeiros de Pediatria*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto.
- Andreazzi, M. (2003). *Formas de Remuneração de Serviços de Saúde*. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasília, dezembro 2003. ISSN 1415-4765
- Apóstolo, J., & Gameiro, M. (2005). Referências onto-epistemológicas e metodologias da investigação em enfermagem: Uma análise crítica. *Referência II Série*, 1:1, 29-38.
- Araújo, J. (2005). *A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto da gestão pública*. Braga: Universidade do Minho – Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas.
- Baganha, M., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). *O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Policopiado, oficina do CES. [Cons. 10 Jan. 2010]. Disponível em: www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf
- Barros, P. (2000). *A Economia dos Serviços de Saúde: Setor Público e Setor Privado na Prestação*. Apontamentos da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- Barros, P., & Gomes, J. (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Barros, P., & Simões, J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9:5, 1–140.
- Batista, A., Vieira, M., Cardoso, N., & Carvalho, G. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39:1, 85-91.
- Batista, V., Santos, R., Santos, P., & Duarte, J. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. *Referência II Série*, 2:12, 57-69.
- Bentes, M. [et al.]. (1996). A utilização dos GDH's como instrumento de financiamento hospitalar. *Gestão Hospitalar*, 33, 33-40.
- Bezerra, F., Andrade M., Andrade S., Vieira M., & Pimentel D. (2010). Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63:1, 33-37.
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento – Dossier a reforma do pensamento em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22: 67-79.
- Biscaia, A., Conceição, C., Martins, J., & Ferreiro, P. (2003). Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias. *Revista portuguesa de Clínica Geral*, 19, 281-289.
- Branco, A., & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Cuidados de Saúde Primários. *Revista portuguesa de Saúde pública*, 2, 5-12.
- Caetano, A. (2007). *Formação e Mudança Organizacional: mudanças alfa, beta e gama*. In A. Caetano (Ed.), *Avaliação da formação: Estudos em organizações portuguesas* (pp. 109-129). Lisboa: Livros Horizonte.
- Caldeira, P. (2003). *Satisfação*. Apontamentos Ano Letivo 2003-2004. [Cons. 17 Out. 2010]. Disponível em: http://www.lusiada.org/files/psic/Satisfacao_Acetatos.pdf.
- Campos, R., Farias, G., & Ramos, C. (2009). Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 11:3, 647-57. [Cons. 1a Set. 2010]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a24.htm>.

- Carapinheiro, G., & Lopes, N. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Carvalho, A. (2002). Apresentação. In A. Carvalho, F. Marcelino, H. Barreiros, & L. Lourenço (Eds.), *Processo de contratualização de recursos humanos*. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, G., & Lopes, S. (2006). *Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral*. *Arquivos Ciência e Saúde*, 13:4, 215-219.
- Carvalho, M. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no setor da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Carvalho, M. (2009). *Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Cerqueira, M. (2009). *Serviço médico na periferia (1975-1982): Portugal desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde?*. Tese de mestrado não publicada, ISCTE, Lisboa.
- Correia, T., & Stoleroff, A. (2008). *A empresarialização do setor hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua rerregulação*. Lisboa: CIES e-Working Papers.
- Cortez, I. (2010). Desigualdade no acesso aos Cuidados de Saúde Primários: A outra face das USF. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26:189-94.
- Craveiro, I., & Ferrinho, P. (2001). Planear estrategicamente: A prática no SNS. Política de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19:2, 27-37.
- Cura, M., & Rodrigues A. (1999). Satisfação Profissional do Enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7:4, 21-28.
- Dâmaso, P. (2009). *As Orientações Estratégicas da Gestão Privada em Contexto Público*. Tese de Mestrado não publicada. ISCTE, Lisboa.
- Delgado, A., Pereira, A., Morais, C., Delgado, C., & Castro, J. (2009). *Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia*. In IV Encontro de Investigação e IIª Jornadas de Saúde Materno Infantil. *Investigação em Saúde: Contributos* (pp. 178-191). Vila Real: ESEnfVR.
- Dias, A., Santana, S. (2009). Cuidados integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 8:1, 12-20.
- Dias, C. (2009). *A liderança em enfermagem: estudo do líder, do liderado e da motivação*. Tese de mestrado não publicada. Porto: ICBAS.

- Dinis, A. (2008). Saúde privada, integração sofisticada. *Revista IP Espaços/ Edifícios/ Empresas, Dossier Especial Saúde e Tecnologia*, p. 14-22.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Seuil.
- Eira, A. (2010). *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto.
- Escoval, A. (1999). *Sistemas de financiamento da saúde. Análise e tendências*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J., Rodrigues, M., Moreira, F., & Espiga, P. (2010). *Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Volume Temático: 9.
- Escoval, A., Ribeiro, R., & Matos, T. (2010). A Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9.
- Esperidião, M., & Trad, L. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, 22:6, 1267-1276.
- Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 06, 7-20.
- Farnham, D., & Horton, S. (1996). *Managing people in the public services*. London: MacMillan.
- Ferreira, E. (2010). Satisfação Profissional do enfermeiro docente no ensino superior de enfermagem. Dissertação de Pós-Graduação não publicada, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ferreira, F. (2003). *A evolução de uma Ciência chamada Administração*. [Cons. 12 Nov. 2010]. Disponível em: <http://www.biblioteca.sebrae.com.br>.
- Ferreira, J. (2009). *Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória*. Tese de Mestrado não publicada, Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Ferreira, M. (2005). Empenhamento dos profissionais de saúde e novos modelos de gestão das unidades de saúde. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Ferreira, M., & Loureiro, L. (2009). EASPE – Uma escala de avaliação da Satisfação Profissional dos Enfermeiros. *Referência II Série*, 10 (Suplemento – Atas e Comunicações), 469.
- Ferreira, M., & Loureiro, L. (no prelo). EAST-Enf: Uma Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros. *Revista de Investigação em Enfermagem*.

- Ferreira, M., & Sousa, L. (2006). Satisfação no Trabalho e Comportamentos Estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6, 37-46.
- Figueiredo, S. (2009). *Órgão de Governação de Topo do Hospital Público Português - Estrutura e Constituição*. Trabalho de Projeto de Investigação. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Fontana, R. (2009). Fatores geradores de (in)satisfação no trabalho do (da) enfermeiro(a): um olhar do estudante de enfermagem. *Ciência e Cuidados de Saúde*, 8:3, 337-344.
- Fontana, R., & Siqueira, K. (2009). O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade. *Cogitare Enfermagem*, 14:3, 491-8.
- Fontes, A. (2009). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros... que realidade? Serviço de Cuidados Intensivos versus Serviço de Medicina*. Tese de Mestrado não publicada, ICBAS, Porto.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Coimbra: Lusociência.
- Franca, L., & Monte, A. (2010). *Comparação entre Sistemas de Gestão Hospitalar: SPA, SA e EPE, na Perspetiva do Planeamento e Controlo Orçamental – Um estudo de caso*. Escola Superior de Tecnologia e de Gestão, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, Formação e Ciência Lda.
- Furtado, B. (2009). *O trabalho de enfermeiro em emergência: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho. O caso do Hospital da Restauração*. Tese de doutoramento não publicada, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.
- Gago, A. (2008). *O financiamento hospitalar e os grupos de diagnóstico homogêneos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gifford, D., Zammuto, R., Goodman, A., & Hill, K. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management*, 47:1, 13-26.
- Giovanella, L. (2006). A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, 22:5, 951-963.

- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25:3, 3017-318.
- Gonçalves, A. (1998). Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas. *Referência I Série*, 1, 41-48.
- Gonçalves, C., & Ramos, V. (2010). *Cidadania e Saúde. Um caminho a percorrer...* Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Graça, L. (1999). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde*. Lisboa: Direção da Saúde, Sub-Direção para a Qualidade.
- Graça, L. (2010). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: um imperativo também para a gestão. *Rev. Port. Sau. Pub.*, 28:1, 3-6.
- Graça, L., & Sá, E. (1999). *Avaliação da satisfação profissional do pessoal dos centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja: Resultados preliminares*. Textos sobre saúde e trabalho.
- Graça, L., Henriques, A., & Isabel (2000). *Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal*. Textos sobre saúde & trabalho. [Cons. 19 Jun. 2010]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos62.html>
- Guedes, S. (2009). *Relação entre qualidade de vida no trabalho e indicadores de satisfação profissional*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Herrera-Amaya, G., & Manrique-Abril, F. (2008). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. *Aquichan*, 8:2, 243-256..
- Hespanhol, A. (2008). Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Centro de Saúde de São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 665-670..
- Ingersoll, G., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B., & Davies, J., (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32:5, 250-263.
- International Council of Nurses (ICN) (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Investir em enfermeiros é acrescentar mais valor ao país (2011, 9 de Dez.). *Diário de Coimbra*, p. 14.
- Januário, J. (2009). *Fatores que podem influenciar os indicadores de performance*. Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa.

- Jesus, M., Leal, S., & Vivas, C. (2009?). *Perceções de clima, empenhamento organizacional e satisfação com o trabalho: um estudo de caso*. Tese de licenciatura não publicada, ESGTS, Santarém.
- Junqueira, E., Bispo, J. & Calijuri, M. (2007). *Melhores empresas para os empregados e retorno para o acionista: existe alguma relação?* *ConTexto*, 7:12, 1-20.
- Lopes, N. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem*. Estudo sociológico em contexto Loureiro, R., Ferreira, M., & Duarte, J. (2007). *Liderança em enfermagem e satisfação profissional nos novos modelos de gestão hospitalar*. In *III Encontro de Investigação e Iª Jornadas de Saúde Materno Infantil. Livro de Atas* (pp. 87-93). Vila Real: ESEnf.VR. hospitalar. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martinez, M., Paraguay, A. & Latorre, M. (2004). *Relação entre Satisfação com os aspetos psicossociais e saúde dos trabalhadores*. *Revista de Saúde Pública* 38, 55-61.
- Martinez, M., Paraguay, a. (2003). *Satisfação e saúde no trabalho – aspeto conceituais e metodológicos*. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2003, vol. 6, pp. 59-78.
- Martins, M. & Santos, G. (2006). *Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho*. *Psico-USF* 11:2, 195-205.
- Mauro, M. & Veiga, A. (2008). *Problemas de saúde e riscos ocupacionais: perceções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil*. *Revista de Enfermagem UERJ* 16:1, 64-69.
- Meireles, S. (2010). *Na gestão em saúde: a perspetiva da satisfação dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Mendes, F. Mantovani, M. (2010). *Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 209-15.
- Mendes, I., Marziale, M. (2006). *Sistema de Saúde em busca de excelência: os recursos humanos em foco*. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 maio-junho; 14(3): 303-4.
- Miguel, J., Gugalho, M. (2002). *Economia da Saúde: novos modelos*. *Análise Social*, vol. XXXVIII (166), 2002, 51-75.

- Ministério da Saúde (1990). *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República 195:I, 3452-3459. [Cons. 8 Ago. 2010]. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Lei_n%C2%BA_48/90,_de_24_de_agosto.
- Ministério da Saúde (2004). *Preâmbulo do Decreto Regulamentar 19-A/2004, de 14 de maio* [em linha]. [Cons. 20 Out. 2010]. Disponível em: http://bdjur.almedina.net/sinopse.php?field=doc_id&value=29842.
- Mozzicafreddo, J. (1992). *O Estado-Providência em Portugal: Estratégias Contraditórias*. Sociologia – Problemas e Práticas nº12, pp.57-89, Bremen.
- Murrells, T., Robinson, S., Griffiths P. (2008). *Job satisfaction trends during nurses' early career*. National Nursing Research Unit, King's College London, Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, London.
- Nascimento, J., Lopes, A., & Salgueiro, M. (2008). Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 14:1, 115-133.
- Neves, A. (2009). *Os Enfermeiros e... a Avaliação de Desempenho*. Artigos publicados na Imprensa Regional pela Ordem dos Enfermeiros.
- Nogueira, S. (2008). *Qualidade e Satisfação em Serviços de Saúde: uma abordagem da avaliação do desempenho*. Dissertação de Mestrado, ISCTE, Lisboa.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. 2.^a ed. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Conhecer os caminhos da Saúde – Relatório de primavera 2001, Síntese*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Luzes e sombras. A governação em saúde – Relatório de primavera 2007*. Lisboa: Escola Nacional
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Relatório de primavera 2009 - 10 anos OPSS, 30 anos SNS. Razões para continuar*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Saúde: que ruturas? – Relatório de primavera 2003*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Oliveira, M., & Pinto, G. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14: S203-S220.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Enfermagem em Portugal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Dados estatísticos 2000-2010*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *A evolução histórica da profissão de Enfermagem em Portugal* [em linha]. [Cons. 16 Out. 2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>
- Parreira, P. (2005). *As Organizações*. Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra. ISBN:972-8485-46-8.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais*. 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rambur, B., McIntosh, B., Palumbo, M., & Reinier, K. (2005). Career retention and job satisfaction, in baccalaureate and associate educated American nurses: is there a private and social return on educational investment? *Journal of Nursing Scholarship*, 37:2, 185-92.
- Ribeiro, J. (2009). *Saúde – A liberdade de escolher*. Gradiva. Lisboa.
- Ribeiro, L., Gomes, A., Silva, M. (2010). *Stresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia .Universidade do Minho.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., Ferreira, P. (2008). *Qualidade dos cuidados de saúde*. Instituto Politécnico de Viseu, Série nº35, novembro 2008. <http://hdl.handle.net/10400.19/357>
- Rocha, J. (2007). *Gestão de recursos Humanos na Administração Pública*. 2.^a Ed. Lisboa: Escolar Editora.
- Rodrigues, L. (2002). *Compreender os recursos humanos do serviço nacional de saúde*. Lisboa: Edições Colibri; Apifarma.
- Rodrigues, M. (1995). *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 2.ed. Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues, M., Araújo, J. (2005). *A Nova Gestão pública na Administração Local*. Escola Superior de Comunicação, Administração e Turismo – Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2005.
- Rodrigues, S. (2009). *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as perceções de doentes e enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação Área de Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do MINHO – Instituto de Educação e Tecnologia. Outubro 2009.

- Roque, S. & Santos, N. (2008). Sistema de Avaliação de Desempenho em Enfermagem: eficiência e eficácia. *Saúde & Tecnologia* 1.
- Sakellarides, C. (2000). *Direção estratégica e gestão de expectativas no sistema de saúde português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Sistemas de Saúde Vol. 18, N.º 1 — janeiro/junho 2000. Lisboa.
- Santana, R. (2005). *O financiamento hospitalar a e definição de preços*. *Financiamento Hospitalar*. Revista Portuguesa de Saúde Pública Volume Temático: 5, 2005.
- Santiago, R. e Carvalho, T. (2008). *Academics in a new work environment: the impact of NPM on work conditions*. Higher Education Quarterly. V.62, n.º 3, 204-223.
- Santos, J. & Sustelo, M. (2009). *Cultura organizacional e satisfação profissional: estudo desenvolvido num hospital privado*. *Psico* 40:4, 467-472.
- Santos, M., Braga, V. & Fernandes, A. (2007). *Nível de Satisfação dos Enfermeiros com o seu trabalho*. *Revista de Enfermagem UERJ* 15:1, 82-86.
- Santos, R. S. (2003). *A contratualização em saúde: modelos de financiamento*. *Economia & Empresa, I Série*, n.º 1, Janeiro-Junho, Lusíada, 175-203.
- Saúde, S. (2006). *Empregabilidade, competências e percursos de inserção profissional – os diplomados pelo Ensino Superior Politécnico*. *Da Investigação às Práticas - Estudos de Natureza Educacional 2006 Volume VII Nº1*, Escola Superior de Educação de Beja.
- Schmidt, D., Dantas, R. *Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2006, vol.14, n.1, pp. 54-60. ISSN 0104-1169.
- Seixas (2009). *Satisfação profissional do enfermeiro do serviço de urgência*. [Cons. 15 Ago. 2010]. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bits>
- Silva, D. (2002). *Correntes de pensamento em ciências de enfermagem*. Millenium, 26.
- Silva, M., Gomes, A. (2009). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses*. *Estudos de Psicologia*, 14(3), Setembro-Dezembro/2009, 239-248. ISSN (versão eletrónica): 1678-4669
- Silva, R. (1998). *Para uma análise da satisfação com o trabalho*. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº26, pp.149-178.
- Silva, R. (2008). *Satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital universitário no trabalho noturno*. Dissertação de Mestrado para o Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. RS, Brasil.

- Silva, R., Beck, C., Guido, L., Lopes, L., Santos, J. (2009). *Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno*. Texto Contexto Enfermagem. [em linha] 18:2, 298-305. [Cons. 10 Ago. 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/13.pdf>.
- Silva, S. (2008). *As recentes metamorfoses da saúde na Região Norte*. Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Projeto "A Região Norte de Portugal: dinâmicas de mudança social e recentes processos de desenvolvimento" (POCI/SOC/57600/2004). Porto.
- Silvestre, H., & Araújo, J. (2009). A gestão por resultados no setor público: o caso dos hospitais EPE. [em linha]. [Cons. 11 Nov. 2011]. Disponível em: <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/515>
- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal – Parcerias Público-privadas. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume 4, 2004 - cms.ensp.unl.pt
- Sindicato dos Enfermeiros (2008). *Avaliação do Desempenho dos Enfermeiros*. [em linha]. [Cons. 11 Abr. 2011]. Disponível em: <http://www.enfermeiros.pt/content/view/582/1/>.
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2011). Carreira de Enfermagem. Departamento Nacional de Informação – SEP, maio, 2011.
- Siqueira, V. (2010). *Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem*. Tese de mestrado para a Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Soares, J. (2007). *Satisfação geral no trabalho dos enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais*. Tese de mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Stoleroff, A., Correia, T. (2008). *A empresarialização do setor hospitalar público português. A desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua rerregulação*. Lisboa : CIES-ISCTE.
- Sturges, J., & Guest, D. E. (2001). Don't leave me this way! A qualitative study of influences on the organisational commitment and turnover intentions of graduates early in their career. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29:4, 447-462.
- Vaitsman, J., Andrade, G. (2005). *Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3), 599-613.

Varanda, J. (2004). *Hospitais: a longa marcha da empresarialização*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 4.

Zangaro, G. & Soeken, K. (2007). *A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction*. Research in Nursing & Health 30:4, 445-458.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Decreto nº 4:563 de 9 de julho de 1918

Decreto-lei nº5739 de 10 de maio 1919

Decreto-lei nº 31:913 de 12 de março de 1942

Decreto-lei nº 36:219 de 10 de abril de 1947

Decreto-lei N.º 2120 de 19 de julho de 1963

Decreto-lei nº 48:166, de 27 de dezembro de 1967

Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968

Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968

Decreto-Lei n.º 413, de 27 de setembro de 1971

Decreto-Lei nº 414, de 27 de setembro de 1971

Decreto-lei n.º 56, de 15 de setembro de 1979

Decreto-Lei n.º 254, de 29 de junho de 1982

Decreto-lei n.º 97, de 22 de abril de 1983

Decreto-Lei n.º 74-C, de 2 de março de 1984

Decreto-Lei n.º 19, de 21 de janeiro de 1988

Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro

Decreto-lei nº 480 de 23 de dezembro de 1988

Decreto-lei nº 21 de 20 de dezembro de 1989

Decreto-lei n.º 48, de 24 de agosto de 1990

Decreto-lei nº 437 de 8 de novembro de 1991

Decreto-lei n.º 11, de 15 de janeiro de 1993

Despacho n.º 2/93, de 30 de março de 1993

Decreto-Lei n.º 335, de 29 de setembro de 1993

Despacho n.º2/94, de 11 de fevereiro de 1994

Decreto-lei nº 161, de 4 de setembro de 1996

Decreto-lei nº 104, de 21 de abril de 1998

Decreto-Lei n.º 412, de 30/12 de 1998

Decreto-Lei n.º 157/, de 10 de maio de 1999

Decreto-Lei n.º 286/, de 27 de julho de 1999

Decreto-Lei n.º 374, de 8 de setembro de 1999

Decreto-lei n.º411, de 15/10 de 1999

Decreto-lei n.º 27 de 8 de novembro de 2002

Decreto-Lei n.º 60, de 1 de abril de 2003

Decreto-lei nº10, de 22 de março de 2004

Decreto Regulamentar 19-A/2004, de 14 de maio de 2004

Decreto-Lei n.º 22.250 de 3 de outubro de 2005

Decreto-Lei n.º 101, de 6 de junho de 2006

Decreto-Lei n.º 298, de 22 de agosto de 2007

Decreto-Lei n.º 28, de 22 de fevereiro de 2008

Decreto-lei nº 111 de 16 de setembro de 2009

Decreto-lei nº 247, de 22 de setembro de 2009

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Eletrônico

1.- A sua opinião é importante

Este questionário realiza-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Administração e Gestão Pública a decorrer na Universidade de Aveiro. A informação que nos proporcione será utilizada para avaliar a Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros.

As suas respostas serão tratadas de forma confidencial e servirão para promover a melhoria contínua das condições de trabalho e da eficiência das organizações de saúde.

Este questionário dura aproximadamente 4 minutos.

Desde já agradeço a sua disponibilidade.

Neuza Maia (Enf.ª)

2.- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

*1. A sua idade:

*2. Género:

Masculino Feminino

*3. Estado Civil:

Solteiro(a)
 Casado(a)/ União de Facto
 Separado(a)/ Divorciado(a)
 Viúvo(a)

*4. Habilitações Académicas:

Bacharelato
 Licenciatura
 Pós-Graduação
 Mestrado
 Doutoramento
 Outro (Por favor especificar)

2 / 6

3.- CARACTERÍSTICAS LABORAIS

*5. Possui mais que uma entidade empregadora?

Sim Não

*6. Qual o tipo de gestão da principal entidade empregadora?

Pública Privada

7. Qual o Distrito de localização da principal entidade empregadora?

Se optar por pública, surge nova opção:

3.- CARACTERÍSTICAS LABORAIS

*5. Possui mais que uma entidade empregadora?

Sim Não

*6. Qual o tipo de gestão da principal entidade empregadora?

Pública Privada

* Qual o tipo de instituição?

Hospital
 Centro de Saúde/ USF
 Outro (Por favor especificar)

7. Qual o Distrito de localização da principal entidade empregadora?

3 / 6

4.- CONDIÇÕES CONTRATUAIS E SALARIAIS

*8. Qual o seu regime contratual?

- Nomeação
- Contrato Administrativo de Provedimento
- Contrato Individual de Trabalho
- Contrato de Trabalho a Termo Resolutivo
- Outro (Por favor especificar)

*9. Qual a sua categoria profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe
- Enfermeiro Supervisor
- Assessor de Enfermagem
- Enfermeiro Director

*10. A sua avaliação de desempenho é realizada:

- Anualmente
- Trienalmente
- Não é realizada
- Outro (Por favor especificar)

*11. A sua última avaliação de desempenho foi de:

- Satisfaz
- Não Satisfaz
- Ainda não fui avaliado(a)

*12. Relativamente à remuneração mensal, o pagamento:

- Cumpre dia fixo
- Atrasa até 1 semana
- Atrasa até 2 semanas
- Atrasa mais de 2 semanas

*13. Dentro de que valores se situa a sua remuneração?

- Menos de 800€
- 800-1000€
- 1000-1200€
- 1200-1400€
- 1400-1600€
- Mais de 1600€

14. Qual a periodicidade dos aumentos salariais?

- Semestral
- Anual
- Consoante os objectivos
- Sem período fixo

4 / 6

*15. Leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê a que achar mais apropriada.

	Concordo Totalmente	Concordo Bastante	Nem Concordo Nem Discordo	Discordo Bastante	Discordo Totalmente
1. Tenho muito que fazer no meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gosto do meu chefe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Os aumentos salariais são poucos e distantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O meu trabalho é agradável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Gosto das pessoas com quem trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gosto de fazer o que faço no meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutras locais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Os objectivos desta organização não são claros para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. O meu chefe é injusto comigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Gosto dos meus colegas de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. A comunicação parece boa dentro desta organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quando faço um bom trabalho sou reconhecido(a) por isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<-Anterior

5 / 6

6.- MUITO OBRIGADO

Agradeço muito o seu contributo.

16. Se quiser, pode deixar um comentário:

ANEXO II

Autorização para utilização da
Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros
(EAST-Enf).

De: neuzamaia@sapo.pt [mailto:neuzamaia@sapo.pt]

Enviada: segunda-feira, 10 de maio de 2010 22:15

Para: mfrederico@esenfc.pt

Assunto: Solicitação de autorização da EASPE

Assunto: Solicitação de autorização da EASPE

Caríssima Professora Manuela Frederico,

Chamo-me Neuza Maia, sou enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. e encontro-me de momento a terminar o projeto de tese para o Mestrado em Administração e Gestão Pública, na Universidade de Aveiro, sob orientação da Professora Doutora Maria Teresa Carvalho.

O tema da tese é "Satisfação em Enfermagem: Comparação entre o setor público e o setor privado" e a amostra incluirá enfermeiros de todo o país.

Durante a revisão teórica tive acesso ao seu artigo em coautoria com o Sr. Professor Luís Loureiro: "EASPE - Uma Escala de Avaliação da Satisfação Profissional dos Enfermeiros". Este artigo responde de forma plena às minhas ambições para o estudo e a correção científica e o interesse despertado culminaram neste contacto, bem demonstrador da importância a si atribuída. O intuito deste mail é, portanto, solicitar a sua honrosa autorização para aplicarmos essa escala.

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

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

Com os melhores cumprimentos,

Neuza Maia

Data: Thu, 13 May 2010 12:05:24 +0100

De: Manuela Frederico <mfrederico@esenfc.pt>

Assunto: RE: Solicitação de autorização da EASPE

Para: neuzamaia@sapo.pt

Bom dia Enf^a Neuza,

Agradeço o contacto e somos, com todo o gosto, favoráveis à utilização da escala. Felizmente que tem utilidade!

Desejo desde já o máximo sucesso tanto para a sua dissertação, como a nível pessoal.

Junto envio a escala.

O processo de validação da escala levou à produção de um artigo que aguarda publicação, quando acontecer farei chegar-lhe informação.

Ao dispor para qualquer colaboração adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Manuela Frederico

Manuela Frederico-Ferreira, RN, PhD

Professora Coordenadora

Presidente do Conselho para a Qualidade e Avaliação

Investigadora da UICISA-dE e Coordenadora da linha ?Sistemas e Organizações de Saúde?

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto, Apartado 55

3001-901 Coimbra - Portugal

Tel. +351 239 487 200

TM. +351 964 641 035

e-mail: mfederico@esenfc.pt