

Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Maria Isabel Soares da Silva Meco e Beaumont

**“Identificação do tipo de liderança das chefias e a
sua influência na satisfação dos profissionais de
saúde do Hospital Geral de Luanda
Estudo de Caso”**

Dissertação de Mestrado

Orientada por:

Prof. Doutor Jorge Manuel Marques Simões
Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde

Esta Dissertação não segue o novo acordo ortográfico

Dedico este trabalho aos meus filhos,
Beatriz, Laura e João Paulo

DECLARAÇÃO

Nome: Maria Isabel Soares da Silva Meco e Beaumont

Endereço Electrónico: misabel.beaumont@gmail.com

Título da Dissertação de Mestrado: “Identificação do tipo de liderança das chefias e a sua influência na satisfação dos profissionais de saúde do Hospital Geral de Luanda – Estudo de Caso”

Orientador: Prof. Doutor Jorge Manuel Marques Simões

Ano de Conclusão: 2016

Designação do Mestrado: Gestão de Recursos de Saúde

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR (e por solicitação da Direcção do Hospital Geral de Luanda), NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA DISSERTAÇÃO.

Instituto Politécnico de Tomar, 2016 / 07 / 08

Assinatura: _____

RESUMO

As instituições de saúde, em especial, os hospitais, são organizações complexas e em constante mudança, o que requer dos seus líderes a capacidade de conseguir criar um ambiente de confiança para que se obtenha melhor desempenho, colaboração e satisfação dos seus colaboradores.

Este trabalho foi realizado a partir de um estudo de caso, que envolveu os profissionais de saúde de um hospital, e teve como principal objectivo verificar se o tipo de liderança da chefia pode ser um dos determinantes da satisfação profissional dos seus colaboradores. Na recolha de dados foi utilizado um questionário de perguntas fechadas referente ao tema.

A análise dos resultados mostrou a existência de uma relação significativa entre o tipo de liderança e a satisfação profissional, constatação evidenciada na revisão da literatura. Os profissionais de saúde encontram-se globalmente satisfeitos com todos os tipos de liderança da chefia, verificando-se uma associação mais forte para a liderança democrática, com o qual revelaram um grau de satisfação claramente superior. Também, verificou-se que a variável da remuneração tem uma associação estatisticamente significativa com o grau de satisfação dos profissionais de saúde.

Esta investigação contribuiu para corroborar o que a literatura referencia sobre o tipo de liderança da chefia ser um factor que está relacionado com o estado de satisfação no trabalho.

Palavras-chave: Liderança, Satisfação profissional, Hospital Geral de Luanda.

ABSTRACT

Health facilities, especially hospitals, are complex organizations constantly changing. This requires from their leaders the ability to create an environment of trust for a better performance, collaboration and performance of its workers.

This is a case study investigation involving health professionals from an hospital and its main purpose was to determinate if the type of leadership in management positions can be considered as a professional satisfaction determinant for workers. The data was collected using a closed questions questionnaire related to this matter.

Data analysis showed that there is a significant relation between the type of leadership and professional satisfaction, as established in the literature on this subject. In this case study, health professionals are globally satisfied with all types of leadership in management positions, although there is a stronger association regarding democratic leadership. Workers are undoubtedly more satisfied under this type of leadership. Data analysis also showed that the “payment” variable as a statistically consequential association with the extent of satisfaction of health professionals.

The results of this investigation are a contribution to reassure the literature that empathizes that the type of leadership factor is related with the condition of satisfaction at work.

Keywords: Leadership, job satisfaction, General Hospital of Luanda

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Jorge Manuel Marques Simões

O meu sincero agradecimento ao meu orientador, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pelas críticas e apreciações construtivas durante a orientação. Obrigada pelo seu entusiasmo contagiante, pelo incentivo em cada palavra e por me fazer acreditar que seria possível a concretização deste trabalho.

À Mestre Maria João da Costa Antunes Inácio

O meu muito obrigada pelo apoio prestado, pela qualidade e exigência dos seus comentários e anotações que, em muito, enriqueceram este trabalho. Obrigada pela disponibilidade, apesar dos seus dias muito preenchidos.

Ao Dr. Mário Cardoso

A minha gratidão por ter autorizado a realização do estudo no Hospital Geral de Luanda.

Ao meu marido

Por me ter lançado o desafio de fazer o mestrado, bem como pela confiança e força dada.

À minha cunhada Ana Beaumont

Pela presença e compreensão.

À Andreia Pereira

Pela colaboração.

Aos meus Amigos

Pela amizade e incentivo.

A Todos os Respondentes

Que participaram neste estudo e sem os quais a sua realização não seria possível.

Maria Isabel Soares da Silva Meco e Beaumont

Instituto Politécnico de Tomar, Tomar, 07 de Julho de 2016

Índice

Índice de Tabelas	XVI
Lista de abreviaturas e siglas	XVII
1. Introdução	1
1.1. Importância e justificação do tema	1
1.2. Objectivo da investigação	2
1.3. Questões da investigação	2
1.4. Estrutura da dissertação	2
2. Revisão da Literatura	5
2.1. Introdução	5
2.2. Liderança	5
2.2.1. Conceitos de Liderança e de Líder	5
2.2.2. Estilos de Liderança	8
2.2.3. Tipos de Líderes	9
2.2.4. Liderança em Saúde	13
2.2.5. Síntese	16
2.3. Satisfação profissional	17
2.3.1. Introdução	17
2.3.2. Conceito de satisfação no trabalho	18
2.3.3. Factores relacionados com a satisfação no trabalho	21
2.3.4. Satisfação profissional <i>versus</i> Liderança	23
2.4. Satisfação profissional nos serviços de saúde	25
2.5. Síntese	27
3. Caracterização do Hospital Geral de Luanda (HGL) - Angola	29
3.1. Introdução	29
3.2. Caracterização Geral de Angola	30
3.3. O que é um Hospital	31
3.4. Hospital Geral de Luanda (HGL)	32
3.4.1. Enquadramento histórico	32

3.4.2.	Enquadramento legal.....	33
3.5.	Missão e Valores.....	34
3.6.	Organograma.....	35
3.7.	Recursos Humanos.....	35
3.8.	Síntese.....	37
4.	Hipóteses e Modelo de Análise.....	39
4.1.	Introdução.....	39
4.2.	Seleção dos conceitos teóricos.....	39
4.3.	Questões e Hipóteses de Investigação.....	40
4.3.1.	Questão de Investigação.....	40
4.3.2.	Hipóteses.....	40
4.4.	Modelo de Análise.....	41
4.4.1.	Esquematização do Modelo.....	41
4.4.2.	Dimensões e variáveis do Modelo.....	42
4.4.2.1.	Variável dependente.....	42
4.4.2.2.	Variáveis independentes.....	42
4.4.2.3.	Modelo conceptual.....	42
4.5.	Síntese.....	43
5.	Metodologia.....	45
5.1.	Introdução.....	45
5.2.	Tipo de estudo.....	45
5.3.	População e amostra em estudo.....	45
5.4.	Instrumento de recolha de dados.....	46
5.4.1.	Vantagens e Limitações do Questionário.....	46
5.4.2.	Estrutura do Questionário.....	47
5.5.	Procedimentos éticos.....	48
5.6.	Tratamento estatístico dos dados.....	49
6.	Análise e discussão dos dados.....	51
6.1.	Análise dos dados.....	51
6.2.	Descrição da amostra.....	51
6.3.	Análise descritiva.....	51

6.3.1.	Caracterização sócio - demográfica	51
6.3.2.	Análise descritiva da satisfação profissional	53
6.3.3.	Análise descritiva da liderança	55
6.4.	Análise inferencial.....	56
6.4.1.	Avaliar o grau de satisfação associado ao tipo de liderança	57
6.4.1.1.	Hipótese 1: - Existe uma relação significativa entre o tipo de liderança da chefia e a satisfação dos profissionais de saúde do HGL?	58
6.4.1.2.	Hipótese 2: Existe uma relação significativa entre o tipo de relação com a chefia e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?	67
6.4.1.3.	Hipótese 3: Existe uma relação significativa entre a relação com os colegas de trabalho e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?	68
6.4.1.4.	Hipótese 4: Existe uma relação significativa entre a remuneração e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?	69
6.5.	Discussão dos dados.....	70
6.6.	Síntese.....	71
7.	Conclusões	73
7.1.	Limitações.....	73
7.2.	Sugestões.....	74
	Referências Bibliográficas.....	75
	ANEXOS	79

Índice de Figuras

Figura 1 - Pirâmide das necessidades de Maslow	23
Figura 2 - Organograma do HGL	35
Figura 3 - Factores impulsionares ou limitadores da satisfação profissional	41
Figura 4 - Proposta do modelo conceptual	42

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Variável satisfação profissional	54
Tabela 2 - Variável tipo de liderança	56
Tabela 3 - Grau de Satisfação com 4 níveis	57
Tabela 4 - Grau de Satisfação com 3 níveis	58
Tabela 5 - Grau de Satisfação vs "A chefia lidera através do exemplo"	58
Tabela 6 - Grau de Satisfação vs "Existe cooperação entre trabalhadores e chefia"	59
Tabela 7 - Grau de Satisfação vs "Existe cooperação entre colegas"	60
Tabela 8 - Grau de Satisfação vs "Somos estimulados a trabalhar em equipa"	60
Tabela 9 - Grau de Satisfação vs Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos	61
Tabela 10 - Grau de Satisfação vs As nossas opiniões são tomadas em consideração pela chefia	62
Tabela 11 - Grau de Satisfação vs "São propostas acções de formação para aprendizagem e melhoria contínua"	63
Tabela 12 - Grau de Satisfação vs "O bom desempenho é reconhecido e elogiado"	64
Tabela 13 - Grau de Satisfação vs "Recebem informação de como as coisas devem ser feitas e quais as regras"	64
Tabela 14 - Grau de Satisfação vs "É dada informação adequada e a tempo"	65
Tabela 15 - Grau de Satisfação vs "É dada informação adequada e a tempo"	66
Tabela 16 - Grau de Satisfação vs Tipo de Liderança	66
Tabela 17 - Grau de Satisfação vs "A relação com a minha chefia directa é cordial"	67
Tabela 18 - Grau de Satisfação vs "A relação com os colegas é boa"	68
Tabela 19 - Grau de Satisfação vs "A minha remuneração actual é satisfatória"	69

Lista de abreviaturas e siglas

AEP - Associação Empresarial de Portugal...

HGL – Hospital Geral de Luanda

MGRS – Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde

MINSA – Ministério da Saúde de Angola

HCP - Health Custer Portugal

1. Introdução

1.1.Importância e justificação do tema

Presentemente, as mudanças organizacionais que ocorrem nas instituições de saúde são uma constante, pelo que a liderança desponta nestas circunstâncias como uma ferramenta fundamental para a sua gestão. É função da liderança estar atenta aos elementos que interferem na eficiência do sistema do qual faz parte. Esta constatação faz da liderança uma das temáticas mais importantes e estudadas na área do comportamento organizacional e da gestão. Os sistemas de saúde são reconhecidos como um dos sistemas mais complexos da sociedade contemporânea, sendo os hospitais organizações que enfrentam todos os problemas inerentes a qualquer outro tipo de organização, mas com um maior grau de complexidade (Menezes, 2012).

A multiplicidade de áreas de formações que caracterizam os recursos humanos das instituições de saúde, implicam que o líder tenha a capacidade de se comunicar com todos e de conseguir criar um ambiente de confiança para que obtenha um melhor desempenho, colaboração e satisfação dos seus colaboradores. No que concerne ao profissional de saúde, Dias *et al.* (2010, citado por Silva, 2012) defendem que o exercício profissional pode originar níveis de satisfação diferenciados, em virtude de estarem dependentes do modo e do ambiente em que o profissional executa a sua tarefa, influenciando o bem-estar geral do profissional e ainda a qualidade dos actos prestados.

Levando em consideração o cenário apresentado, entendeu-se que o mesmo justificava a realização deste trabalho pela pertinência que o factor da liderança tem na área da saúde, em especial, em cargos de chefia que envolvem os serviços de saúde.

Deste modo, este trabalho procurou ampliar o conhecimento sobre a liderança e a sua relação com a satisfação profissional, bem como ser um contributo para os profissionais de saúde do Hospital Geral de Luanda que exercem cargos de chefia. Para o efeito, a investigação assentou na procura de resposta à seguinte questão chave: “A Identificação do tipo de liderança das chefias e a sua influência na satisfação dos profissionais de saúde do Hospital Geral de Luanda”.

1.2.Objectivo da investigação

O objectivo geral da presente investigação é identificar o tipo de liderança das chefias e a sua influência na satisfação dos profissionais de saúde do Hospital Geral de Luanda.

Levando em consideração o objectivo geral e as possíveis variáveis relacionadas com os tipos de liderança, estabeleceram-se os seguintes objectivos específicos:

- Verificar se o tipo de liderança percebido, de alguma forma, influencia a satisfação dos profissionais de saúde do HGL;
- Averiguar se existe correlação entre o tipo de relação com a chefia e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL;
- Analisar se existe correlação entre a relação com os colegas de trabalho e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL
- Apurar se existe correlação entre a remuneração e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL.

1.3.Questões da investigação

Este estudo apresenta como questão chave da investigação a seguinte:

- De que modo o tipo de liderança da chefia influencia a satisfação dos profissionais de saúde do HGL?

1.4.Estrutura da dissertação

A presente dissertação é composta por sete capítulos: o primeiro capítulo é dedicado à introdução, onde se efectua o enquadramento do estudo, a justificação e pertinência do tema e se apresentam os objectivos.

O segundo capítulo é dedicado à revisão de literatura, onde são abordados os conceitos, teorias e estudos no âmbito da temática em análise.

O terceiro capítulo descreve o sector onde o estudo foi realizado ou seja, no Hospital Geral de Luanda.

O quarto capítulo apresenta as hipóteses colocadas e respectivos modelos de análise.

O quinto capítulo descreve a metodologia do estudo, caracteriza a amostra e define os instrumentos utilizados.

No sexto capítulo são analisados e discutidos os resultados e também validadas as hipóteses.

Por último, no sétimo capítulo são apresentadas as conclusões, as limitações da investigação e sugestões para futuras pesquisas.

Depois da referenciação bibliográfica encontram-se os anexos que inclui o pedido de autorização para a realização do estudo e o instrumento utilizado na investigação para a recolha de dados.

2. Revisão da Literatura

2.1.Introdução

A maioria dos estudos que versam a temática da liderança diferencia diversos estilos de acordo com a teoria que as fundamentou.

A acção de liderar poderá ser relacionada com as atitudes do líder e, por conseguinte, a liderança deverá ser compreendida como a competência inerente a esses próprios actos (Pampolini *et al.*, 2013).

Para Pereira *et al.* (2009), a liderança é entendida como um sistema dinâmico e não estático, uma vez que o modo como o líder se relaciona com os seus liderados depende do estilo de liderança presente.

Por outro lado, a liderança é reconhecida como um processo chave em qualquer organização, pelo que a mesma não deverá ser confundida com o conceito de gestão (Chiavenato, 1999).

Também Cunha *et al.* (2013) referem que liderança não é sinónimo de gestão uma vez que a gestão centraliza-se na escolha da metodologia e a liderança preocupa-se com os objectivos estabelecidos. Deste modo, o gestor pensa no melhor método de conseguir o que pretende, enquanto o líder foca-se mais nos objectivos, no que deseja alcançar.

Os diversos estudos sobre a liderança alertam para a necessidade de se efectuar uma análise diferenciada e em função da população alvo, em virtude da percepção que o líder tem sobre liderança poder ser distinta da percepção que têm os seus liderados.

A grande maioria dos autores ressalvam que, apesar da liderança e gestão serem capacidades diferentes, elas complementam-se e ambas podem ser desenvolvidas quer por líderes quer por gestores.

2.2.Liderança

2.2.1. Conceitos de Liderança e de Líder

A liderança é um dos temas que, ao longo dos anos, tem merecido a atenção dos investigadores, em virtude do reconhecimento da sua importância na gestão de uma

organização, bem como o papel que o líder representa no grupo e no desenvolvimento da própria organização.

No seu artigo sobre liderança, Souza (2011) afirma que se trata de um processo que visa influenciar as actividades, quer em contexto individual ou colectivo, com a finalidade de alcançar o resultado esperado. Não esquecendo contudo, que a liderança é uma aptidão de carácter relacional, isto é, depreende a existência de uma relação entre duas ou mais pessoas porém, sempre assente numa influência.

Neste sentido, Souza (2011) acrescenta que, ao acto de liderar, estão subjacentes conhecimentos e capacidades para que seja possível identificar, em cada elemento da equipa, os pontos fortes e os pontos fracos bem como, as oportunidades. Desse modo, a autora defende que o papel do líder nas organizações envolve a promoção, a motivação e o compromisso entre os seus elementos numa perspectiva de alcançar os objectivos, através de ideias estratégicas e, desse modo, obter acções concretas.

A propósito da temática liderança, Arruda *et al.* (2010) identificam o factor liderança como uma mais-valia para o futuro competitivo das organizações, em virtude do papel que este assume no desenvolvimento de estratégias, através do qual lhes permite que a sua visão seja assumida pelos colaboradores de uma equipa como sendo também deles e, por conseguinte, adoptando o objectivo da organização como o seu próprio objectivo.

Pereira *et al.* (2009), num estudo envolvendo treinadores de equipas universitárias demonstraram que a forma como o treinador gere e se relaciona com a sua equipa é, essencialmente, determinada pelos diferentes estilos de liderança que são adoptados pelo treinador, o que leva a que a liderança seja identificada como um sistema dinâmico e não estático. Por outro lado, a noção de líder emerge como parte responsável na tomada de decisão, em virtude do papel fundamental que é incutido no atleta, sentimento resultante da confiança/ parceria estabelecida entre treinador e atleta.

Wolff *et al.* (2013), levando em consideração os resultados de um estudo sobre o papel da liderança na eficácia da equipa de trabalho, identificaram o líder como sendo um elemento intermediário e facilitador para a obtenção dos objectivos através do papel importante que desempenha na motivação da equipa.

Segundo Ferreira (2007), um dos factores fundamentais para o sucesso das organizações reside na capacidade da liderança em gerir emoções e conflitos no grupo, a qual está subjacente à capacidade do líder enquanto gestor organizacional.

Nanus (2000, citado por Wendling, 2007) define liderança como a habilidade de inspirar pessoas, transmitindo a visão da organização e obtendo o compromisso voluntário dos seus elementos. Deste modo, a liderança revela-se como um processo de influência intencional, quer seja directa ou indirectamente.

Para Lino (2006), definir liderança é associar os conceitos de poder, de autoridade e de influência. Para este autor, o poder é a capacidade do indivíduo controlar as acções e as decisões das outras pessoas. Por sua vez, a autoridade é o poder legítimo que uma pessoa tem em virtude da posição que exerce dentro da organização e, por último, a influência resulta de uma transacção interpessoal na qual uma pessoa age intencionalmente no sentido de modificar ou transformar o comportamento e atitude de outra.

Segundo Santos *et al.* (2007) quando se fala em liderança há que incluir o termo influência em virtude da interdependência existente no processo liderança. Outra definição que os autores associam à liderança tem a ver com o conceito de poder, este último entendido como a capacidade de alguém para influenciar as atitudes e comportamentos de outras pessoas. A completar este tripé que define a liderança, os autores incluem o conceito de autoridade, enquanto compreendido como um fenómeno situacional, que está condicionado à existência do poder anteriormente referido.

De acordo com Machado *et al.* (2013), o sucesso de uma organização pode ser associada a uma liderança bem estruturada. No ambiente de trabalho, o papel do líder evidencia-se pela importância que assume ao estar permanentemente atento aos elementos que interferem na eficiência do sistema do qual faz parte.

Para Vicenzi *et al.* (2010), é notória a confusão entre os conceitos de líder e gestor. A liderança não pode ser compreendida como um posto mas sim, como um modo de intervir que consegue influenciar os outros pela confiança adquirida. Por outro lado, o poder do gestor já assenta numa estrutura hierárquica.

No estudo que efectuaram sobre a percepção que os funcionários de uma cooperativa tinham sobre a liderança, Piovezan e Franco (2012), verificaram que a liderança é

entendida como uma relação social entre chefia e empregado que deve envolver a aceitação de sugestões, a discussão dos problemas e também a participação nas decisões, em virtude de ser evidente que as pessoas se tornam mais comprometidas com as decisões nas quais estiveram envolvidas.

Cunha *et al.* (2013) defendem que a liderança caracteriza-se por ser mais emotiva e inspiradora, através da qual o líder dirige a sua influência para o grupo; por sua vez, a gestão incide mais em estabelecer procedimentos inerentes às tarefas que serão atribuídos à equipa. No entanto, os autores ressaltam que apesar da liderança e gestão serem capacidades diferentes, elas complementam-se e ambas podem ser desenvolvidas quer por líderes quer por gestores.

2.2.2. Estilos de Liderança

A maioria dos estudos que versam a temática da liderança diferencia diversos estilos de acordo com a teoria que as fundamentou.

A propósito desta caracterização, Limongi-França (2002, citado por Pampolin *et al.*, 2013) destacam três estilos de liderança tendo por base a postura do líder:

- **Liderança carismática:** Este tipo de liderança está associado ao carisma do líder, onde a sua autoridade é baseada na confiança dos seus liderados. A existência de sintonia com a visão e a missão da organização proporciona um elevado nível de desempenho;
- **Liderança transaccional:** O líder define as tarefas em função das metas, esclarecendo a equipa quanto às exigências e responsabilidades de cada elemento. O processo de liderar é compreendido como o estabelecimento de uma transacção/acordo gratificante entre líderes e liderados em determinado contexto.
- **Liderança transformacional:** Este tipo de liderança também é baseado no carisma do líder; no entanto, neste tipo de abordagem a liderança é desenvolvida com base nas emoções e valores dos elementos da equipa em determinado contexto cultural da organização. Através deste estilo, surgem níveis elevados de motivação e empenho que acabam por resultar numa maior consciencialização do papel de cada elemento, bem como de um envolvimento mais activo na obtenção dos objectivos.

Bass e Avolio (1993) na sua pesquisa sobre liderança transformacional e transaccional, apresentam como componentes básicos e indicadores da liderança transformacional, os seguintes itens:

- Carisma: desenvolvimento de uma visão despertando confiança, orgulho e respeito dos liderados;
- Inspiração: motivar os subordinados, gerando altas expectativas, adequando comportamentos e atitudes com a finalidade de somar esforços;
- Consideração individualizada: dirigir a atenção pessoal a cada seguidor aguçando o relacionamento;
- Estimulação intelectual: propõe o desafio constante dos seguidores no desenvolvimento de novas ideias e cenário.

Relativamente à liderança transaccional referem que:

- Recompensas Contingentes: ao atingir um determinado objectivo, os seguidores são recompensados;
- Gestão pela Excepção: age quando não existe conformidade das actividades em relação ao planeado.

2.2.3. Tipos de Líderes

No que se refere aos líderes, propriamente ditos, Bass e Avolio (1993) afirmam que a sua pesquisa revelou que os líderes transformacionais caracterizam-se por apresentarem uma perspicácia criativa, tenacidade, energia, intuição e ainda, serem sensíveis às necessidades dos outros, o que proporciona a criação de uma cultura organizacional consistente. Paralelamente, os líderes transformacionais procuram motivar os seus seguidores levando em consideração os interesses deles e as metas da organização, proporcionando uma atenção mais individualizada, o que origina um elo profundo entre eles.

Santos *et al.* (2007), no seu artigo sobre os estilos de liderança, fazem uma abordagem às principais teorias que categorizam os estilos de lideranças mais estudados universalmente, a destacar:

- **Teoria com foco no líder:** esta teoria enfatiza o papel do líder no processo de liderança e que, sustentada numa linha similar à das *Teoria dos Traços*, destaca algumas características individuais, entre elas: a inteligência, a autoconfiança, a determinação, a integridade e a sociabilidade.
- **Teoria com foco no contexto:** esta teoria pode ser identificada na corrente da *Teoria Situacional* na qual enfoca a prática da liderança em função da situação, defendendo que cada situação é que determina o tipo de liderança a aplicar. Outra teoria que também se centra no contexto é a *Teoria Contingencial* onde é avaliada a relação entre o líder e os seus seguidores, a estrutura das tarefas e o poder de posição.
- **Teoria com foco nas interações líder e liderados:** uma das correntes que se enquadra neste campo é o estilo de liderança denominado de *Transaccional* em que o cerne da questão é a negociação de interesses entre líder e liderados.
- **Teoria com foco na mudança:** nesta linha de pensamento, o foco é a mudança através do qual o processo de liderança, ao longo do tempo, consegue modificar e transformar os liderados; a *Teoria Transformacional* encaixa-se neste tipo de abordagem.

Para Piovezan e Franco (2012), os estilos de liderança e os tipos de líderes são uma peça essencial no estudo do comportamento do líder, independentemente das suas características pessoais relativamente aos seus subordinados. Estes autores consideram que a tipologia do líder está mais relacionada com os traços da personalidade e, por sua vez, os estilos de liderança com o que o líder faz.

Arruda *et al.* (2010), no que concerne ao líder, defendem que é da responsabilidade do líder saber adaptar-se às diferentes realidades e ser capaz de orientar a sua equipa em processos de mudanças, de modo a que a organização esteja capacitada para enfrentar as eventuais ameaças como novas oportunidades.

Neste âmbito, Chiavenato (1999), ressalva três estilos de liderança que se baseiam na *Teoria Comportamental*, onde o líder se distingue por diferentes desempenhos:

- **Líder autocrático:** Neste estilo, o líder afigura-se como o elemento dominador, ele centraliza as suas decisões, estipula directrizes e estabelece a execução de tarefas.

- **Líder democrático:** Esta categoria tanto atribui ênfase à intervenção do líder como nos seus subordinados; o líder conduz, orienta o grupo e incentiva a participação do grupo.
- **Líder liberal (*laissez-faire*):** Neste caso, o líder assume uma postura liberal como que delegando a tomada de decisão no grupo.

Por sua vez, Bergamini (1994) acrescenta que o líder, em função de cada situação, das pessoas e de determinada tarefa, utiliza os três processos de liderança; o que nos remete para a teoria situacional da liderança, a qual parte do princípio que não existe um único estilo ou característica de liderança válida para toda e qualquer situação.

Brito *et al.* (2012), ao estudarem de que modo o estilo de liderança interfere no trabalho de uma equipa constataram que, perante uma liderança autocrática, o líder impõe normas, não ausculta a opinião dos membros da equipa tendo uma atitude direccionada para a realização da tarefa sem permitir a participação do grupo. Este tipo de liderança favorece um ambiente de trabalho tenso, de desmotivação e de fraca produtividade quando o líder está ausente.

Neste contexto, Sousa e Santos (2010) tecem algumas considerações sobre as diferentes abordagens de liderar. Relativamente ao líder democrático, os autores referem que tem uma intervenção transparente isto é, demonstra os seus conhecimentos técnicos e habilidades perante as mais diversas situações sem ferir a susceptibilidade do grupo. No que concerne ao líder autoritário, o processo não é benéfico para a organização porque instala-se um ambiente desconfortável entre os colaboradores que não têm motivação nem se sentem comprometidos para cumprir as suas obrigações. Quanto ao líder liberal este peca pelo excesso de liberdade atribuída aos seus colaboradores o que não é positivo para a organização nem para o controle dos colaboradores, gerando o individualismo.

Já Pampolini *et al.* (2013) apresentam o líder como o indivíduo que é seguido por um grupo de pessoas, alvo da influência que exerce nos seus comportamentos e suas acções, procurando atingir objectivos e metas comuns ao grupo, em consonância com uma visão futurista assente num conjunto coerente de princípios e ideias.

Por sua vez, Lourenço (2000) contrapõe que o líder somente consegue influenciar o grupo se o mesmo permitir, independentemente de ser de um modo tácito ou abertamente, para que a liderança seja bem sucedida.

No seu trabalho, Gois (2011, citado por Gomes, 2014) refere que os líderes transformacionais recorrem à mudança e à inovação de modo a inspirar e estimularem os seus colaboradores ao ponto de atingirem um grau de satisfação por alcançarem os seus objectivos pessoais em simultâneo com os da organização.

Segundo Cunha e Rego (2003), a liderança transaccional rege-se pelo fundamento de que todo este processo está interligado à valorização dos bons desempenhos. Ao contrário da liderança transformacional, na liderança transaccional não existe empenho do grupo e nem se deixa influenciar pelos valores e interesses do líder.

Por outro lado, Souza e Tomei (2008) consideram que na liderança transaccional, em oposição ao modelo transformacional, é usada a penalização para induzir ao melhoramento do desempenho do grupo. Neste tipo de liderança, o *feedback* dado pelo líder é negativo pelo que a relação com o grupo está associada a situações de repreensão por detecção de falhas.

No entanto, Bass (1985, citado por Cunha e Rego, 2003) defende que, apesar da liderança transaccional ser diferente da transformacional, existe complementaridade entre ambas e, como tal, em determinada situação o líder pode adoptar por aplicar ambas, caso identifique essa necessidade.

Chiavenato (2004), afirma que o líder que usa o estilo de liderança autoritário, define normas, estabelece tarefas e outros procedimentos/ actividades sem consultar o grupo. Nestas situações, o líder revela-se como uma figura objectiva e dominadora não possibilitando ao grupo a demonstração de qualquer criatividade e participação nas decisões tomadas. Este tipo de liderança tem como resultados um ambiente tenso e uma relação impessoal do grupo com o líder, em virtude do principal objectivo ser a obtenção do lucro sem levar em consideração os interesses dos seus liderados.

Quanto ao estilo do líder liberal ou *laissez faire*, Chiavenato (2004) acrescenta que neste estilo nada é imposto. O líder delega no grupo, quer directa ou indirectamente, a liberdade da tomada das decisões o que leva a que não obtenha o respeito entre os seus liderados. No estilo liberal, é frequente um ambiente de trabalho de cariz conflituoso, desorganizado e

falta de empenho do grupo face à atitude de abandono do próprio líder e ausência de uma voz de comando. Relativamente ao estilo democrático, o líder é como se estivesse ao mesmo nível dos elementos do seu grupo, incentivando à sua participação, imperando um espaço para sugestões, escolhas, manifestação de interesses e apetências para as tarefas a desenvolver. Neste caso, o autor diz que o líder assume uma postura essencialmente orientadora e de ajuda. Este tipo de comportamento proporciona uma relação de amizade, de respeito entre o grupo e do grupo para com o seu líder, o que se repercute numa produtividade de maior qualidade.

2.2.4. Liderança em Saúde

Segundo Carapeto e Fonseca (2006) nas tradicionais instituições da saúde, a liderança assumia-se como que uma figura austera e rígida em que o segredo sustentava toda a estrutura funcional em termos de hierarquias. Contudo, nos tempos que decorrem e com a imagem que se perspectiva para as actuais organizações de saúde, este modelo de liderança não é viável. Os autores também aludem ao facto de nos dias que correm ou seja, estando perante uma realidade em que a informação, a divulgação e a comunicação são algumas das ferramentas cruciais para que a liderança seja eficaz, faz-se sentir a necessidade da presença de um líder carismático e que consiga conquistar os elementos por si liderados.

No que concerne às instituições de saúde, Bolon (1997), refere que as mesmas caracterizam-se por serem complexas devido à sua dinâmica organizacional que envolve diversos programas políticos que, apesar de diferenciados, têm de articular entre si, bem como aos profissionais que os executam. Este cenário obriga a uma gestão minuciosa das actividades, em especial, as dos profissionais de saúde que, pela sua formação específica e qualificada têm, muitas vezes, autonomia no desempenho da sua actividade, o que também leva a que nem sempre aceitem, facilmente, as indicações das suas chefias.

Neste contexto laboral da saúde, Baker (1992, citado por Lanzoni e Meirelles, 2011) defende que a liderança deve ser perspicaz e personalizada de modo a assegurar que a visão principal da instituição nunca seja descurada, facilitando deste modo a integração do sistema. Para o autor, a liderança transformacional pode, deste modo, levar à obtenção de um ambiente laboral com elevados níveis de estado de espírito, uma maior motivação para a prestação dos cuidados, uma melhor interacção entre os diferentes elementos da equipa, uma global compreensão dos objectivos a alcançar e, por conseguinte, o emergir de um

sentimento de satisfação geral, desde o utente ao profissional de saúde, passando pela chefia directa até à administração da instituição.

Ainda a propósito das instituições de saúde, Bass (1985, citado por Pacheco, 2012) afirma que a teoria da liderança transformacional vem ganhando cada vez mais adeptos, talvez devido às pressões de competitividade económica com que estas organizações se deparam. O autor defende que esta é a única modalidade de liderança que permite aos colaboradores um desempenho com qualidade. Esta modalidade de liderar procura elevar a consciência do grupo e da instituição, favorecendo o crescimento das pessoas e demarcando as expectativas individuais e organizacionais.

Desde há muito que é reconhecido que as pessoas é que fazem a organização. A força motriz que impulsiona uma organização é sustentada nas suas ideias, ambições, experiências, competências e aptidões. Como refere Chiavenato (2005), o conhecimento e o talento de uma organização são trazidos por cada indivíduo que nela trabalha.

Cada vez mais o modelo de uma hierarquia rígida nas organizações da área da saúde tem vindo a decair e consigo, o conceito do chefe dominador. Lessa (2001), acrescenta que face ao cenário actual, no qual se procura a qualidade da prestação de serviços, não é admissível um líder prepotente e incoerente.

Na mesma linha de pensamento, Carapeto e Fonseca (2006) defendem que, actualmente, o líder tem outras funções que englobam, entre outras, planear actividades, incrementar a mudança, promover a qualidade dos serviços, envolver os seus colaboradores e proceder a avaliações.

Para LaMonica (1990), a gestão em saúde é uma área onde a formação específica e habilidades especiais têm relevância, em virtude de se estar perante uma prestação efectuada por pessoas e dirigidas para as pessoas, com grande incidência para o humanismo. É crucial que o líder esteja ciente do seu próprio perfil de liderança para conseguir lidar com a gestão diária em que o comportamento vai sendo aplicado à situação, ao processo organizacional e à tarefa.

A propósito da relação entre estilo de liderança e desempenho com qualidade, Fradique e Mendes (2013) verificaram que na área da saúde, um dos factores que influencia a qualidade da prestação de serviços dos enfermeiros era o estilo de liderar das suas chefias. Os resultados dessa investigação também demonstraram que essa qualidade está

dependente, de um modo significativo, do líder e da maneira como ele faz a gestão dos serviços quer em termos ambientais, humanos e técnicos. No entanto, os autores ressaltam que os enfermeiros apenas conseguem exercer o papel de líder se os elementos da sua equipa os identificarem como tal. Este facto está relacionado com o reconhecimento da liderança ser uma componente essencial nas relações de trabalho, em virtude dos elementos liderados assumirem o estilo de liderança como estímulo perante conflitos na equipa.

Fradique e Mendes (2013) através do seu estudo concluíram que é possível constatar que a liderança influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na medida em que os enfermeiros são profissionais que influenciam directamente a qualidade dos cuidados prestados.

Bernardi *et al.* (2013, citado por Mendes, 2014) no estudo que realizaram em contexto hospitalar envolvendo enfermeiros, demonstraram existir diferença entre o estilo de liderança que a chefia assumia utilizar e o estilo de liderança percebido pela sua equipa.

No seu trabalho, Mendes (2014) afirma que diversos estudos sobre a liderança alertam para a necessidade de uma análise diferenciada conforme a população alvo em foco, atendendo a que a percepção que o líder tem sobre liderança pode ser distinta da percepção que têm os seus liderados.

Também Gil (1994), numa análise sobre o líder no domínio da saúde, observou que o profissional de saúde, mais do que nunca, é solicitado a desempenhar o papel de líder, pois as novas organizações requerem a adesão dos seus colaboradores para alcançar os seus objectivos e concretizar a sua missão. À medida que se fala na gestão por objectivos, no controlo total da qualidade e sobretudo numa gestão participativa, percebe-se que a organização e os seus trabalhadores não podem ser vistos como elementos prontos a criar conflitos. É necessário que as pessoas que trabalham na organização estejam comprometidas com o sucesso da sua missão e que se sintam mais como colaboradoras do que como subordinadas.

Ainda relativamente aos serviços de saúde, Simões (2010) chama à atenção de que para liderar uma equipa de saúde, é necessário um profissional qualificado, o qual tem continuamente de melhorar as suas capacidades técnicas e interpessoais no sentido de

promover um ambiente de confiança entre os elementos da equipa e no qual são partilhados valores, credos e objectivos organizacionais. A autora também acrescenta que, uma liderança efectiva nos serviços de saúde facilitará a prestação do trabalho levando à criação de um ambiente laboral saudável isto é, mais motivador.

A reforçar o afirmado anteriormente, Lanzoni e Meirelles (2011) fazendo uma revisão integrativa da literatura subordinada à liderança do enfermeiro, concluíram que as organizações sob uma liderança sólida apresentam mais vínculos, menor rotatividade das pessoas e um maior comprometimento com o trabalho.

2.2.5. Síntese

Apesar da diversidade das inúmeras definições sobre o conceito de liderança e de líder, globalmente a liderança pode ser entendida como um fenómeno de influência interpessoal e o líder, como o sujeito que toma a decisão do que deve ser feito e que consegue que as pessoas executem a decisão tomada.

A liderança não pode ser compreendida como um posto mas sim, como um modo de intervir que consegue influenciar os outros pela confiança adquirida. Por outro lado, o poder do gestor já assenta numa estrutura hierárquica.

Um dos factores fundamentais para o sucesso das organizações reside na capacidade da liderança em gerir emoções e conflitos no grupo, a qual está subjacente à capacidade do líder enquanto gestor organizacional.

Os estilos de liderança autocrática, democrática, e *laissez-faire* são formas diferentes do líder exercer influência na equipa. O líder democrático desenvolve a autodeterminação, a responsabilidade e a criatividade da equipa, enquanto que o líder autocrático é o centro de toda actividade da equipa e sem ele a equipa não funciona. O líder liberal delega as decisões no grupo e, por conseguinte, impera o individualismo.

Numa perspectiva mais universal e abrangente, surgem outras formas de liderança: a transformacional e a transaccional, em que o líder transaccional desaparecerá a partir do momento em que não tiver a possibilidade de conceder os benefícios da troca, enquanto que na liderança transformacional espera-se que o líder seja detentor de uma sensibilidade e respeito pelas necessidades dos seus seguidores, estimulando um relacionamento de mútuo respeito.

No contexto laboral da saúde, a liderança deve ser perspicaz e personalizada de modo a assegurar que a visão principal da instituição nunca seja descurada, facilitando deste modo a integração do sistema.

No ambiente de trabalho, com relevância em organizações que prestam serviços de saúde, o papel do líder evidencia-se pela importância que assume ao estar permanentemente atento aos elementos que interferem na eficiência do sistema do qual faz parte.

Os estudos sobre a liderança alertam para a necessidade de uma análise diferenciada conforme a população alvo em foco, atendendo a que a percepção que o líder tem sobre liderança pode ser distinta da percepção que têm os seus liderados.

A maioria dos estudos converge para a conclusão de que nenhum estilo de liderança é melhor do que outro. Ou seja, o que se revela mais significativo, é a forma como a chefia se relaciona com os elementos da sua equipa, como estrutura a sua abordagem, bem como a sua capacidade para se ajustar às situações.

2.3.Satisfação profissional

2.3.1. Introdução

A satisfação profissional é uma matéria de investigação em diversos estudos. Este interesse resulta da importância que a satisfação profissional tem para o indivíduo devido às implicações que pode ter na sua vida privada ou na sua vida laboral (Castro *et al.*, 2011).

Os estudos sobre satisfação no trabalho revelam-se importantes pelo facto de constituírem um dado da vertente humana em contexto laboral e ainda, por ser conotado ao bom desempenho e, como tal, a satisfação no trabalho é entendida como sinónimo de maior produtividade (Cunha *et al.*, 2007). Todavia, os autores ressaltam que as respostas afectivas, a bem da verdade, não são as que explicam o grau de desempenho dos trabalhadores. A motivação é considerada como a variável com maior influência no grau de desempenho.

Fraser (1983, citado por Martinez e Paraguay, 2003) consideram não ser fácil definir a satisfação no trabalho, em virtude de ser uma condição imbuída de subjectividade, uma vez que diverge de pessoa para pessoa. Uma pessoa pode reagir de forma diferente de outra

perante o mesmo contexto, atendendo a que as atitudes e os valores assumem relevâncias distintas de indivíduo para indivíduo.

2.3.2. Conceito de satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho tem sido uma questão largamente estudada pela importância que assume quer a nível pessoal quer a nível social. No entanto, as definições sobre satisfação no trabalho são inúmeras atendendo a estarem dependentes da perspectiva em que são definidas.

Apesar de alguns autores estabelecerem diferenças entre os conceitos de satisfação profissional e satisfação no trabalho, no âmbito deste estudo serão utilizados ambos os termos como tendo o mesmo o significado.

De acordo com Martinez e Paraguay (2003) a satisfação no trabalho é um processo complexo que se deve, em parte, por este ser um estado imbuído de subjectividade que depende da situação, do indivíduo e da circunstância e, inclusive, pode sofrer variações com o decorrer do tempo para a mesma pessoa. É um fenómeno que está sujeito a forças internas e externas que influenciam o ambiente do trabalho.

A propósito da relação entre estilo de liderança e desempenho com qualidade, Fradique e Mendes (2013) verificaram que na área da saúde, um dos factores que influencia a qualidade da prestação de serviços dos enfermeiros é o estilo de liderar das suas chefias.

Por sua vez, Martinez e Paraguay (2003), fazem a diferenciação entre os conceitos de motivação e satisfação, afirmando que a satisfação no trabalho pode ser considerada como um estado emocional que advém da avaliação que a pessoa faz da sua vivência no trabalho e a motivação depende de factores do fórum cognitivo, o que induz a pessoa a ter determinada atitude ou comportamento.

Ainda que sejam diferentes, continua a persistir alguma confusão relativamente às noções de motivação e satisfação, nomeadamente no círculo organizacional, pela sua correlação.

Para Cunha *et al.*, (2007) o conceito de motivação e satisfação profissional podem caminhar em sentidos contrários, levando em conta que uma pessoa até pode estar satisfeita com o seu trabalho e, no entanto, não estar motivada para o mesmo, o que indica que ela considera de forma positiva a sua satisfação profissional, mas o seu grau de esforço não corresponde a níveis superiores de desempenho. Esta assunção, leva a que os autores

compreendam a satisfação como algo aprazível, decorrente da realização de um desejo englobando a obtenção de resultados, enquanto que a motivação se refere a uma vontade e empenho para alcançar esse desejo ou seja, esses resultados.

Na perspectiva de Campos (2006, citado por Martins, 2013) a motivação e a satisfação no trabalho, sofrem influência das condições de trabalho, devido às oportunidades de valorização pessoal e de progressão, ao salário e outras benesses, pelas relações interpessoais, desde os superiores, colegas e até subordinados e ainda pelas condições e espaço onde a actividade é desenvolvida. Por outro lado, a ausência de satisfação pode contribuir para um aumento de registo de doenças, para a falta de motivação para o trabalho e conflitos no local de trabalho, o que muitas vezes levam à baixa produtividade, ao absentismo e inclusive a eventual procura de outras opções profissionais.

Esta linha de pensamento também já havia sido defendida por Spector (1997) em que a satisfação pode ter origem nas pessoas, nas suas diferenças individuais e demográficas ou nas organizações. Nesta relação são apontados factores como o salário, o trabalho em si, as perspectivas de carreira, a chefia, a relação com os colegas e a condições físicas do trabalho.

Paralelamente, Lanzoni e Meirelles (2011), afirmam que a baixa satisfação dos profissionais com os serviços poderá não depender exclusivamente da falta de recursos, mas sim da ausência de uma liderança associada a uma visão estratégica.

De acordo com Marqueze (2005, citado por Martins, 2012), a satisfação é um processo que decorre da interacção dinâmica e complexa entre as condições gerais da vida, das relações no trabalho, da actividade em si e ainda do controlo que o próprio trabalhador tem sobre a sua vida pessoa e profissional.

Cunha *et al.* (2006) defendem que a satisfação com o trabalho advém da avaliação que as pessoas fazem do seu trabalho e da sua vida pessoal. No entanto, esta resposta de cariz emocional não é suficiente para explicar o desempenho dos trabalhadores, nem é suficiente para supor o grau de empenho das pessoas com a organização e o trabalho. Os mesmos autores acrescentam que uma pessoa, relativamente ao trabalho, atinge um estado de satisfação (um estado estacionário de relaxe conseguido pela percepção de ter cumprido o pretendido) ou de insatisfação (um sentimento de pressão pelo não cumprimento do pretendido).

Também Graça (1999, citado por Silva, 2012) menciona que a satisfação profissional resulta da avaliação periódica que cada trabalhador faz, de modo súbito e intuitivo, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais. Observa-se ainda que, um indicador importante do clima organizacional e da avaliação das organizações, está associado ao facto de uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe é justo ou está de acordo com as suas expectativas.

Para Spector (1997), a satisfação com o trabalho depreende que existe um sentimento de harmonia em relação ao trabalho e consigo mesmo. Por sua vez, a insatisfação com o trabalho sugere que existem dificuldades, quer com o trabalho quer com a própria pessoa, situação que poderá ser provocada por factores externos ao trabalho (como a personalidade ou problemas pessoais) ou por factores inerentes ao próprio trabalho.

Ferreira *et al.* (2006, citado por Almeida, 2012) consideram que a satisfação pode ser definida como um estado afectivo, resultante da análise do perfil da organização e do trabalho. Esta variável é um aspecto pertinente num contexto organizacional, pois quanto maior a satisfação dos colaboradores de uma organização maior é a probabilidade de alcançarem maiores níveis de desempenho.

Alcobia (2001) distingue duas dimensões da satisfação no trabalho, independentemente das orientações conceptuais. Uma, unidimensional, em que a satisfação é entendida como uma atitude em relação ao trabalho, dependendo dos aspectos que caracterizam o trabalho. A outra, uma abordagem multidimensional, em que a satisfação deriva de um conjunto factores associados ao trabalho, sendo possível medir o grau de satisfação em relação a cada um deles.

No mesmo sentido, Martins *et al.* (2003, citado por Martins, 2013) apontam a satisfação no trabalho como uma atitude individual e positiva da pessoa em relação à sua profissão e às condições em que a mesma é desempenhada, conseguindo influenciar alguns comportamentos.

De acordo com Santos *et al.* (2006), a satisfação é compreendida como sendo o alcance dos objectivos estabelecidos, conforme as necessidades de cada indivíduo. Este estado de espírito surge quando as expectativas em termos de objectivos pessoais são iguais ou superiores aos resultados obtidos

2.3.3. Factores relacionados com a satisfação no trabalho

Spector (1997) refere que os estudos evidenciam como principais factores associados à satisfação profissional, a remuneração, a supervisão, as relações interpessoais, as condições de trabalho e benefícios, as oportunidades de promoção, o reconhecimento, a comunicação, a organização em si, as políticas e os procedimentos. O autor agrupa estes factores em dois tipos principais, sendo o primeiro grupo, o do ambiente de trabalho, onde estão os factores associados ao trabalho ou seja, o modo como as pessoas são tratadas, o tipo de tarefas, as interacções pessoais e as compensações. No segundo grupo encontram-se os factores individuais, tais como a personalidade e as experiências anteriores.

Marquese e Moreno (2005, citados por Gomes, 2014) também constataram que a estabilidade no emprego, a remuneração e regalias, a relação interpessoal no trabalho, uma relação positiva com a chefia, as perspectivas de carreira e o ambiente físico do trabalho são elementos promotores de satisfação no trabalho.

De acordo com Silva (2012) a maioria dos autores que estudaram a satisfação no trabalho, indicam algumas condições no trabalho como indispensáveis para o bem-estar social e psicológico laboral, que se passam a descrever:

- Ausência de pressões no trabalho;
- Segurança no emprego e segurança no local de trabalho;
- Bom apoio social por parte dos colegas e gestores, bem como acesso a oportunidades de formação e desenvolvimento profissional;
- Trabalho com significado;
- Um elevado nível de influência (autonomia, controlo sobre o planeamento de horários, liderança);
- Um equilíbrio entre o esforço e a recompensa

Partindo da premissa que a satisfação no trabalho advém da integração do trabalhador no meio organizacional e social do trabalho, Santos *et al.* (2007) apontam como potenciais determinantes da satisfação no trabalho, as características individuais e demográficas dos trabalhadores e o modo como estes entendem os factores contextuais e sociais tais como, as expectativas da sociedade e a pressão dos parceiros sociais. Os autores ainda

acrescentam os factores organizacionais (os recursos, a cultura e política organizacional da empresa) como determinantes fundamentais para a motivação e satisfação no trabalho.

No que se refere ao relacionamento interpessoal, Bergamini (2008) valoriza bastante esta variável em virtude deste factor conseguir compensar a falta de satisfação dos trabalhadores relativamente ao factor remuneração.

Segundo Cunha *et al.* (2006, citado por Almeida, 2012) o salário pode ser considerado como um factor determinante na satisfação profissional. A sua importância é justificada pelo facto do dinheiro ser uma das formas de satisfazer as necessidades individuais, bem como proporcionar um estatuto e prestígio social. De acrescentar que o salário pode constituir um incentivo e uma demonstração de reconhecimento organizacional pelo esforço individual.

Ainda sobre as relações interpessoais em ambiente laboral, o estudo levado a cabo por Wright e Cropanzano (2000), demonstraram que a relação com a chefia possui também uma associação estatisticamente significativa com a satisfação no trabalho.

Por sua vez, Baker (2002, citado por Martins, 2013) afirma que os estudos sobre esta temática apontam os estilos de liderança como factores intervenientes na satisfação no trabalho.

Por outro lado, a teoria de Maslow (1943, citado por Huitt, 2004) estabelece uma hierarquia de necessidades que é considerada por diversos autores como uma das teorias de referência no que concerne à motivação e satisfação do indivíduo. Segundo Maslow as necessidades humanas dividem-se em cinco patamares, sendo estratificadas em forma de pirâmide, conforme representado na seguinte figura:



Figura 1 - Pirâmide das necessidades de Maslow
Fonte: Adaptado de <http://www.esoterikha.com> (Maio 2016)

Segundo esta teoria, as necessidades primárias (básicas) são as primeiras a fazerem sentirem-se pelo que, as pessoas preocupam-se em satisfazê-las antes de avançarem para as da categoria seguinte. De acordo com a visão de Maslow, as pessoas vivem num processo contínuo de desenvolvimento, numa busca pela satisfação contínua das suas necessidades de modo a obter um estado de auto – realização.

De ressaltar que estas necessidades não se confinam apenas no campo pessoal, mas também em sociedade e no âmbito profissional. É de referir ainda que qualquer um dos patamares hierárquicos está directamente relacionado com o âmbito profissional.

2.3.4. Satisfação profissional *versus* Liderança

O estabelecimento de uma relação entre satisfação e liderança ou com a supervisão, como muitas vezes é mencionada na literatura, foi observada por Locke (1976, citado por Caeiro, 2012) o qual associa a satisfação no trabalho a alguns aspectos, entre os quais, o estilo de liderança, as competências técnicas e as relações interpessoais.

A análise dos dados obtidos num estudo realizado por Wendling (2007) que envolveu três agências do Banco do Brasil, identificou que a relação entre os superiores e os subordinados é motivado pelo estilo de liderança adoptado pelos superiores; sendo o estilo democrático, amplamente aprovado pelos subordinados, com o qual afirmavam sentirem-se mais motivados para criar, produzir e relacionar. Estes resultados confirmaram a

hipótese de que é muito importante o estilo de liderança escolhido para o bom desempenho da equipa liderada.

Menezes (2010), no seu trabalho de investigação sobre a associação entre a satisfação com o trabalho e o estilo de liderança, constatou uma correlação significativa entre o estilo de liderança e o controlo de influência situacional exercidos pelos enfermeiros chefes, assim como o nível de satisfação com a supervisão e a satisfação profissional dos enfermeiros por eles liderados. A autora salienta que a satisfação alta com o trabalho e com a supervisão, estava principalmente associada aos chefes com estilo de liderança direccionada para as relações humanas.

Por sua vez, Cunha *et al.* (2007), reconhecem na liderança um factor interveniente na satisfação no trabalho, destacando como elementos positivos a liderança democrática e orientada para as pessoas.

Moss e Rowles (1997, citado por Mendes, 2014) também estudaram a relação entre liderança e satisfação. Neste estudo e segundo a percepção dos enfermeiros, o estilo de liderar da chefia quando democrático suscita maior satisfação nos subordinados. Este estilo democrático/participativo do enfermeiro chefe depreende a existência de uma boa comunicação, discussão de ideias e definição clara de objectivos, entre líder e liderados.

Todavia, Rad e Yarmohammadian (2006, citados por Mendes, 2014) levando em consideração o seu estudo em hospitais no Irão, afirmam que, nem sempre, o estilo de liderança participativo é a melhor escolha. Estes autores verificaram que em virtude da fraca cultura organizacional, a falta de maturidade dos subordinados e inclusive as fracas condições que são causadoras de insatisfação (ex.: salários baixos), o líder deveria utilizar o estilo participativo de forma convencional.

De acordo com o estudo efectuado por Furtado *et al.* (2011, citado por Mendes, 2014) nos hospitais dos Açores, verificaram que algumas características da liderança estão relacionadas com a satisfação dos enfermeiros subordinados, pelo que a chefia precisa de adoptar estilos adequados de liderança.

Esta constatação também foi verificada por AbuAlRub e Alghamdi (2012) num estudo efectuado em seis hospitais públicos na região oeste da Arábia Saudita, onde obtiveram que uma percentagem razoável da variação da satisfação dos enfermeiros no trabalho e que era justificada pelos estilos de liderança transformacionais e transaccionais. Os autores

acrescentam que os enfermeiros alvo do estudo encontravam-se globalmente satisfeitos, apresentados níveis mais elevados de satisfação, na presença de lideranças transformacionais.

Mais tarde, foi a vez de Mosadeghrad e Ferdosi (2013) de corroborarem a relação existente entre a liderança e a satisfação no trabalho, através do estudo realizado nos hospitais do Irão. Ainda que o estilo de liderança participativo tenha sido o mais associado à satisfação, os autores ressalvam a necessidade de adequar o estilo de liderança face à cultura organizacional e grau de maturidade dos subordinados, ressalva também feita por Rad e Yarmohammadian (2006), autores já referenciados anteriormente.

Os resultados do estudo realizado por Dias (2005, citado por Almeida, 2012) demonstraram a influência da liderança da chefia sobre a satisfação dos enfermeiros subordinados. O autor destaca que os valores de maior satisfação foram obtidos nas lideranças orientadas para as relações humanas em detrimento da liderança vocacionada para as tarefas.

Estes resultados também foram constatados no estudo de Locke (2001, citado por Mendes, 2014) em que demonstra, num contexto hospitalar, a existência de uma relação entre determinados estilos de liderança e a satisfação dos enfermeiros.

2.4.Satisfação profissional nos serviços de saúde

A problemática da satisfação profissional tem sido alvo de muita investigação visando a identificação do que mais a influencia, bem como verificar quais as inferências que provém do grau de satisfação que a pessoa vivencia no seu trabalho.

De acordo com Nogueira (2008, citado por Martins, 2012) a expressão “serviços de saúde” engloba uma diversidade de actividades no âmbito da prestação de cuidados de saúde, todas elas envolvendo uma vertente médica ou paramédica e uma vertente administrativa que centra a sua acção nos registos dos processos que acompanham os utentes e na gestão e aquisição dos recursos materiais e humanos.

Para Martins (2003, citado por Silva, 2012) as organizações de saúde são consideradas processos organizacionais complexos, envolvendo departamentos e serviços cujo funcionamento caracteriza-se por situações de trabalho stressantes e condições adversas para os seus profissionais, em especial, para os enfermeiros.

No que concerne ao profissional de saúde, Dias *et al.* (2010, citado por Silva, 2012) defende que o exercício profissional pode originar níveis de satisfação diferenciados, em virtude de estarem dependentes do modo e do ambiente em que o profissional executa a sua tarefa, influenciando o bem-estar geral do profissional e ainda a qualidade dos actos prestados.

Também, Nogueira (2008, citado por Martins, 2012), refere que os profissionais dos serviços de saúde, de acordo com a sua formação, prestam cuidados de saúde (clínicos) e outras tarefas não clínicas. Presentemente, os actos clínicos implicam a existência de uma equipa pluridisciplinar com um elevado grau de especialização, bem como uma equipa de apoio logístico que, se por um lado, permite uma maior qualidade na prestação desses actos, por outro lado, também é condicionante e motivo de tensão e discórdia pelas visões de ordem económicas inerentes à gestão que interferem e colidem com as visões de ordem ética e humana defendidas pelas práticas dos profissionais de saúde, nomeadamente, médicos e enfermeiros.

Martim e Henderson (2004, citado por Martins, 2012) acrescentam que há que levar em consideração, na satisfação dos profissionais que trabalham nos serviços saúde, o facto de estes se terem de debater, com bastante frequência, com questões que afectam de modo dramático a vida das pessoas, envolvendo custos, em termos pessoais, para esses profissionais.

Cortese (2007, citado por Mendes, 2014), no seu estudo com enfermeiros, identificou os seguintes factores responsáveis pela satisfação no trabalho: o contentamento com o trabalho; as boas relações interpessoais; o sentido de responsabilidade; a independência e o crescimento profissional; as relações com os doentes e familiares e a relação com a chefia.

Hendersen e Tulloch (2008, citados por Martins, 2013), reforçam que, para os trabalhadores da área da saúde, os salários, juntamente com as condições de trabalho, supervisão e gestão, educação e oportunidades de formação são factores importantes para a sua satisfação, ressaltando que os incentivos não financeiros podem assumir uma importância equivalente aos financeiros.

2.5.Síntese

A importância dos estudos sobre a satisfação profissional assenta em dois pilares, o primeiro por se tratar de um dos resultados do trabalho humano, e o segundo, por ser um conceito relacionado com o desempenho profissional.

Cada vez mais, a satisfação profissional vem sendo entendida como uma condição importante, se não mesmo essencial, para obter um melhor funcionamento das organizações. Por essa razão, os gestores devem levar em consideração a qualidade das relações nas equipas de trabalho, devendo ser dada atenção ao lado emocional e às componentes que podem interferir com a satisfação, com o propósito de obter maior criatividade, empenho e produtividade da sua parte.

Os estudos efectuados sobre satisfação demonstram uma clara associação entre o conceito de satisfação profissional e a concretização das expectativas, sendo assim a satisfação e insatisfação entendidas como o resultado da comparação efectuada entre o esperado e o alcançado.

A liderança com a satisfação tem sido alvo de alguns estudos, sendo a liderança considerada um determinante importante na satisfação profissional.

Os profissionais da saúde pela sua diversificada formação e especificidades acabam por apresentar diferentes entendimentos sobre a satisfação.

3. Caracterização do Hospital Geral de Luanda (HGL) - Angola

3.1.Introdução

Em muitos países africanos, apesar dos esforços que estes têm enveredado para levar a saúde a toda a população, persistem enormes dificuldades na garantia do acesso de numerosos grupos populacionais aos serviços de saúde. Este cenário justifica-se pela existência de fragilidade na estrutura organizacional dos sistemas de saúde, pela crise económica, pela atenção inadequada aos princípios dos cuidados primários da saúde, pela escassez dos recursos de toda ordem (financeiros, humanos, tecnológicos, entre outros) e/ou sua má distribuição (Oliveira e Artmann, 2009).

O caso de Angola é uma nação em recuperação das consequências de mais de três décadas de guerra civil que destruiu o país e as suas infra-estruturas. A ausência de infra-estruturas, de capacidade e de recursos humanos, contribuem para que o período pós-guerra se revele um grande desafio para o desenvolvimento do país (Oliveira e Artmann, 2009).

No entanto, de referir que a economia angolana tem vindo a registar uma elevada taxa de crescimento na última década, em parte, devido ao clima de paz, à estabilidade política e ao bom desempenho do sector petrolífero. O clima económico tem, igualmente, melhorado com o esforço em desenvolver uma estratégia de estabilização macroeconómica.

Quanto ao perfil da rede dos serviços de saúde, Angola apresenta ainda enormes deficiências de estruturação e funcionamento, o que leva à baixa resolubilidade dos seus serviços (Oliveira e Artmann, 2009).

O sistema de saúde de Angola caracteriza-se por uma estrutura organizacional fundamentalmente assente na vertente curativa, algo precária, privada de um adequado desenvolvimento a nível da descentralização e da criação de sistema de referência em que os distritos, ou pelo menos os municípios, sejam unidades de importância elementar. Essa situação explica a escassez de estruturas intermediárias – hospitais provinciais e municipais – e periféricas – centros e postos de saúde.

3.2. Caracterização Geral de Angola

Angola, a nível geográfico, situa-se na região ocidental da África Austral, abrangendo uma área de 1.246.700 km², distribuído por 18 províncias, sendo considerado o terceiro maior país da África Sub-Saariana (Queza, 2010).

Os resultados preliminares do Censo 2014, com referência a Maio de 2014, revelaram que a população residente em Angola era de 24,3 milhões de habitantes, sendo 11,8 milhões do sexo masculino (48%) e 12,5 milhões do sexo feminino (52%).

De acordo com o estudo realizado pela Associação Empresarial de Portugal (AEP) em parceria com a Health Cluster Portugal (HCP) em 2013, pode-se subdividir o sistema de prestação de cuidados de saúde em três níveis hierárquicos de prestação de cuidados da saúde (primário, secundário e terciário), que correspondem aos três níveis de governo (municipal, provincial e nacional).

O Decreto Presidencial nº 262/ 2010, de 24 de Novembro, reconhece que: “Angola, à semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, regista em termos económicos e sociais, consideráveis perdas de vidas devido ao elevado fardo das doenças transmissíveis, de mortes prematuras e evitáveis, sobretudo mulheres e crianças, agravada pela destruturação de que foi vítima ao longo do conflito armado”.

Os cuidados de saúde em Angola são maioritariamente disponibilizados por hospitais nacionais, hospitais municipais, centros de saúde e postos de saúde, concentrando a sua intervenção em cuidados curativos. O sistema é complementado pelo sector privado que tem contribuído para a melhoria do acesso à saúde (Simões *et al.*, 2012).

Os dados do relatório de Avaliação Nacional do Sistema de Informação Sanitária (MINSAs, 2010) mostram que o número de médicos vem apresentando um crescimento constante e acentuado desde 2005. O número de enfermeiros também aumentou muito desde 2005 para cerca de 30 mil. Este aumento do número de profissionais da saúde resultou de um forte investimento que o governo fez, nomeadamente na construção de novas faculdades de medicina e no estabelecimento de um sistema de pagamento funcional.

3.3.O que é um Hospital

Um hospital é uma organização que, em termos económicos, possui características muito *sui generis*, o que o diferencia de outras empresas porque o seu objectivo (que na essência, é também o seu “produto comercial”) é assegurar ou repor a saúde das pessoas.

A propósito de organizações, Chiavenato (2006) afirma que elas constituem um factor primordial na sociedade moderna, uma vez que é através delas que o indivíduo busca a satisfação das diferentes necessidades (trabalho, informação, saúde, educação, entre outras), as quais não poderiam ser obtidas somente pelo seu esforço individual e pessoal. O autor ainda acrescenta que uma organização deve a sua existência a um grupo de pessoas onde impera a comunicação, a participação, a colaboração e o compromisso conjunto de alcançar um objectivo comum.

Segundo Menezes (2012), na sociedade actual, os hospitais são das organizações mais complexas, e diferenciam-se pela junção de diversas actividades desenvolvidas por vastos profissionais de diversificadas áreas (científica, técnica, administrativa, operacional, entre outras) a interagirem com pessoas de todos os extractos sócio-económicos, num ambiente fortemente tecnológico.

Esta complexidade é também referida no relatório intitulado “A Organização Interna e a Governação dos Hospitais” elaborado pelo Ministério da Saúde (2010), onde consta que “os hospitais são organizações complexas, com impacto determinante, porventura mesmo excessivo, na prestação dos cuidados de saúde, mas cuja importância não fica confinada às fronteiras da saúde, implicando de forma marcante nos domínios económico e social”.

De acordo com Gil (1994, citado por Menezes, 2012), as exigências da sociedade actual, em que coloca as organizações de saúde perante inúmeros desafios, obriga-as a serem organismos com maior flexibilidade e maior capacidade de adaptação para conseguirem subsistir. Neste cenário, o capital humano é entendido como um dos pilares fundamentais da organização, desde que se identifiquem com a sua missão.

3.4. Hospital Geral de Luanda (HGL)

3.4.1. Enquadramento histórico

O Hospital Geral de Luanda foi concebido inicialmente como um Hospital Materno-Infantil e, posteriormente, definido como Hospital Geral.

A sua inauguração foi a 3 de Fevereiro de 2006, realizada por Sua Excelência o Presidente da República, Engenheiro José Eduardo dos Santos.

Em termos operacionais, iniciou a sua actividade assistencial a 8 de Março de 2006, com consultas de especialidade em Medicina, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia Geral. Os restantes serviços foram abertos a 17 de Setembro e o Bloco Operatório a 11 de Novembro do mesmo ano, conforme consta no Relatório do Hospital Geral de Luanda (2015).

De uma forma progressiva foram sendo introduzidas consultas nas especialidades de Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Optometria, Estomatologia, Dermatologia, Endocrinologia, Anestesiologia e Fisiatria. As consultas eram asseguradas por especialistas Cubanos, Chineses e Angolanos, incluindo colaboradores vindos de outras unidades hospitalares da cidade de Luanda.

Em 2010, as equipas técnicas do Ministério das Obras Públicas e Urbanismo, Governo da Província de Luanda e Bombeiros e Protecção Civil, após a realização de estudos técnicos sobre as fissuras existentes na estrutura arquitectónica dos vários edifícios que compunham o Hospital, concluíram que não existiam condições de segurança para os utentes e trabalhadores da instituição, o que obrigou ao encerramento total da unidade sanitária em 10 de Junho do mesmo ano. Perante tal acontecimento, o Governo preocupado em garantir a assistência médica e medicamentosa à população circunvizinha (cerca de 1 milhão de habitantes), instalou o Hospital de Campanha na estrada principal da Comuna da Camama.

Mais tarde, em 29 de Dezembro de 2011, por orientação de Sua Excelência, o Vice-Presidente da República de Angola, Dr. Fernando da Piedade Dias dos Santos, foi encerrado o Hospital de Campanha.

A 30 de Dezembro de 2011, é iniciado o atendimento à população nos Serviços de Urgência Médica, Cirúrgica, Ortopédicas e Pediátrica no edifício provisório do Hospital

Geral de Luanda e o Serviço de Consultas Externas nas instalações aonde residiam os Médicos Chineses.

No início de Janeiro de 2012 iniciaram as obras de construção do novo Hospital Geral de Luanda, com 22.000 m² de área coberta, capacidade para 335 camas e serviços diferenciados para cerca de 16 especialidades. As obras foram dadas como concluídas no dia 26 de Dezembro de 2014 e o apetrechamento do edifício no dia 20 de Janeiro de 2015.

A 26 de Fevereiro de 2015 foi efectuada a entrega provisória da Unidade Hospitalar a Sua Excelência, o Governador da Província de Luanda, Dr. Graciano Domingos com a promessa de que a entrega definitiva ocorreria um ano depois, caso não fossem registadas irregularidades graves.

A partir do dia 01 de Março de 2015, entraram em funcionamento os serviços Administrativo, Consultas Externas com cerca de 20 especialidades, o Banco de Urgência de Medicina, Cirurgia e Ortopedia, Imagiologia, Hematologia, Patologia Clínica e Internamento de Pediatria.

3.4.2. Enquadramento legal

As bases de estruturação, coordenação, organização e funcionamento do Hospital estão definidas em conformidade com o Decreto Presidencial nº260/ 10, de 19 de Novembro, do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar. A Tutela e superintendência administrativa estão sob alçada do Governo da Província de Luanda, a superintendência metodológica compete ao Ministério da Saúde.

O HGL pertence ao Serviço Nacional de Saúde, rede sanitária da Província de Luanda. Está situado no Município de Belas na rua direita da Camama, na zona limítrofe entre os municípios de Belas, Kilamba Kiaxi e Viana, circunscrevendo uma zona de influência de aproximadamente 2.100.000 de habitantes (1.097.000 de Belas; 800.000 Kilamba Kiaxi e 200.000 Calemba II/ Viana e outros).

O HGL é uma estrutura da rede especializada polivalente que conta com os serviços e unidades necessárias para a assistência de nível II da região sanitária de Luanda e presta serviço de diagnóstico, tratamento e internamento, com pessoal sanitário médico, de enfermagem e outros, num espaço físico de uso exclusivamente sanitário.

Por ser classificado como um hospital de nível II, deve ter um mínimo de 5 (cinco) especialidades básicas (Medicina, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria) e um regime de internamento acima de 100 camas.

A Lei 21-B/ 92, 28 de Agosto, estabelece os princípios que norteiam o Serviço de Saúde:

- A universalidade quanto à população abrangida;
- A integralidade, no que concerne à prestação de cuidados globais ou à sua garantia;
- A tendência gratuita para os usuários sem condições económicas e sociais;
- A garantia da equidade no acesso dos usuários, no sentido de atenuar os efeitos das desigualdades socio-económicas, geográficas e quaisquer outras.

3.5.Missão e Valores

Um hospital deve ter a sua identidade e missão bem definidas no sentido de pautar as suas decisões em consonância. Inclusive, nos casos em que seja uma entidade com fins lucrativos, não deve permitir que questões de ordem financeira prevaleçam em detrimento da intervenção dos profissionais de saúde junto dos seus utentes, para que se mantenha leal à sua missão.

O HGL na sua responsabilidade social e ética apresenta como Missão, Visão e Valores, respectivamente:

- **Missão** - Promover e assegurar uma assistência humana e especializada a toda a sua população de modo a contribuir para a preservação e recuperação da saúde da população;
- **Visão** - Ser uma referência em atendimento humanizado e especializado na região de Luanda;
- **Valores** - Respeito pelo ser humano; Humanização no atendimento; Ética e Profissionalismo; Espírito da equipa: Responsabilidade social.

3.6. Organograma

Em qualquer empresa, é preciso que se estabeleça uma estrutura hierárquica que represente a planta da organização; que identifique cada sector da empresa com suas tarefas e seus respectivos responsáveis, superiores e subordinados.

Para facilitar a compreensão da estrutura hierárquica do HGL, apresenta-se o respectivo organograma:

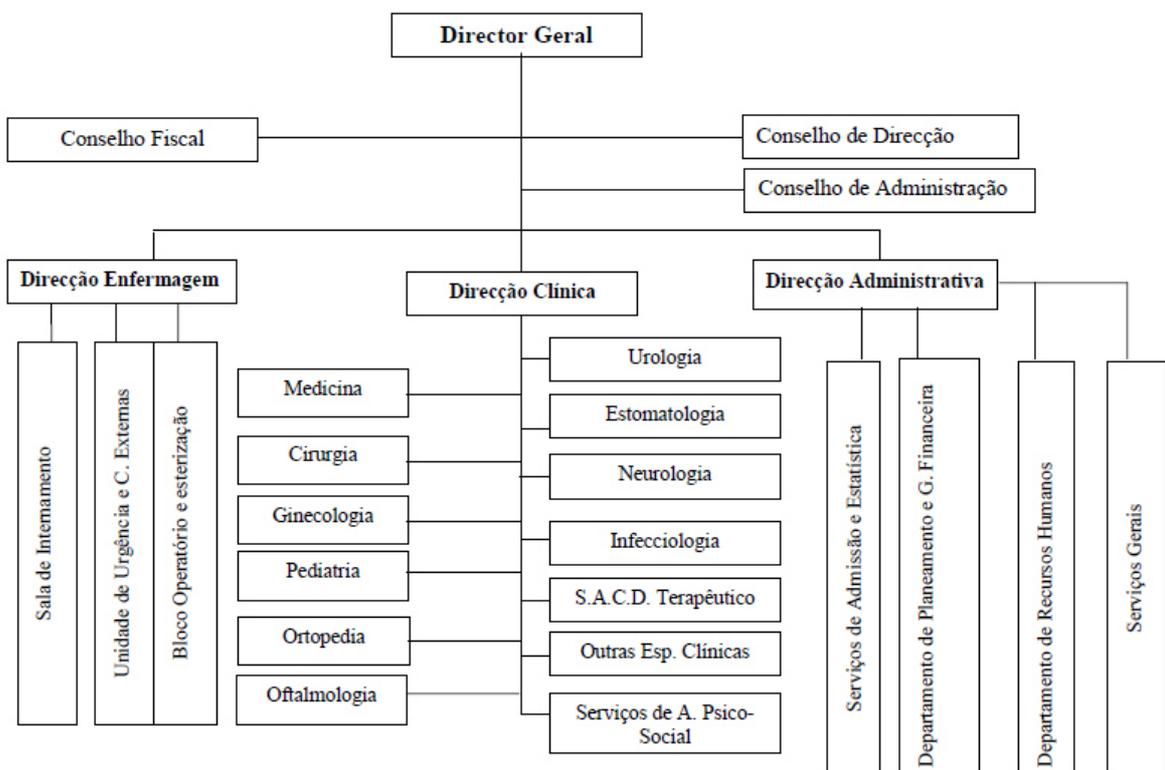


Figura 2 - Organograma do HGL
Fonte: Relatório do Hospital Geral de Luanda (2015)

3.7. Recursos Humanos

Para Chiavenato (2006), o capital humano numa organização constitui um factor de competitividade, e que comparado com outro tipo de recursos, deve ser assumido como uma ferramenta motora da organização ou seja, “capaz de dotá-la da inteligência, talento e da aprendizagem indispensáveis à sua constante renovação e competitividade num mundo pleno de mudanças e desafios”.

Na perspectiva de Parreira (2005, citado por Menezes, 2012), os profissionais das organizações hospitalares, têm que dar resposta aos desafios da própria organização, cumprindo códigos profissionais, normas, regulamentos, de modo a melhorar a eficiência, assim como, responder às novas e diferentes solicitações e necessidades dos utentes, o que implica uma capacidade de constante adaptação.

No que concerne aos recursos humanos, o estudo da AEP e HCP (2013) mostrou que Angola tem as suas capacidades de resposta limitadas pela escassez de médicos, pela existência de poucas faculdades de medicina, por uma supervisão de qualidade limitada e poucos agentes comunitários. Ainda é feita referência de que, o sector de saúde angolano emprega cerca de 67 mil pessoas das quais 38 mil são profissionais da saúde não administrativos. Em 2010, Angola tinha cerca de 3 000 médicos.

Presentemente, o HGL no que concerne aos recursos humanos, nomeadamente profissionais de saúde, conta com 42 médicos, 155 enfermeiros e 82 técnicos de diagnóstico e terapêutica; estes profissionais prestam atendimento a cerca de 700 doentes no banco de urgência, num universo de mais de 1500 utentes diários (Relatório do Hospital Geral de Luanda, 2015).

Estes recursos humanos encontram-se distribuídos pelos vários serviços de especialidade que o HGL dispõe, enquanto classificado como um hospital de referência do município e da província, equipado com 350 leitos/camas.

Os serviços estão organizados do seguinte modo:

- **Consulta Externa:** Cirurgia, Ortopedia, Pediatria, Ginecologia, Consultas de Pré – Natal, Dermatologia, Medicina, Fisioterapia, Obstetrícia, Anestesia, Acupunctura, Defectologia, Urologia, Psicologia, Estomatologia, Cardiologia, Infeciologia, Neurologia;
- **Internamentos:** Pediatria, Neonatologia, Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia;
- **Serviços de Urgência:** Pediatria, Medicina, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia e Ortopedia;
- **Serviços de Diagnóstico e terapêutica:** Patologia Clínica, Imagiologia, Hematologia com Banco de Sangue;

- **Outros Serviços:** Bloco Operatório (4 Centrais e 3 Periféricos), Hemodiálise, Cuidados Intensivos, Fisioterapia, Central de Esterilização, Epidemiologia, Farmácia, Estatística, Serviços Sociais e outros.

3.8.Síntese

As organizações hospitalares caracterizam-se por uma forte componente tecnológica, aliada a profissionais com formação qualificada e especializada, cujas actividades implicam um sentido elevado de responsabilidade, interacção e organização de modo a darem uma resposta adequada, atempada e eficaz a quem recorre aos seus préstimos.

O hospital não é uma organização qualquer, pois convive com um elemento profundamente valioso: a vida de pessoas.

Os recursos humanos nos hospitais desempenham um papel estratégico no processo de prestação de serviços de saúde, porque interagem com o utente, onde se destacam valores, crenças, princípios éticos, morais e culturais.

O desenvolvimento e crescimento do quadro económico angolano vêm-se comprometidos e condicionados pela grande desigualdade socio-económica e dispersão geográfica do país.

O perfil de saúde em Angola peca pela inexistência de um sistema de referência e contra – referência operacional. Todavia, o Estado Angolano está a traçar um caminho que perspectiva a universalização dos cuidados de saúde básicos para toda a população. Depois da infra-estruturação do país, a saúde constitui uma das suas prioridades.

4. Hipóteses e Modelo de Análise

4.1. Introdução

Neste capítulo far-se-á uma apresentação dos conceitos chave que nortearam a presente investigação. Posteriormente e, sustentada na informação obtida na pesquisa bibliográfica, formularam-se as hipóteses que conduziram o estudo empírico deste trabalho.

Depois de definidas as hipóteses, elaborou-se um modelo de análise com identificação das variáveis independentes e dependentes relacionadas com o objectivo da investigação empírica.

4.2. Selecção dos conceitos teóricos

Os conceitos que se destacaram na revisão bibliográfica, efectuada assente nas palavras-chave “liderança” e “satisfação profissional”, encontram consenso no estabelecimento de uma relação causa-efeito entre o tipo de liderança da chefia e a satisfação profissional.

Segundo Ferreira (2007), um dos factores fundamentais para o sucesso das organizações reside na capacidade da liderança em gerir emoções e conflitos no grupo, a qual está subjacente à capacidade do líder enquanto gestor organizacional.

A propósito da relação entre estilo de liderança e desempenho com qualidade, Fradique e Mendes (2013) verificaram que na área da saúde, um dos factores que influencia a qualidade da prestação de serviços dos enfermeiros era o estilo de liderar das suas chefias.

Spector (1997), refere que os estudos evidenciam como principais factores associados à satisfação profissional, a remuneração, a supervisão, as relações interpessoais, as condições de trabalho e benefícios, as oportunidades de promoção, o reconhecimento, a comunicação, a organização em si, as políticas e os procedimentos.

Lanzoni e Meirelles (2011) afirmam que a baixa satisfação dos profissionais com os serviços poderá não depender exclusivamente da falta de recursos, mas sim da ausência de uma liderança associada a uma visão estratégica.

De acordo com o estudo efectuado por Furtado *et al.* (2011, citado por Mendes, 2014) nos hospitais dos Açores, verificaram que algumas características da liderança estão

relacionadas com a satisfação dos enfermeiros subordinados, pelo que a chefia precisa de adoptar estilos adequados de liderança.

Marquese e Moreno (2005, citados por Gomes, 2014) também constataram que a estabilidade no emprego, a remuneração e regalias, a relação interpessoal no trabalho, uma relação positiva com a chefia, as perspectivas de carreira, o ambiente físico do trabalho são elementos promotores de satisfação no trabalho.

Por sua vez, Baker (2002, citado por Martins, 2013) afirma que os estudos sobre esta temática apontam os estilos de liderança como factores intervenientes na satisfação no trabalho.

4.3. Questões e Hipóteses de Investigação

A análise dos conceitos teóricos evidenciou algumas variáveis determinantes na questão de investigação e, por conseguinte, serviram de base para a colocação das hipóteses que foram testadas empiricamente.

4.3.1. Questão de Investigação

- De que modo o tipo de liderança da chefia influencia a satisfação dos profissionais de saúde do HGL?

4.3.2. Hipóteses

No sentido de procurar dar resposta à questão de investigação colocada, formularam-se as seguintes hipóteses

H1 – Existe uma relação significativa entre o tipo de liderança da chefia e a satisfação dos profissionais de saúde do HGL?

H2 – Existe uma relação significativa entre o tipo de relação com a chefia e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?

H3 – Existe uma relação significativa entre a relação com os colegas de trabalho e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?

H4 – Existe uma relação significativa entre a remuneração e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?

4.4.Modelo de Análise

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), um trabalho exploratório apresenta perspectivas e ideias que devem ser traduzidas numa linguagem e formas que permitam o trabalho sistemático de análise e recolha de dados de observação ou experimentação. Neste enquadramento, a construção do modelo de análise constitui a charneira entre a problemática estabelecida e o trabalho de explicação sobre um campo de análise preciso e restrito.

Uma vez feita a identificação dos conceitos teóricos e as variáveis mais relevantes, torna-se viável a feitura do modelo de análise, respectiva esquematização, bem como a apresentação das dimensões e variáveis.

4.4.1. Esquematização do Modelo

Levando em consideração a pesquisa bibliográfica efectuada, verificou-se que a satisfação profissional sofre a influência de diversos factores. No estudo em causa, elaborou-se um modelo onde se destacam os factores que podem impulsionar ou limitar a satisfação profissional dos profissionais do HGL, conforme se apresenta na figura 3.



Figura 3 - Factores impulsionares ou limitadores da satisfação profissional
Fonte: Elaboração própria

4.4.2. Dimensões e variáveis do Modelo

De acordo com Fortin (2009), as variáveis são como unidades de base da investigação, podendo ser entendidas como qualidades ou características às quais são atribuídas valores. As mesmas devem ser estabelecidas com clareza, objectividade e de forma operacional, no sentido de evitar um comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa.

4.4.2.1. Variável dependente

Na perspectiva de Sousa (2005), considera-se como variável dependente aquela que está dependente dos procedimentos da investigação, com ligação directa às respostas que se procuram.

Levando em consideração que a variável dependente é aquela em que o investigador tem interesse em explicar, no presente estudo e no que concerne aos profissionais de saúde do HGL, a variável dependente é a sua satisfação profissional.

4.4.2.2. Variáveis independentes

Sousa (2005) afirma que as variáveis independentes são aquelas que, sendo independentes dos procedimentos da investigação, são observadas para medir o efeito que produz na variável dependente.

No que diz respeito ao estudo realizado junto dos profissionais de saúde, as variáveis independentes são: o estilo de liderança da chefia, a relação com a chefie, as relações com os colegas e a remuneração.

4.4.2.3. Modelo conceptual

A partir da identificação da variável dependente e das variáveis independentes, foi proposto para este estudo o modelo conceptual que se apresenta na figura 4.

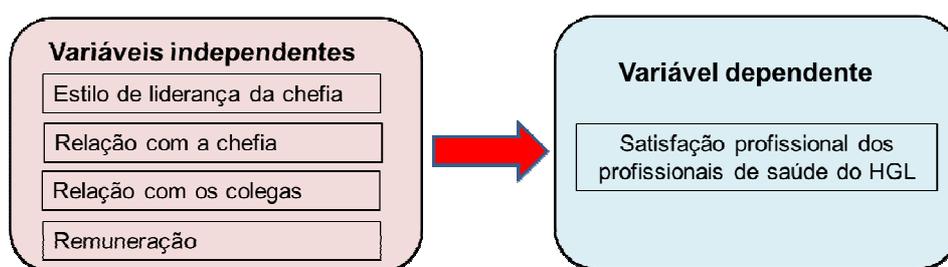


Figura 4 - Proposta do modelo conceptual
Fonte: Elaboração própria

4.5. Síntese

A remuneração, a relação interpessoal no trabalho, uma relação positiva com a chefia e o estilo da liderança da chefia são factores inerentes ao contexto laboral que podem ser elementos promotores de satisfação no trabalho/ satisfação profissional.

Da análise dos conceitos teóricos e das variáveis identificadas, colocaram-se quatro hipóteses como possíveis respostas ao problema levantado neste estudo.

Como resultado da revisão bibliográfica efectuada sobre satisfação profissional, desenhou-se uma proposta de um modelo conceptual de investigação centrado numa variável dependente (a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL) e alguns factores influenciadores como variáveis justificativas (variáveis independentes).

5. Metodologia

5.1.Introdução

Grande parte do sucesso de uma investigação está dependente da metodologia, uma vez que constitui um importante instrumento de trabalho.

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados na investigação, abordando aspectos como a natureza do estudo, a população alvo, a amostra, o instrumento de recolha de dados, o tipo de tratamento estatístico e os procedimentos de cariz ético.

5.2.Tipo de estudo

Esta pesquisa insere-se no tipo de estudos descritivo, transversal, e correlacional pois tem por objectivo examinar as relações entre as variáveis, bem como precisar a grandeza dessa relação através de análises estatísticas de correlação

Para Perovano (2014) uma pesquisa é descritiva quando envolve um processo que visa a identificação, registo e análise de características ou variáveis que se relacionam com o objectivo de investigação. Deste modo, esta pesquisa constitui também um estudo de caso, onde após a recolha de dados, foi efectuada uma análise das relações entre as variáveis.

É de carácter correlacional pois, de acordo com Fortin (2003), este tipo de estudo depreende que o objecto de estudo já foi identificado e descrito, pelo que se deduz a intenção de explorar mais pormenorizadamente as relações entre essas variáveis.

O estudo é transversal porque a identificação da relação entre as variáveis foi obtida numa população num determinado momento.

5.3.População e amostra em estudo

Em qualquer investigação é fundamental definir a população com que se pretende trabalhar. Para Gil (2008), a população é o conjunto constituído por todos os indivíduos com uma ou mais características comuns, que se pretende estudar. Amostra é o subconjunto de elementos extraídos da população, que se estuda e por meio da qual se estabelecem ou se estimam as características dessa população.

A amostragem foi efectuada de modo não probabilístico, em virtude de que quem recebeu o questionário decidiu se responderia ou não, assim como associado ao facto de nem toda a população poder estar disponível para o estudo (ausente do serviço por motivo de férias, licença e outros). Foi estabelecido como critério de exclusão os profissionais de saúde que desempenhassem a função de chefia.

5.4. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado nesta investigação é o questionário. Este teve por objectivo a recolha de dados sobre a relação entre a satisfação dos profissionais de saúde do HGL e o estilo de liderar das suas chefias.

Segundo Gil (2008) o questionário pode ser definido como uma técnica de investigação social composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado. Ou seja, é entendido como um instrumento de recolha de informação, utilizado numa sondagem ou inquérito.

5.4.1. Vantagens e Limitações do Questionário

De acordo com Gil (2008) quando se compara o questionário à entrevista, o mesmo apresenta inúmeras vantagens, tais como:

- Possibilita atingir grande número de pessoas;
- Implica menores gastos com pessoas, uma vez que não exige formação de pesquisadores;
- Garante anonimato nas respostas;
- Permite que as pessoas respondam no momento em que julgarem conveniente;
- Não expõe os respondentes à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado.

Como desvantagens da utilização do questionário, Gil (2008) aponta as seguintes limitações:

- Exclui pessoas que não sabem ler ou escrever, o que, em certas circunstâncias, traduz as graves deformações nos resultados da investigação;
- Impede auxílio ao respondente quando este não entende correctamente as instruções ou perguntas;
- Não oferece a garantia de que as maiorias das pessoas devolvam-no devidamente preenchido, o que pode implicar a significativa diminuição da representatividade da amostra;
- Envolve, geralmente, número relativamente pequeno de perguntas, porque é sabido que questionários muito extensos apresentam alta probabilidade de não serem respondidos;
- A sua elaboração requer cuidado na forma como se formula as questões, sendo necessário rigor no modo como as perguntas são escritas, desde a sua construção, extensão e clareza, para se evitar respostas subjectivas.

5.4.2. Estrutura do Questionário

A estrutura do questionário levou em consideração o tipo de população alvo e o seu contexto cultural. O povo angolano, de um modo geral, revela-se desconfiado quando questionado sobre algo, um sentimento resultante da vivência de um clima pós recuperação de um período de guerra. Paralelamente, a constatação duma formação curricular pouco exigente, quer a nível de linguagem quer a nível técnico.

Em virtude das características da população-alvo e os objectivos do estudo, optou-se por um questionário com respostas fechadas com a finalidade de obter uma informação mais objectiva e um menor esforço por parte dos respondentes.

Para se evitar respostas evasivas, uma vez que se procurava ter informações referentes a opiniões e atitudes, eliminou-se a alternativa de resposta “nem concordo nem discordo”, ficando apenas quatro opções de resposta: Concordo totalmente, Concordo, Discordo e Discordo totalmente.

O questionário é composto por três partes (Anexo 1). A primeira parte visa a caracterização sócio-demográfica da população respondente através das variáveis género, idade e carreira profissional.

A seguir colocou-se uma variável de controlo (questão nº 4), atendendo a que o questionário apenas deveria ser respondido por quem não exercesse qualquer cargo de chefia. Todos os questionários apresentaram assinalada a opção “Não” pelo que os mesmos foram considerados válidos para análise.

A segunda parte do questionário tem como objectivo avaliar o grau de satisfação profissional. As dez questões levaram em consideração a revisão bibliográfica que aponta como factores influenciadores da satisfação no trabalho, entre outros, o relacionamento com os colegas, a relação com a chefia, o salário, as oportunidades de valorização profissional e progressão e a remuneração.

Foi utilizada uma escala de concordância de estrutura do tipo Likert (4 opções) que varia desde Concordo totalmente (4) a Discordo totalmente (1). Os respondentes que assinalaram as respostas “Concordo totalmente” ou “Concordo” significam que se encontram satisfeitos. Por sua vez, quem escolheu as opções “Discordo” ou “Discordo totalmente” estão insatisfeitos.

Na terceira parte e tendo em conta que diversos estudos identificam a liderança como um determinante importante na satisfação profissional, os seus dez itens pretendem identificar, na percepção dos profissionais, o estilo de liderança da chefia predominante.

Nesta parte, foi pedido que assinalassem a opção que melhor exprimisse a sua opinião, numa escala de Likert de 4 pontos, em que 4 “Concordo totalmente” e 3 “Concordo” correspondem ao estilo democrático e, por seu lado, o 2 “Discordo” e 1 “Discordo totalmente” ao estilo autocrático.

5.5.Procedimentos éticos

Foi solicitado, por escrito, autorização ao Director do HGL para aplicação do questionário (Anexo 2) a qual mereceu despacho favorável.

Em todo o processo de recolha de dados foram consagrados os aspectos éticos e legais, a destacar:

- a participação foi voluntária;
- foi dada informação sobre o propósito da pesquisa;

- o anonimato dos respondentes e a confidencialidade dos dados foram salvaguardados.

Para assegurar o anonimato e confidencialidade dos dados, os questionários foram entregues em envelope aberto, os quais depois de preenchidos foram devolvidos no mesmo envelope fechado.

A recolha de dados decorreu entre os meses de Julho de 2015 e Outubro de 2015. Para obter um maior número de questionários houve necessidade de estender a sua aplicação por mais tempo do que é habitual neste tipo de estudos.

5.6. Tratamento estatístico dos dados

Após a recolha de dados organizou-se a informação obtida para que possam ser analisados e tratados no sentido de fornecerem respostas às questões de investigação previamente colocadas.

Para efectuar a análise estatística dos dados retirados dos questionários recorreu-se ao software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23,0.

Na primeira fase efectuou-se uma análise estatística descritiva com o objectivo de descrever e analisar a amostra em estudo, tendo-se recorrido às frequências e à medida de localização e de tendência central (moda).

Numa segunda fase e através da estatística inferencial, aplicaram-se o teste de independência do qui – quadrado e teste de Fisher no sentido de obter uma resposta à questão chave deste estudo e poder-se aceitar ou rejeitar as hipóteses formuladas.

6. Análise e discussão dos dados

6.1. Análise dos dados

Neste capítulo começa-se por descrever e caracterizar a amostra, seguida da análise descritiva da satisfação profissional e da análise da percepção do estilo de liderança e, por último, a análise inferencial.

6.2. Descrição da amostra

A população deste estudo envolveu os profissionais de saúde que integram os serviços do HGL. Estes profissionais encontram-se distribuídos em três carreiras: médicos (42), enfermeiros (155) e técnicos de diagnóstico e terapêutica (82), num total de 279 profissionais.

Dos 279 questionários entregues, obtiveram-se 108 questionários preenchidos e válidos, correspondendo a uma taxa de resposta de 38,7%.

6.3. Análise descritiva

6.3.1. Caracterização sócio - demográfica

- Género

No estudo colaboraram 108 profissionais, dos quais mais de metade encontra-se afecto ao género feminino (63,9%), enquanto o género masculino está representado por 36,1 % do total dos profissionais respondentes, conforme se pode observar na figura 5.

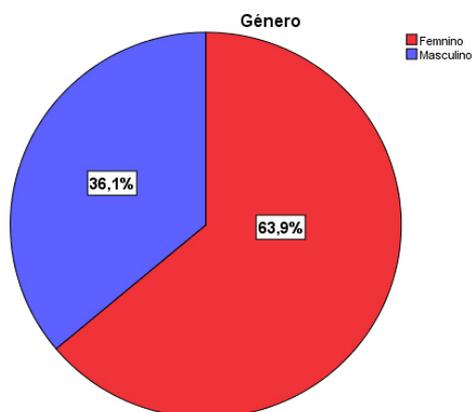


Figura 5 - Caracterização da amostra segundo o género

- **Idade**

No que se refere à variável idade, a maioria dos respondentes (63,9%) encontram-se no escalão etário entre 31 - 45 anos, podendo-se afirmar que estamos perante uma amostra de profissionais relativamente jovem, como se observa na figura 6.

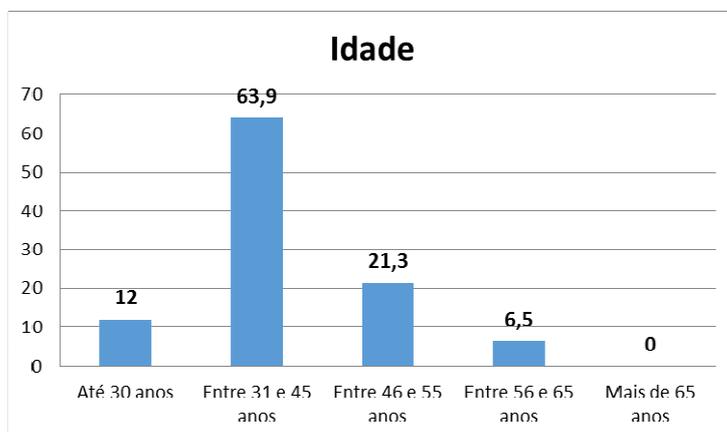


Figura 6 - Caracterização da amostra segundo a idade

- **Carreira Profissional**

No que se refere à categoria profissional, o maior número de respondentes encontra-se na carreira dos enfermeiros representando 50% da amostra, conforme apresenta a figura 7.

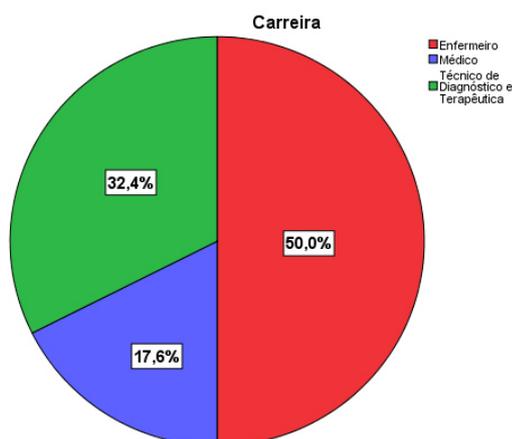


Figura 7 - Caracterização da amostra segundo a carreira profissional

Atendendo a que cerca de 64% da amostra pertence ao género feminino, decidiu-se cruzar a variável género com a carreira profissional para verificar se essa tendência também se

aplica às diferentes carreiras. A figura 8 mostra que o género feminino é predominante (mais de 50%) em todas as carreiras profissionais.

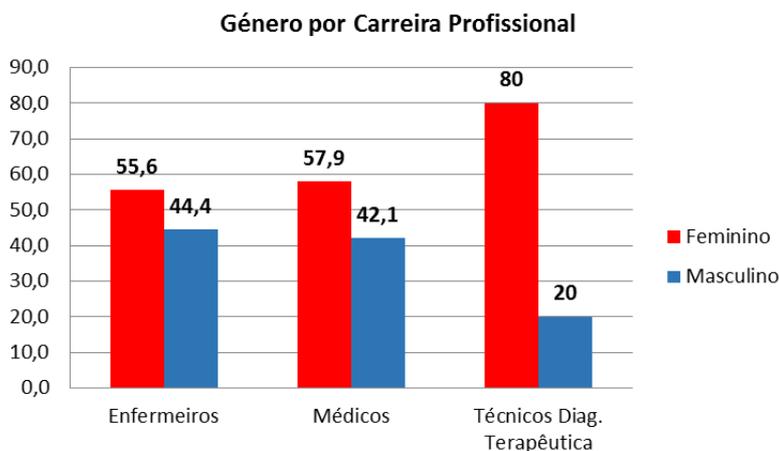


Figura 8 – O género segundo a carreira profissional

Pela figura 9 pode verificar -se que, em relação à variável idade versus a carreira profissional, os enfermeiros e médicos estão representados na sua maioria no escalão dos 31-45 anos e os técnicos de diagnóstico e terapêutica ocupam o escalão entre os 46 -55 anos.

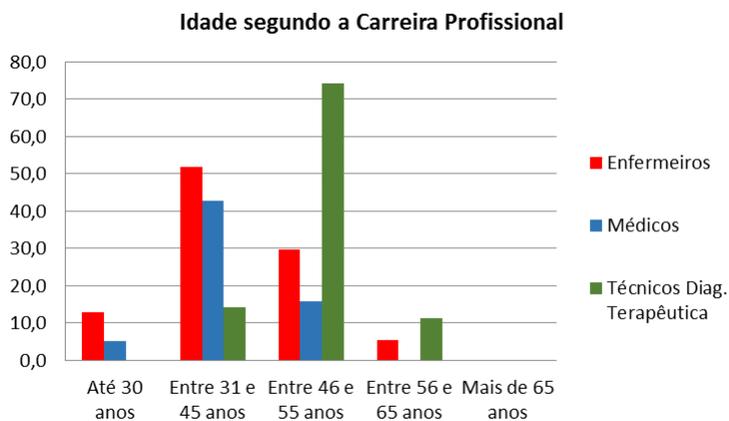


Figura 9 – A idade segundo a carreira profissional

6.3.2. Análise descritiva da satisfação profissional

Para descrever o grau de satisfação dos profissionais de saúde foram colocadas dez questões em que as opções discordo totalmente (1) e discordo (2) indicam insatisfação e as

opções concordo (3) e concordo totalmente (4) demonstram satisfação dos profissionais de saúde.

Na Tabela 1 apresentam-se as frequências e a moda para cada dimensão e seu grau de satisfação.

Em termos globais, verifica-se que os profissionais de saúde estão satisfeitos no trabalho para quase todas as dimensões (moda igual a concordo), exceptuando-se a dimensão que se refere à sua remuneração actual em que se verifica um descontentamento geral (moda igual a discordo), o que significa que não estão satisfeitos.

Em termos de resultados, verifica-se que os níveis de satisfação mais elevados (concordo totalmente) encontram-se nas dimensões: “a relação com os colegas de trabalho é boa” e “dou conta do trabalho que tenho de fazer”. Quanto às dimensões: “a relação com a chefia directa é cordial”, “no trabalho sinto-me com força e energia”, “sinto orgulho no que faço no meu trabalho”, “ocupo o posto que mereço” e “sei o que se espera de mim no trabalho”, em todas se verifica que mais de 50% dos respondentes assinalaram a opção concordo.

No que concerne às dimensões “no meu trabalho existem condições para um bom exercício da minha profissão” e “tenho oportunidade para me manter actualizado na minha área científica”, as opiniões parecem dividir-se, existindo uma diferença pouco significativa entre os respondentes satisfeitos (os que assinalaram concordo totalmente e concordo) e os insatisfeitos (os que assinalaram discordo e discordo totalmente).

Pode-se assim afirmar que, exceptuando a dimensão da remuneração onde se registou um nível de insatisfação, todas as dimensões da escala de satisfação profissional situaram-se nas duas opções que revelam um grau de satisfação positivo.

Tabela 1 - Variável satisfação profissional

Grau de satisfação no trabalho		Frequências (%)				
Dimensão	Descrição	CT(4)	C(3)	D (2)	DT(1)	Moda
5	A relação com os meus colegas de trabalho é boa	56,5	36,1	6,5	0,9	Concordo
6	A relação com a minha chefia directa é cordial	14,8	60,2	19,4	5,6	Concordo
7	No meu trabalho sinto-me com força e energia	36,1	56,5	4,6	2,8	Concordo
8	No meu trabalho existem condições para um bom exercício da minha profissão	10,2	44,4	34,3	11,1	Concordo
9	A minha remuneração (salário e benefícios) actual é satisfatória	2,8	21,3	44,4	31,5	Discordo
10	Sinto orgulho do que faço no meu trabalho	42,6	50,9	3,7	2,8	Concordo
11	Ocupo o posto que mereço	12	55,6	23,1	9,3	Concordo
12	Tenho oportunidade para me manter actualizado na minha área científica	9,3	49,1	25	19,7	Concordo
13	Sei o que se espera de mim no trabalho	19,4	58,3	12	10,2	Concordo
14	Dou conta do trabalho que tenho de fazer	54,6	44,4	0,9	0	Concordo

Fonte: Elaboração própria

6.3.3. Análise descritiva da liderança

Para descrever o tipo de liderança percebido pelos profissionais de saúde foram colocadas dez questões em que as opções discordo totalmente (1) e discordo (2) indicam a liderança autocrática e as opções concordo (3) e concordo totalmente (4) identificam a liderança democrática.

No sentido de identificar-se o tipo da liderança das chefias, segundo a percepção dos profissionais de saúde, elaborou-se a tabela nº2 onde se registaram as frequências e a moda para cada dimensão e seu tipo de liderança.

Na interpretação dos dados foi considerado que o valor mais frequente (a moda) nos diferentes itens da dimensão liderança determinaria o tipo de liderança predominante, de acordo com a percepção dos respondentes.

Em termos globais, verifica-se que os profissionais de saúde identificaram como tipo de liderança dominante a democrática para quase todas as dimensões (moda igual a concordo), exceptuando-se a dimensão que se refere ao facto das suas opiniões não serem tomadas em consideração pela chefia em que se verifica uma percepção diferente do tipo de liderança, destacando-se a liderança autocrática (moda igual a discordo).

Em termos de resultados, podemos observar que relativamente às dimensões “a chefia lidera através do exemplo”, “existe cooperação entre trabalhadores e chefias”, “existe cooperação entre os colegas”, “somos estimulados a trabalhar em equipa”, “Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos de trabalho” em todas se obtiveram mais de 60% de respostas nos níveis concordo e concordo totalmente, o que revela que a maioria dos respondentes identifica nas suas chefias, nestas dimensões, uma liderança democrática.

Pela análise da tabela 2, observa-se que, embora com ligeiras diferenças relativamente ao tipo de liderança autocrática, os respondentes identificaram nas suas chefias uma liderança democrática nas dimensões “O bom desempenho é reconhecido e elogiado” e “Recebem informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras”.

Relativamente às dimensões “são propostas acções de formação para uma aprendizagem e melhoria continua” e “é dada informação adequada e a tempo” apesar da moda ser igual a concordo, mais de 50% dos respondentes escolheram as opções discordo e discordo

totalmente, demonstrando não concordarem com a dimensão de que a chefia actua no sentido de lhes assegurar formação continua nem com a dimensão que lhes faz chegar a informada atempadamente.

Deste modo, pode-se afirmar que segundo a percepção dos profissionais de saúde, o tipo de liderança das suas chefias assenta na liderança democrática ainda que essa identificação, nalgumas dimensões, não apresenta uma diferença muito significativa relativamente aos valores que definem o tipo de liderança autocrática.

Tabela 2 - Variável tipo de liderança

Percepção sobre o tipo de liderança		Frequências (%)				
Dimensão	Descrição	CT(4)	C(3)	D (2)	DT(1)	Moda
15	A chefia lidera através do exemplo	11,1	52,8	24,1	12	Concordo
16	Existe cooperação entre trabalhadores e chefias	9,3	56,5	18,5	15,7	Concordo
17	Existe cooperação entre os colegas	28,7	66,7	1,9	2,8	Concordo
18	Somos estimulados a trabalhar em equipa	13,9	54,6	22,2	9,3	Concordo
19	Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos de trabalho	7,4	60,2	21,3	11,1	Concordo
20	As nossas opiniões são tomadas em consideração pelas chefias	5,6	38	38,9	17,6	Discordo
21	São propostas acções de formação para uma aprendizagem e melhoria continua	0,9	47,2	35,2	16,7	Concordo
22	O bom desempenho é reconhecido e elogiado	4,6	49,1	30,6	15,7	Concordo
23	Recebem informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras	2,8	56,5	29,6	11,1	Concordo
24	É dada informação adequada e a tempo	2,8	42,6	36,1	18,5	Concordo

Fonte: Elaboração própria

6.4. Análise inferencial

Após a caracterização da amostra com recurso à estatística descritiva, procedeu-se à análise inferencial para validar as hipóteses colocadas.

A questão-chave desta investigação era verificar se o tipo de liderança da chefia influenciava a satisfação dos profissionais de saúde do HGL.

Com o objectivo de identificar se existia alguma relação entre o tipo de liderança e a satisfação profissional cruzaram-se as variáveis em estudo apontadas como variáveis da liderança com as variáveis que determinavam a satisfação e, sempre que possível, aplicou-se o teste de independência do Qui-quadrado. Quando os pressupostos de aplicação deste teste não se verificaram, aplicou-se em alternativa o teste exacto de Fisher. Em todos os testes se considerou o nível de significância 5%.

Na base destes testes estão as seguintes hipóteses:

H₀: As variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação entre as variáveis.

Assim, e considerando o nível de significância 5% rejeita-se a H₀, isto é, verifica-se uma associação significativa entre as variáveis, se o valor-p associado ao teste for $\leq 0,05$.

No caso de existir uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis determinou-se o grau de associação entre as mesmas, utilizando o coeficiente V de Cramer, quando aplicado o teste de independência do Qui-Quadrado ou o coeficiente Fi, quando aplicado o teste exacto de Fisher.

Crítérios de classificação para estes coeficientes não são muito comuns de serem encontrados. A maioria dos autores citam apenas que o seu valor está limitado ao intervalo [0, 1] e que valores próximos de 0 representam uma associação fraca e que quanto mais próximo de 1, mais forte é a associação. Neste trabalho utilizaremos a seguinte classificação:

- 0 - 0,1 associação fraca; 0,1 - 0,3 associação baixa; 0,3 - 0,5 associação moderada; 0,5 - 0,8 associação forte; 0,8 - 1 associação muito forte.

6.4.1. Avaliar o grau de satisfação associado ao tipo de liderança

Nesta análise foram considerados quatro níveis de satisfação, em que os indivíduos foram classificados nesses níveis de acordo com o número de respostas que deram nas opções concordo e concordo totalmente. Assim, se o número de resposta fosse igual ou superior a 80% então estava num nível de satisfação elevado, se o número da resposta fosse igual ou superior a 50% e inferior a 80% estava num nível de satisfação moderada, se o número da resposta fosse superior a 20% e inferior a 50% estava num nível de satisfação baixa e se o número da resposta fosse igual ou inferior a 20% então estava num nível de satisfação muito baixa.

Tabela 3 - Grau de Satisfação com 4 níveis

		Frequência	Percentagem
Válido	Elevada	54	50,0
	Moderada	44	40,7
	Baixa	6	5,6
	Muito baixa	4	3,7
	Total	108	100,0

Pela tabela 3 verifica-se que a grande maioria dos respondentes se sente satisfeito, sendo muito reduzido o número de profissionais nos níveis de satisfação baixa e muito baixa. Por essa razão e para que se pudesse aplicar o teste do qui-quadrado houve necessidade de se considerarem apenas 3 categorias de satisfação: elevada, moderada e baixa, em que a baixa resulta da junção da baixa com muito baixa, como se apresenta na tabela 4.

Tabela 4 - Grau de Satisfação com 3 níveis

	Frequência	Percentagem
Válido Elevada	54	50,0
Moderada	44	40,7
Baixa	10	9,3
Total	108	100,0

No que se refere aos critérios para se definir o tipo de liderança estabeleceu-se que as opções de resposta concordo e concordo totalmente definem a liderança democrática e as opções discordo e discordo totalmente a liderança autocrática.

6.4.1.1. Hipótese 1: - Existe uma relação significativa entre o tipo de liderança da chefia e a satisfação dos profissionais de saúde do HGL?

Para testar esta hipótese, usaram-se tabelas de contingência onde se cruzou a variável da satisfação com cada uma das dimensões da variável o tipo de liderança.

Tabela 5 - Grau de Satisfação vs "A chefia lidera através do exemplo"

			A chefia lidera através do exemplo_		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem	46	8	54
		% em A chefia lidera através do exemplo	66,7%	20,5%	50,0%
	Moderada	Contagem	23	21	44
		% em A chefia lidera através do exemplo	33,3%	53,8%	40,7%
	Baixa	Contagem	0	10	10
		% em A chefia lidera através do exemplo	0,0%	25,6%	9,3%
Total		Contagem	69	39	108
		% em A chefia lidera através do exemplo	100,0%	100,0%	100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,535		

O teste do qui-quadrado revela que existe uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05) entre a dimensão “A chefia lidera através do exemplo” e o grau de

satisfação, sendo esta associação forte (de acordo com os critérios anteriormente referidos) como se pode observar pelo coeficiente de associação V de Cramer ($V=0,535$). Com base na tabela 5, verifica-se que os indivíduos que estão sob uma liderança democrática tem maioritariamente um grau de satisfação elevado enquanto que na liderança autocrática os indivíduos apresentam um grau de satisfação moderado.

Tabela 6 - Grau de Satisfação vs "Existe cooperação entre trabalhadores e chefia"

			Existe cooperação entre trabalhadores e chefia		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem	48	6	54
		% em Existe cooperação entre trabalhadores e chefia	67,6%	16,2%	50,0%
	Moderada	Contagem	22	22	44
		% em Existe cooperação entre trabalhadores e chefia	31,0%	59,5%	40,7%
	Baixa	Contagem	1	9	10
		% em Existe cooperação entre trabalhadores e chefia	1,4%	24,3%	9,3%
Total		Contagem	71	37	108
		% em Existe cooperação entre trabalhadores e chefia	100,0%	100,0%	100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,540		

Na tabela 6 apresentam-se os resultados do teste do qui-quadrado que mostra a existência de uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05) entre a dimensão “Existe cooperação entre trabalhadores e chefia” e o grau de satisfação, sendo esta associação forte, a avaliar pelo coeficiente de associação V de Cramer ($V=0,540$). Verifica-se que os indivíduos que estão sob uma liderança democrática tem maioritariamente um grau de satisfação elevado enquanto que os indivíduos perante uma liderança autocrática apresentam um grau de satisfação moderado.

Tabela 7 - Grau de Satisfação vs "Existe cooperação entre colegas"

			Existe cooperação entre colegas		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em Existe cooperação entre colegas	47 63,5%	7 20,6%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em Existe cooperação entre colegas	26 35,1%	18 52,9%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em Existe cooperação entre colegas	1 1,4%	9 26,5%	10 9,3%
Total		Contagem % em Existe cooperação entre colegas	74 100,0%	34 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,493		

Relativamente à dimensão “Existe cooperação entre colegas”, o teste do qui-quadrado mostra que existe uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05) entre esta dimensão e o grau de satisfação, sendo esta associação moderada, o que se pode ver pelo coeficiente de associação V de Cramer (V=0,493). Pela tabela 7, observa-se que os indivíduos que estão sob uma liderança democrática apresentam um grau de satisfação superior ao grau de satisfação dos indivíduos sob uma liderança autocrática.

Tabela 8 - Grau de Satisfação vs "Somos estimulados a trabalhar em equipa"

			Somos estimulados a trabalhar em equipa		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em Somos estimulados a trabalhar em equipa	46 63,0%	8 22,9%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em Somos estimulados a trabalhar em equipa	26 35,6%	18 51,4%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em Somos estimulados a trabalhar em equipa	1 1,4%	9 25,7%	10 9,3%
Total		Contagem % em Somos estimulados a trabalhar em equipa	73 100,0%	35 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,474		

Quanto ao facto dos profissionais de saúde serem estimulados a trabalhar em equipa, o teste do qui-quadrado revela uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05)

entre a dimensão “Somos estimulados a trabalhar em equipa” e o grau de satisfação, sendo esta associação moderada, a avaliar pelo coeficiente de associação V de Cramer ($V=0,474$). Pela observação da tabela 8, constata-se que os indivíduos que apresentam o grau de satisfação mais relevante estão sob uma liderança democrática.

Tabela 9 - Grau de Satisfação vs Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos

			Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos	37 78,7%	17 27,9%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos	10 21,3%	34 55,7%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos	0 0,0%	10 16,4%	10 9,3%
Total		Contagem % em Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos	47 100,0%	61 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor $p= 0,001$		
Coeficiente V de Cramer			$V = 0,520$		

O teste do qui-quadrado mostra uma associação estatisticamente significativa (valor- $p < 0,05$) entre a dimensão “Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos” e o grau de satisfação, sendo esta associação forte, tendo um coeficiente de associação V de Cramer ($V=0,520$). Os resultados da tabela 9 mostram que os indivíduos que estão sob uma liderança democrática tem maioritariamente um grau de satisfação elevado enquanto que os indivíduos sob liderança autocrática apresentam um grau de satisfação moderado.

Tabela 10 - Grau de Satisfação vs As nossas opiniões são tomadas em consideração pela chefia

			As nossas opiniões são tomadas em consideração pela chefia		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em As nossas opiniões são tomadas em consideração pela chefia	36 69,2%	18 32,1%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em As nossas opiniões são tomadas em consideração pela chefia	16 30,8%	28 50,0%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em As nossas opiniões são tomadas em consideração pela chefia	0 0,0%	10 17,9%	10 9,3%
Total		Contagem % em As nossas opiniões são tomadas em consideração pela chefia	52 100,0%	56 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,421		

Quanto à dimensão “As nossas opiniões são tomadas em consideração pela chefia”, o teste do qui-quadrado revela que existe uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05 com o grau de satisfação, sendo esta associação moderada, como se pode observar pelo coeficiente de associação V de Cramer (V=0,421). Com base na tabela 10, pode-se observar que o grau de satisfação dos indivíduos que estão sob uma liderança democrática é superior ao grau de satisfação dos indivíduos sob uma liderança autocrática.

Tabela 11 - Grau de Satisfação vs "São propostas acções de formação para aprendizagem e melhoria contínua"

			São propostas acções de formação para aprendizagem e melhoria contínua		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em São propostas acções de formação para aprendizagem e melhoria contínua	39 67,2%	15 30,0%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em São propostas acções de formação para aprendizagem e melhoria contínua	19 32,8%	25 50,0%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em São propostas acções de formação para aprendizagem e melhoria contínua	0 0,0%	10 20,0%	10 9,3%
Total		Contagem % em São propostas acções de formação para aprendizagem e melhoria contínua	58 100,0%	50 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,441		

Na tabela 11, a aplicação do teste do qui-quadrado revela a existência de uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05) entre a dimensão “São propostas acções de formação para aprendizagem e melhoria contínua” e o grau de satisfação, sendo esta associação moderada, registando um coeficiente de associação V de Cramer (V=0,441). Pode observar-se que, no geral, os profissionais que estão sob uma liderança democrática salientam-se por terem um grau de satisfação mais elevado em relação aos profissionais sob liderança autocrática.

Tabela 12 - Grau de Satisfação vs "O bom desempenho é reconhecido e elogiado"

			O bom desempenho é reconhecido e elogiado		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em O bom desempenho é reconhecido e elogiado	44 68,8%	10 22,7%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em O bom desempenho é reconhecido e elogiado	20 31,3%	24 54,5%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em O bom desempenho é reconhecido e elogiado	0 0,0%	10 22,7%	10 9,3%
Total		Contagem % em O bom desempenho é reconhecido e elogiado	64 100,0%	44 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,519		

Relativamente ao bom desempenho ser reconhecido e elogiado, o teste do qui-quadrado permitiu mostrar uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05) entre a dimensão e o grau de satisfação, sendo esta associação forte, a avaliar pelo seu coeficiente de associação V de Cramer (V=0,519). Analisando a tabela 12, é evidenciado que os indivíduos que apresentam maioritariamente um grau de satisfação elevado são os que se encontram sob uma liderança democrática.

Tabela 13 - Grau de Satisfação vs "Recebem informação de como as coisas devem ser feitas e quais as regras"

			Recebem informação de como as coisas devem ser feitas e quais as regras		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em Recebem informação de como as coisas devem ser feitas e quais as regras	37 75,5%	17 28,8%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em Recebem informação de como as coisas devem ser feitas e quais as regras	12 24,5%	32 54,2%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em Recebem informação de como as coisas devem ser feitas e quais as regras	0 0,0%	10 16,9%	10 9,3%
Total		Contagem % em Recebem informação de como as coisas devem ser feitas e quais as regras	49 100,0%	59 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,489		

O teste do qui-quadrado mostra que existe uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05) entre a dimensão "Recebem informação de como as coisas devem ser feitas

e quais as regras” e o grau de satisfação, sendo esta associação moderada, como se pode observar pelo coeficiente de associação V de Cramer ($V=0,489$). Com base na tabela 12, pode-se observar que os indivíduos que estão sob uma liderança democrática tem maioritariamente um grau de satisfação elevado enquanto na liderança autocrática os indivíduos revelam um grau de satisfação moderado.

Na análise do grau de satisfação com a dimensão da liderança “É dada informação adequada e a tempo”, não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado por não estarem verificados os pressupostos para a sua aplicação, tendo-se utilizado como alternativa o teste exacto de Fisher. Para tal foi necessário considerar a variável satisfação dividida apenas em 2 níveis – satisfeitos e insatisfeitos; considerámos como satisfeitos os indivíduos cujo número de respostas nos níveis concordo totalmente e concordo fosse superior ou igual a 50%, tendo os restantes sido classificados como insatisfeitos.

Tabela 14 - Grau de Satisfação vs "É dada informação adequada e a tempo"

			É dada informação adequada e a tempo_		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Satisfeito	Contagem % em É dada informação adequada e a tempo	95 92,2%	3 60,0%	98 90,7%
	Insatisfeito	Contagem % em É dada informação adequada e a tempo_	8 7,8%	2 40,0%	10 9,3%
Total		Contagem % em É dada informação adequada e a tempo	103 100,0%	5 100,0%	108 100,0%
Teste Fisher			Valor p= 0,067		

Com base na tabela 14, ao aplicar-se o teste exacto de Fisher (valor-p > 0,05), verificou-se que não existe uma associação estatisticamente significativa, para um nível de significância de 5%, entre a dimensão da liderança “É dada informação adequada e a tempo” e o grau de satisfação.

Atendendo a que na análise das dimensões anteriores se verifica uma associação entre o tipo de liderança e os níveis de satisfação elevado e moderado, decidiu-se também analisar de acordo com essa categorização. Assim, recodificou-se a variável satisfação, em que se considerou dois níveis de satisfação: satisfação elevada e a satisfação moderada e baixa (resultante da junção-das opções de resposta moderada e baixa), conforme se apresenta na tabela 15.

Tabela 15 - Grau de Satisfação vs "É dada informação adequada e a tempo"

			É dada informação adequada e a tempo_v2		Total
			Democrática	Autocrática	
Satisfação	Elevada	Contagem % em É dada informação adequada e a tempo_v2	54 52,4%	0 0,0%	54 50,0%
	Moderada ou baixa	Contagem % em É dada informação adequada e a tempo_v2	49 47,6%	5 100,0%	54 50,0%
Total		Contagem % em É dada informação adequada e a tempo_v2	103 100,0%	5 100,0%	108 100,0%
Teste Fisher			Valor p= 0,057		

Também neste caso, ao aplicar-se o teste exacto de Fisher (valor-p > 0,05), verificou-se que não existe uma associação estatisticamente significativa, para um nível de significância de 5%, entre a dimensão da liderança “É dada informação adequada e a tempo” e a satisfação dos respondentes como se pode ver pela tabela 15.

Feita a análise de cada uma das dimensões da variável da Liderança e o Grau de satisfação, verificou-se que todas se correlacionavam significativamente com uma associação moderada a forte com a satisfação, exceptuando-se a dimensão da liderança “É dada informação adequada e a tempo” em que não existia uma associação estatisticamente significativa com o grau de satisfação.

Também foi considerada uma análise global para a liderança, em que se definiu o tipo de liderança conforme o número de respostas que deram nas opções concordo e concordo totalmente. Deste modo, se o número de resposta fosse igual ou superior a 50% estavam perante uma liderança democrática e se o número de respostas fosse inferior a 50% então estavam sob uma liderança autocrática.

Tabela 16 - Grau de Satisfação vs Tipo de Liderança

			Tipo de Liderança		Total
			Democrática	Autocrática	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em Tipo de Liderança	49 70,0%	5 13,2%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em Tipo de Liderança	21 30,0%	23 60,5%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em Tipo de Liderança	0 0,0%	10 26,3%	10 9,3%
Total		Contagem % em Tipo de Liderança	70 100,0%	38 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,608		

Na tabela 16, o teste do qui-quadrado mostra que existe uma associação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) entre a variável Tipo de Liderança e o Grau de Satisfação,

sendo esta associação forte, como se observa pelo coeficiente de associação V de Cramer ($V=0,608$). É evidente que os profissionais de saúde que estão sob uma liderança democrática apresentam um nível de satisfação claramente superior relativamente aos indivíduos que estão sob uma liderança autocrática. Também se pode ver que todos os indivíduos que estão num nível de satisfação baixo identificam que estão sob uma liderança autocrática.

Por tudo exposto até ao momento, pode-se então afirmar que se verifica a Hipótese 1, ou seja, o tipo de liderança da chefia influencia a satisfação dos profissionais de saúde do HGL, o que vai ao encontro do afirmado na revisão bibliográfica. Por exemplo, os autores Mosadeghrad e Ferdosi (2013) corroboraram a relação existente entre a liderança e a satisfação no trabalho, através do estudo realizado nos hospitais do Irão.

6.4.1.2. Hipótese 2: Existe uma relação significativa entre o tipo de relação com a chefia e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?

Para verificar esta hipótese, recorreu-se ao teste do qui – quadrado. Na tabela de contingência foi colocada a variável de satisfação com a dimensão “A relação com a minha chefia directa é cordial”, sendo a resposta “Concordo” o resultado da junção das opções concordo totalmente e concordo. As opções "discordo totalmente" e "discordo", determinam a resposta “Discordo”. Os cujos resultados são apresentados na tabela 15.

Tabela 17 - Grau de Satisfação vs "A relação com a minha chefia directa é cordial"

			“A relação com a minha chefia directa é cordial”		Total
			Concordo	Discordo	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em “A relação com a minha chefia directa é cordial”	53 65,4%	1 3,7%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em “A relação com a minha chefia directa é cordial”	26 32,1%	18 66,7%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em “A relação com a minha chefia directa é cordial”	2 2,5%	8 29,6%	10 9,3%
Total		Contagem % em “A relação com a minha chefia directa é cordial”	81 100,0%	27 100,0%	108 100,0%
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,589		

O teste do qui-quadrado mostra que existe uma associação estatisticamente significativa (valor-p <0,05) entre a dimensão “ A relação com a minha chefia directa é cordial” e a

variável do Grau de Satisfação, sendo esta associação forte, como se pode observar pelo coeficiente de associação V de Cramer ($V=0,589$). Com base na tabela 17, os indivíduos apresentam significativamente um grau de satisfação elevado quando a relação com a chefia directa é cordial e um grau de satisfação mais baixo quando a relação com a chefia directa não é cordial, confirmando-se a Hipótese 2. Esta evidência também foi verificada pelo estudo levado a cabo por Wright e Cropanzano (2000), em que demonstraram que a relação com a chefia possui também uma associação estatisticamente significativa com a satisfação no trabalho.

6.4.1.3. Hipótese 3: Existe uma relação significativa entre a relação com os colegas de trabalho e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?

Para analisar a associação existente entre a satisfação profissional e a dimensão “A relação com os meus colegas de trabalho é boa” utilizou-se o Teste de Fisher. Deste modo, a resposta “Concordo” é o resultado da junção das opções concordo totalmente e concordo. As opções "discordo totalmente" e "discordo", determinam a resposta “Discordo”.

Tabela 18 - Grau de Satisfação vs "A relação com os colegas é boa"

			A relação com os meus colegas de trabalho é boa		Total
			Concordo	Discordo	
Grau de Satisfação	Satisfeito	Contagem % em “A relação com os meus colegas de trabalho é boa”	94 94,0%	4 50,0%	98 90,7%
	Insatisfeito	Contagem % em “A relação com os meus colegas de trabalho é boa”	6 6,0%	4 50,0%	10 9,3%
Total		Contagem % em “A relação com os meus colegas de trabalho é boa”	100 100,0%	8 100,0%	108 100,0%
Teste Fisher			Valor p= 0,002		
Coeficiente Fi			V = 0,398		

Pela aplicação do teste exacto de Fisher, verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a dimensão “A relação com os meus colegas de trabalho é boa” e o grau de satisfação (valor-p $<0,05$), sendo esta associação moderada como se pode ver pelo coeficiente de associação Fi ($V= 0,398$). Os dados da tabela 18 validam a hipótese 3, ao mostrar que o grau de satisfação dos indivíduos é superior quando a relação com os colegas é boa. Este facto é referido por Locke (1976, citado por Caeiro, 2012) que associa a satisfação no trabalho a alguns aspectos, tais como as relações interpessoais, o estilo de liderança e as competências técnicas.

6.4.1.4. Hipótese 4: Existe uma relação significativa entre a remuneração e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL?

Para verificar a associação existente entre a satisfação no trabalho e a dimensão “A minha remuneração (salário e benefícios) actual é satisfatória”, aplicou-se o teste do qui – quadrado, sendo a resposta “Concordo” o resultado da junção das opções concordo totalmente e concordo. Por outro lado, as opções "discordo totalmente" e "discordo", definem a resposta “Discordo”. Esta análise permitiu testar a Hipótese 4, de que existe uma relação significativa entre a remuneração e a satisfação profissional dos profissionais de saúde do HGL.

Tabela 19 - Grau de Satisfação vs "A minha remuneração actual é satisfatória"

			A minha remuneração actual é satisfatória		Total
			Concordo	Discordo	
Grau de Satisfação	Elevada	Contagem % em “A minha remuneração actual é satisfatória	24 92,3%	30 36,6%	54 50,0%
	Moderada	Contagem % em “A minha remuneração actual é satisfatória	2 7,7%	42 51,2%	44 40,7%
	Baixa	Contagem % em “A minha remuneração actual é satisfatória	0 0,0%	10 12,2%	10 9,3%
Total	Contagem % em “A minha remuneração actual é satisfatória	26 100,0%	82 100,0%	108 100,0%	
Teste do Qui quadrado			Valor p= 0,001		
Coeficiente V de Cramer			V = 0,477		

A tabela 19 apresenta os resultados da aplicação do teste do qui-quadrado, o qual revelou existir uma associação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) entre a dimensão “A minha remuneração actual é satisfatória” e a variável do Grau de Satisfação, sendo esta associação moderada, como mostra o coeficiente de associação V de Cramer (V=0,477). Pode-se observar que, na grande maioria, os profissionais de saúde do HGL apresentam-se satisfeitos em relação à sua remuneração actual, mostrando que existe uma relação significativa entre a remuneração e a satisfação profissional, confirmando-se assim a Hipótese 4. Na revisão bibliográfica, autores como Spector (1997) e Marquese e Moreno (2005, citados por Gomes, 2014) também referem a remuneração como um factor que pode influenciar a satisfação no trabalho.

6.5. Discussão dos dados

De seguida, efectuar-se-á um enquadramento da discussão dos dados apresentados que resultaram da análise descritiva e da análise inferencial.

No estudo colaboraram 38,7 % dos profissionais de saúde do HGL (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica), encontrando-se o maior número de respondentes na carreira dos enfermeiros (50% da amostra).

A maioria dos respondentes (63,9%) pertence ao género feminino, prevalecendo essa tendência nas diferentes carreiras.

No que se refere à variável idade, a maioria dos respondentes (63,9%) estão no escalão etário entre 31 - 45 anos, pelo que se trata de uma amostra relativamente jovem.

Relativamente ao conjunto das dimensões da variável da Liderança e o Grau de satisfação, todas se correlacionavam significativamente com uma associação moderada a forte com a satisfação, exceptuando-se a dimensão da liderança “É dada informação adequada e a tempo” em que não existia uma associação estatisticamente significativa com o grau de satisfação. Estes resultados também foram constatados no estudo de Locke (2001, citado por Mendes, 2014) em que demonstra, num contexto hospitalar, a existência de uma relação entre determinados estilos de liderança e a satisfação dos enfermeiros.

Os resultados mostraram que os profissionais de saúde sob uma liderança democrática apresentam um nível de satisfação claramente superior relativamente à liderança autocrática. Esta constatação vem reforçar o que já havia sido referenciado por Wendling (2007) num estudo que envolveu três agências do Banco do Brasil, onde identificou que a relação entre os superiores e os subordinados é motivado pelo estilo de liderança adoptado pelos superiores; sendo o estilo democrático, amplamente aprovado pelos subordinados, com o qual afirmavam sentirem-se mais motivados para criar, produzir e relacionar. Também Cunha *et al.* (2007), reconhecem na liderança um factor interveniente na satisfação no trabalho, destacando como elementos positivos a liderança democrática e orientada para as pessoas.

Verificou-se que a maioria indivíduos apresentava um grau de satisfação elevado quando a relação com a chefia directa é cordial. Esta evidência também foi verificada pelo estudo levado a cabo por Wright e Cropanzano (2000), em que demonstraram que a relação com a

chefia possui também uma associação estatisticamente significativa com a satisfação no trabalho.

Quanto ao relacionamento interpessoal, os dados mostraram que o grau de satisfação dos indivíduos é superior quando a relação com os colegas é boa. Este facto é referido por Locke (1976, citado por Caeiro, 2012) que associa a satisfação no trabalho a alguns aspectos, entre eles as relações interpessoais.

Na sua maioria, os profissionais de saúde do HGL apresentam-se insatisfeitos em relação à sua remuneração actual, constatação verificada por autores como Spector (1997) e Marquese e Moreno (2005, citados por Gomes, 2014) que apontam a remuneração como um elemento que pode influenciar a satisfação no trabalho.

6.6.Síntese

A satisfação profissional associa-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões da Liderança, com excepção para a dimensão da liderança “É dada informação adequada e a tempo” em que não se verificou a existência de uma associação estatisticamente significativa com o grau de satisfação.

Os resultados mostram que o grau de satisfação é claramente superior quando os profissionais estão sob uma chefia que apresente características de uma liderança democrática. Estes dados corroboram os resultados de Moss e Rowles (1997, citado por Mendes, 2014) que também estudaram a relação entre liderança e satisfação. Neste estudo e segundo a percepção dos enfermeiros, o estilo de liderar da chefia quando democrático suscita maior satisfação nos subordinados.

No que concerne à relação com os colegas e a relação com a chefia verificou-se que são elementos promotores da satisfação profissional, como também é defendido por Locke (1976, citado por Caeiro, 2012).

O factor da remuneração é apontado pelos profissionais de saúde do HGL como um elemento gerador de satisfação no trabalho, o que vai ao encontro do que Cunha *et al.* (2006, citado por Almeida, 2012) afirmam sobre o salário poder ser considerado como um factor determinante na satisfação profissional. A sua importância é justificada pelo facto do dinheiro ser uma das formas de satisfazer as necessidades individuais, bem como proporcionar um estatuto e prestígio social.

7. Conclusões

Após a conclusão do estudo, é possível verificar que a liderança influencia a satisfação dos profissionais de saúde do HGL. Os resultados mostram a existência de uma relação significativa entre o tipo de liderança e a satisfação profissional, constatação evidenciada na revisão da literatura.

Os profissionais de saúde encontram-se globalmente satisfeitos com todos os tipos de liderança da chefia, verificando-se no entanto uma associação mais forte para a liderança democrática, com o qual revelaram um grau de satisfação claramente superior.

De uma forma geral, os resultados sugerem haver uma associação positiva entre o grau de satisfação profissional quer com a relação com a chefia que com a relação com os colegas.

Relativamente à variável da remuneração, os resultados mostram haver uma associação estatisticamente significativa com o grau de satisfação dos profissionais de saúde.

Espera-se que este estudo consiga despertar nos profissionais de saúde que ocupam cargos de chefia no HGL uma reflexão sobre a forma como lideram e que se apercebam como as suas práticas, enquanto líderes, podem ter uma influência significativa na satisfação dos seus colaboradores.

7.1.Limitações

Na realização deste estudo há a apontar algumas limitações, as quais deveriam ser levadas em consideração em futuras pesquisas.

A investigação limitou-se a um único Hospital (Hospital Geral de Luanda) pelo que as conclusões retiradas poderão não ser extrapoladas para outras organizações da área da saúde.

Apointa-se como uma limitação em si, a escolha dos itens observados para medir as variáveis da liderança e da satisfação profissional, uma vez que os respondentes revelaram-se satisfeitos com praticamente todas as dimensões da liderança.

7.2.Sugestões

Numa futura investigação, sugere-se ter em conta as limitações identificadas neste trabalho, de modo a colmatar a escassez de alguma informação que se poderia revelar importante.

Seria importante aplicar o mesmo estudo numa população mais abrangente, envolvendo mais do que uma organização de saúde, para se poder extrapolar os resultados sobre a relação existente entre a liderança e a satisfação dos profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

- AbuAlRub, R. F., Alghamdi, M. G. (2012): "The impact of leadership styles on nurses' satisfaction and intention to stay among Saudi nurses". *Journal of Nursing Management*, 20, 668-678
- Alcobia, P. (2001): "Atitudes e satisfação no trabalho" in: Manual de Psicossociologia das Organizações (pp. 281-306). Lisboa
- Almeida, A.C.M.C. (2012): "A Satisfação dos enfermeiros face ao estilo de liderança", Dissertação de Mestrado em Especialidade de Enfermagem em Gestão de Serviços de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Arruda, A.M. F., Chrisóstomo, E., Rios, S.S. (2010): "A importância da liderança nas organizações", *Revista Razão Contábil & Finanças da Faculdade Ateneu*, Volume 1, Nº1.
- Bass, B.M., Avolio, B.J. (1993): "Transformational Leadership: A Response to Critiques", Chermers & Ayman (Ed.), *Leadership Theory and Research: Perspectives and directions*. New York:Academic Press.
- Bergamini, C. (2008): "Motivação nas Organizações", (5ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Bergamini, C. W. (1994): "Liderança e Administração do Sentido, *Revista Administração de Empresas*, volume 34, nº3 - Maio/Junho, 102 -114
- Bolon, D.S. (1997): "Organizational Citizenship Behaviors Among Hospital Employees: A Multidimensional Analysis Involving Job Satisfaction and Organizational Commitment. Hospital and Health Service Administration", disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10167456>
- Brito, E.T., Albuquerque, R.A.F., Magalhães, A.R. (2012): "Liderança e sua interferência no trabalho em equipe nas organizações", IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, disponível em <http://www.aedb.br/seget/artigos12/38516814.pdf> (acedido em 24.03.2014)
- Carapeto, C., Fonseca, F. (2006): "Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação", Lisboa: Ed. Sílabo
- Castro, J., Lago, H., Fornelos, M.C., Novo, P., Saleiro, R. M., Alves, O. (2011): "Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 157-172, disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252011000200009&script=sci_arttext (acedido em 24.03.2014)
- Chiavenato, I. (1999): "Administração nos Novos Tempos", Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato, I. (2004). "Gestão de Pessoas", (2 ed.). São Paulo: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2005). "Administração nos Novos Tempos" (2ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2006): "Administração de recursos humanos: fundamentos básicos" (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Cunha, D., Pereira, M.A., Neves, R.O. (2013): "O papel do líder nos tempos atuais", disponível em <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Lideran%C3%A7a/740146.html> (acedido em 27.01.2014).
- Cunha, M., Rego, A. (2003): "A Essência da Liderança", Lisboa: RH Editora.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C. (2006): "Manual de Comportamento Organizacional e Gestão", (6ª Ed.). Lisboa: RH Editora.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C. (2007): "Manual de Comportamento Organizacional e Gestão", (6ª Ed.). Lisboa: RH Editora.
- Decreto Presidencial nº 262/610, de 24 de Novembro; República de Angola, I série
- Ferreira, H.M.G. (2007): "Conflito Interpessoal em equipes de trabalho: O papel do líder como gerente das emoções do grupo", Centro Universitário de Volta Redonda – UNIFOA, disponível em http://www.aedb.br/seget/artigos07/1271_SEGET_2_2007_2.pdf (acedido em 21.01.2014).
- Fortin, M.F. (2003): "O processo de investigação: da concepção à realização". Loures. Lusodidacta

- Fortin, M.F. (2009): “Fundamentos e etapas do processo de investigação”. Loures. Lusodidacta
- Fradique, M.J., Mendes, L. (2013): “Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem”, *Revista de Enfermagem Referência*, disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133> (acedido em 13.03.2014)
- Gil, A. C. (1994): “Administração de Recursos Humanos: um Enfoque Profissional”. São Paulo: Editora Atlas.
- Gil, A. C. (2008): “Métodos e técnicas de Pesquisa Social”. (6ªed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Gomes, S.M.L (2014): “Estilos de Liderança dos Diretores Técnicos e Satisfação dos Colaboradores Estudo realizado em IPSS’s dos Distritos da Guarda e Viseu”, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
- Healthy’n Portugal (2013): “Altas de Oportunidade - Ficha do País: Angola”, disponível em http://healthyn.pt/Images/Documentos/Benchmarking_Angola.pdf (acedido em 21.07.2015)
- HGL, (2015): “Relatório do Hospital Geral de Luanda”, Departamento da Direcção Hospitalar, Luanda (consultado em 02.07.2015)
- Huitt, W.G. (2004): “Maslow’s Hierarchy of Needs”, Educational Psychology Interactive. Valdosta, GA: Valdosta State University, disponível em <http://www.edpsycinteractive.org/topics/conation/maslow.html> (acedido em 04.04.2016)
- LaMonica, E. (1990): “Management in Healthcare: a Theoretical and Experimental” Approach. New York: Springer
- Lanzoni, G.M.M., Meirelles, B.H.S. (2011): “Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (3), disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_26.pdf (acedido em 10.04.2016)
- Lei 21-B/92, 28 de Agosto, República de Angola, Iª Série Sup N.º 34
- Lessa, J. (2001): “Mandar é Fácil... Difícil é Liderar. O desafio do comando na nova economia”. Rio de Janeiro: Casa da Qualidade.
- Lino, T.A.L.R (2006): “Liderança Emocional”, disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0055.pdf> (acedido em 27.01.2014.)
- Lourenço, M.R., Trevizan, M.A. (2002): “Liderança situacional: análise de estilo de enfermeiros-líderes”, *Acta Paulista de Enfermagem*, 15 (1), 48-52.
- Lourenço, P. (2000): “Liderança”, Texto de Apoio, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra
- Machado, T.A., Santos, E., Ruiz, M.A.R., Ditekun, S. (2013): “A liderança eficaz em tempos de mudanças”, Congresso Internacional de Administração 2013, América Latina.
- Maroco, J. (2007): “Análise Estatística - com utilização do SPSS”. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- Martinez, M.C., Paraguay, A.I.B. (2003): “Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos”, *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6:59-78. Universidade de São Paulo.
- Martins, A. P. S. G. (2012): “Gestão dos fatores motivacionais intervenientes na satisfação/motivação dos profissionais da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Bragança”, Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo da Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança
- Martins, J. N. C. (2013): “Validação da versão portuguesa do questionário Utrecht Work Engagement para medir o engagement no trabalho nos profissionais dos cuidados de saúde primários”, Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE Business School, Lisboa
- Mendes, S.C.M. (2014): “ Os estilos de liderança e a sua relação com a satisfação no trabalho: o caso dos profissionais de enfermagem”, Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho, Braga.
- Menezes, M.H.V.F (2010): “Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e satisfação profissional em enfermagem”, Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, Universidade de Trás –os- Montes e Alto Douro, Vila Real

Ministério da Saúde (2010): “Relatório - A Organização Interna e a Governação dos Hospitais” Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais

Ministério da Saúde de Angola (2010): “Relatório de Avaliação Nacional do Sistema de Informação Sanitária (SIS)” ; Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística, Luanda.

Mosadeghrad, A. M., Ferdosi, M. (2013): “Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: proposing and testing a model”. *Materia sociomedica*, 25 (2),

Oliveira, M.S., Artmann, E. (2009): “Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola”, *Caderno Saúde Pública*, 25 (4):751-760

Pacheco, J.M.A.P. (2012): “Valores de trabalho, satisfação global com o trabalho e satisfação com a vida: um estudo exploratório das diferenças sócio – demográficas em institutos de saúde Dissertação de Mestrado em Psicologia do Trabalho em Contextos Internacionais e Interculturais, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa

Pampolini, P. G., Mazo, C. G. D., Gonçalves, D.A. (2013): “A liderança e a gestão de equipas de alto desempenho na gestão estratégica de pessoas”, *Revista ADMpg Gestão Estratégica*, Volume 6, nº2., disponível em http://www.admpg.com.br/revista2013_2/Artigos/07%20-%20Artigo7.pdf (acedido em 01.04.2013).

Pereira, A. A. G., Silva, A.M.M., Pereira, E.J.S. (2009): “Liderança e gestão de equipas: Características pessoais e profissionais e condições de trabalho – O ponto de vista do treinador de equipas universitárias” Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, disponível em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0489(acedido em 20.11.2013).

Perovano, D. G. (2014): “Manual de Metodologia Científica”.(1ªed.). Jurua Editora. Brasil-

Piovezan, C.K., Franco, M.R. (2012): “ Liderança: Levantamento da percepção dp funcionário em uma Cooperativa”, Maringá Management: *Revista de Ciências Empresariais*, Volume 9, n. 1, disponível em <http://www.maringamanagement.com.br/novo/index.php/ojs/article/viewFile/123/85> (acedido em 05.05.2014)

Queza, Armindo José (2010): “Sistema de Saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal”. Dissertação de Mestrado em Administração Hospitalar, Universidade do Porto, Porto

Quivy, R., Campenhoudt, L.V. (1998): “ Manual de Investigação em Ciências Sociais, 2ª ed. Lisboa: Gradiva, disponível em <http://www.fep.up.pt/docentes/joao/material/manualinvestig.pdf>, (acedido em 29.04.2016

Santos, R.A.S., Cunha, C.J.C.A., Rocha, R.A., Boustany, S. M., Rocha, J.M. (2007): “ Os estilos de liderança e suas inter-relações com os tipos de poder”, XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Brasil, disponível em http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR630470_0375.pdf (acedido em 05.05.2014)

Silva, M R.M. (2012); “Enfermeiros Especialistas em enfermagem de reabilitação: Satisfação Profissional, Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu

Simões, A.L.A. (2010): “A liderança no contexto dos serviços de saúde”, *Saúde Coletiva*, vol. 7, núm. 38, 2010, pp. 40-42 Editorial Bolina São Paulo, Brasil

Simões, C.M.N., Pinho, J.C.M.R., Cabral, M.H.C., Veiga, P.A.V. (2012): “Internacionalização do Setor da Saúde Nacional- Mercados em Análise: ANGOLA”, AICEP Portugal Global e Universidade do Minho, disponível em <http://www.portugalglobal.pt/pt/biblioteca/livrariadigital/cadernoangola.pdf>

Sousa, A. B. (2005): “Investigação em Educação”. Lisboa: Livros Horizonte.

Sousa, J.P.S., Santos, E.E. (2010): “Uma análise dos estilos de liderança organizacional”, Departamento da Ciências da Informação, Biblionline, João Pessoa, Volume 6, n. 1, disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/biblio/article/view/4911>(acedido em 24.03.2014)

Souza, C., Tomei, P. (2008): “Impactos de uma Liderança Transacional em um Processo de Mudança Transformacional”, *Revista Psicologia: Organização e Trabalho*, 8, disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/10161/939> (acedido em 08.04.2016)

Souza, C.M.D.C. (2006): “O líder e a sua influência na motivação da equipa”, disponível http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Trabalho_em_equipe/lideranca%20e%20equipe.pdf (acedido em 13.03.2014)

Souza, L.R.S. (2011): “Liderança: Impactos positivos e negativos sobre o potencial criativo das pessoas no ambiente organizacional”, *Revista da Católica*, Volume 3, nº5, Faculdade da Católica da Uberlândia.

Spector, P. (1997): “Job satisfaction: Application, Assesment, Causes and Consequences”, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications

Vicenzi, R.B., Girardi, M.W., Lucas, A.C.S. (2010): “Liderança em Saúde da Família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder”, *Revista Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, Volume1, n.1, p.82-87, disponível em : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319560013> (acedido em 29.01.2014).

Wendling, M. (2007): “Estilos de liderança e sua efetividade nas empresas: Estudo de caso”, Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,

Wolff, L., Cabral, P.M.F., Lourenço, P.R.M.R.S. (2013): “O papel da Liderança na Eficácia de Equipes de Trabalho”, *Revista Gestão & Tecnologia*, Volume 13, n.º1, p. 177-204.

Wright, T. A.; Cropanzano R. (2000): “Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance”, *Journal of Occupational Health Psychology*. v. 5, n. 1,p. 84-94,

ANEXOS

Anexo 1 – Carta a pedir autorização para realizar o estudo no HGL


Instituto Politécnico de Tomar

Maria Isabel Beaumont
Rua Elias Garcia, 225
2330 -151 Entroncamento - Portugal
misabel.beaumont@gmail.com

2015/2016
— AUTORIZAÇÃO A REALIZAÇÃO/APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS CIENTÍFICOS —
— OS RESULTADOS DESTA ESTUDO NÃO DEVEM SER PARTILHADOS

Contra-oi
ACL, 08/04/2015
[Handwritten Signature]

Exmo Senhor
Dr. Mário Rui Cardoso
Director da Administração do
Hospital Geral de Luanda - Angola

ASSUNTO: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário

Maria Isabel Soares da Silva Meco e Beaumont, Higienista Oral no Aces Médio Tejo da ARSLVT, a frequentar o 2º ano do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde no Instituto Politécnico de Tomar, vem por este meio solicitar a V. Exª se digne autorizar a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica) que não exerçam funções de chefia no Hospital que Vª Exª dirige.

A aplicação deste questionário surge no âmbito da realização da sua dissertação de mestrado subordinada ao tema "Tipos de liderança das chefias e a sua influência na satisfação dos seus profissionais de saúde".

De acordo com o cronograma das actividades desta investigação, estabeleceu-se o mês de Julho de 2015 para a aplicação do questionário. Nesse sentido, solicita-se a V. Exª e caso não seja inconveniente para a Instituição, seja viabilizada a sua realização dentro desta data.

A preparação da dissertação de mestrado tem como orientador o Prof. Doutor Jorge Simões, Phd em Gestão pela Universidade da Beira Interior, Director e Docente do Curso de Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde no Instituto Politécnico de Tomar.

Desde já, agradece-se a atenção dispensada e a Vª maior compreensão para o pedido acima referido.

Entroncamento, 8 de Abril de 2015

Maria Isabel Beaumont
Maria Isabel Beaumont

HOSPITAL GERAL DE LUANDA
ENTRADA
N.º 704
Data 08/04/2015
Ass. Natália Brás

Anexo 2 – Modelo de questionário

Questionário

No âmbito da dissertação do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde, a decorrer no Instituto Politécnico de Tomar, será aplicado um questionário para aferir a opinião dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica) que exercem funções não dirigentes no Hospital Geral de Luanda – Angola, com o objectivo de identificar o tipo de liderança das chefias e relacionar a sua influência na satisfação dos seus colaboradores.

Para o efeito, solicita-se a sua preciosa colaboração através do preenchimento deste questionário. Este questionário contém perguntas que ajudarão a compreender a opinião que os profissionais de saúde têm do seu local de trabalho. Não há respostas certas ou erradas, boas ou más, apenas a sua opinião é importante.

Agradece-se que responda a todas as questões com base na sua realidade profissional e com a máxima sinceridade, pois a sua participação é imprescindível e decisiva para a concretização deste estudo.

A confidencialidade das respostas estão rigorosamente garantidas assim como o seu anonimato, pelo que se junta ao questionário um envelope, para que o introduza após o seu preenchimento.

Escolha apenas uma resposta por cada questão.

Grata pela colaboração e atenção dispensada.

I. Caracterização dos respondentes (*) obrigatório

***1. Indique o seu género:**

- Feminino Masculino

***2. Indique a sua idade:**

- Até 30 anos Entre 31 e 45 anos Entre 46 e 55 anos Entre 56 e 65 anos Mais de 65 anos

***3. Qual é a sua carreira?**

- Enfermeiro Médico Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

***4. Actualmente exerce funções de chefia?**

- Não Sim

Se respondeu "Não" passe para a pergunta seguinte; Se respondeu "Sim" o questionário termina aqui para si.

II. Caracterização do relacionamento interpessoal e satisfação no trabalho (*) obrigatório

***5. A relação com os meus colegas de trabalho é boa:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***6. A relação com a minha chefia directa é cordial (existe bom relacionamento):**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***7. No meu trabalho sinto-me com força e energia:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***8. No meu trabalho existem condições para um bom exercício da minha profissão:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***9. A minha remuneração (salário e benefícios) actual é satisfatória:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***10. Sinto orgulho do que faço no meu trabalho:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***11. Ocupo o posto que mereço:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***12. Tenho oportunidade para me manter actualizado na minha área científica:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***13. Sei o que se espera de mim no trabalho:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***14. Dou conta do trabalho que tenho de fazer:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

III. Percepções sobre a sua chefia, tendo como referência a sua experiência de trabalho (*) obrigatório

***15. A chefia lidera através do exemplo:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***16. Existe cooperação entre trabalhadores e chefias:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***17. Existe cooperação entre os colegas:**

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***18. Somos estimulados a trabalhar em equipa:**

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***19. Somos chamados a propor soluções para melhorar os procedimentos internos de trabalho:**

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***20. As nossas opiniões são tomadas em consideração pelas chefias:**

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***21. São propostas acções de formação para uma aprendizagem e melhoria continua:**

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***22. O bom desempenho é reconhecido e elogiado:**

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***23. Recebem informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras:**

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

***24. É dada informação adequada e a tempo:**

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente