



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**“A Satisfação dos Profissionais de Saúde vs a
Satisfação dos Utentes em Unidades de Cuidados
Continuados.”**

Tiago José Pereira dos Anjos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof^a. Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Outubro de 2010

Dedicatória

Dedico esta dissertação à minha família e amigos, em especial

Ao Tiago,

Eu próprio, por sempre acreditar nas minhas capacidades,
na procura do meu crescimento e satisfação pessoal e profissional.

Ao Nuno e à Carla,

Irmão e cunhada, pelo apoio incondicional
e por me ajudarem a tornar este sonho realidade.

Ao Eugénio e à M^a do Céu,

Meus pais, fonte da minha inspiração, pelo constante apoio,
ajuda e preocupação que apenas pais dedicados sabem dar.

Ao Januário e à Conceição,

Meus avós, exemplos de vida.

Agradecimentos

Quero agradecer a todos aqueles que de uma forma directa ou indirecta, contribuíram de forma gratuita para a realização deste trabalho de investigação.

Assim, expresso a minha gratidão aos:

Meus Pais, Irmão e Cunhada, por estarem sempre presentes.

À **Professora Doutora Anabela Almeida**, pelo desafio lançado aquando da argumentação da dissertação de mestrado, pela orientação sábia e pelo incentivo constante.

À **Cláudia Ventura, Cláudia Madeira, Sara Fonseca, Marília Lourenço, Henrique Quelhas e João Granado**, amigos, nos bons e maus momentos, sem dúvida, pilares neste meu percurso de vida.

À **Associação de Beneficência Popular de Gouveia (ABPG) e Santa Casa Misericórdia do Fundão (SCMF)**, pela confiança depositada, que no meio de tantos pedidos rejeitados, aceitaram o meu desafio.

Aos Médicos, Enfermeiros, Auxiliares, Administrativos e Utes que generosamente aceitaram responder aos questionários, pois é fruto dessa generosidade que tenho resultados para apresentar.

A todos um grande obrigado.

Pensamento

*"A cada dia que vivo,
mais me convenço de que
o desperdício da vida está no amor que não damos,
nas forças que não usamos,
na prudência egoísta que nada arrisca e que,
esquivando-se do sofrimento,
também perde a felicidade."*

Mary Cholmondeley

*"Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado.
Mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado "*

James Baldwin

Resumo

Esta dissertação apresenta um estudo realizado com utentes e profissionais de saúde ligados aos cuidados continuados, com o objectivo de revelar qual o nível de satisfação dos profissionais e dos utentes de duas unidades de cuidados continuados, bem como a sua diferença, e por outro lado, avaliar e apontar a influência de algumas variáveis.

Para realizar este estudo destacaram-se duas actividades básicas: a fundamentação teórica e os procedimentos metodológicos. A primeira etapa traz um levantamento bibliográfico contemplando diversos autores, abordando os cuidados continuados, a Rede destes, a satisfação profissional e dos utentes, bem como algumas teorias da satisfação.

A segunda etapa serviu para o entendimento do problema e a definição dos instrumentos de pesquisa. Este estudo foi baseado num procedimento metodológico quantitativo, descritivo e exploratório. O questionário utilizado para a avaliação quer da satisfação dos profissionais de saúde, quer dos utentes foram construídos/adaptados através do questionário do Dr. Luís Graça e EORTC IN-PATSAT32, respectivamente.

A amostra é constituída por 41 profissionais e 30 utentes. Os resultados encontrados mostraram a consistência de 7 das 18 hipóteses. Relativamente aos profissionais de saúde verifica-se correlação entre satisfação profissional e salário, tipo de vínculo, actividade profissional e estado civil, no que toca aos utentes/clientes, verifica-se correlação entre satisfação dos utentes/clientes e a organização dos serviços e cuidados, enfermeiros e serviço hospitalar de onde teve alta.

Da sua aplicação ressalta ainda o facto de os utentes/clientes e os profissionais de saúde se encontrarem na sua maioria satisfeitos, sendo que se verifica que a satisfação profissional, ao contrário da satisfação dos utentes/clientes, varia em função da instituição.

Palavras-chave: Cuidados Continuados; Rede; Satisfação dos utentes; Satisfação Profissional; Teoria da satisfação;

Abstract

This thesis presents a study with patients and health professionals related to continuing care with the aim to reveal what level of satisfaction of professionals and users of two continuing care units, as well as their difference, and secondly, evaluate and show the influence of some variables.

To perform this study pointed out two basic activities: theoretical and methodological procedures.

The first stage brings a bibliography comprising several authors, addressing the continuum of care, the network of these, job satisfaction and users, as well as some theories of satisfaction.

The second stage served to understand the problem and the definition of research tools. This study was based on a methodological procedure quantitative, descriptive and exploratory. The questionnaire used to assess whether the satisfaction of health professionals or the users have been constructed/adapted by questionnaire from Dr. Luis Graca and EORTC IN-PATSAT32 respectively.

The sample consists of 41 professionals and 30 users. The results showed the consistency of 7 out of 18 cases. For health professionals there is a correlation between job satisfaction and salary, link type, occupation and marital status in relation to users/customers, there is a correlation between satisfaction of users/customers and the organization of care and services, nurses and hospital service where discharged.

Their application also highlights the fact that the users/clients and health professionals to meet mostly satisfied, and it appears that job satisfaction, contrary to the satisfaction of users/customers, varies depending on the institution.

Keywords: Continuing Care; Network; satisfaction of users; Professional Satisfaction; Theory of satisfaction;

Índice

Introdução-----	1
Capítulo I - Enquadramento teórico/revisão da literatura-----	5
1 - Cuidados continuados-----	5
2 - Rede nacional de cuidados continuados-----	12
3 - Satisfação -----	21
3.1 - Satisfação profissional-----	22
3.1.1 - Factores intervenientes na satisfação profissional-----	26
3.2 - Satisfação dos utentes-----	33
3.2.1 - Factores intervenientes na satisfação do utente/cliente-----	37
3.3 - Teorias da satisfação-----	42
3.3.1 - Teoria da hierarquia das necessidades-----	43
3.3.2 - Teoria dos dois factores - motivadores e higiénicos-----	44
3.3.3 - Teoria ERG (existence, relatedness, growth)-----	46
3.3.4 - Modelo das características da função-----	47
3.3.5 - Teoria da expectativa -----	49
3.3.6 - Teoria da equidade-----	50
3.3.7 - Teoria do reforço ou condicionamento operante-----	51
Capítulo II - metodologia de investigação-----	52
1 - Opções metodológicas do estudo-----	52
1.1- Propósito/objectivo da investigação-----	52
1.2- Questões de investigação-----	53
1.3 - Desenho da investigação-----	54
1.4 - Tipo de estudo-----	54
1.5 - Variáveis-----	55
1.5.1 - Variável dependente-----	55
1.5.2 - Variável independente-----	56
1.6 - Formulação de hipóteses-----	56
1.7 - População/amostra-----	58
1.8 - Instrumento de recolha de dados-----	59
1.9 - Tratamento dos dados-----	61
1.10 - Questões éticas/consentimento livre e esclarecido-----	63
Capítulo III - Apresentação/discussão dos resultados-----	64

1 - Caracterização das unidades de saúde-----	64
2 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde-----	65
3 - Caracterização da amostra dos utentes -----	82
4 - Análise inferencial-----	94
5 - Conclusão, limitações e sugestões de estudo-----	114
6 - Bibliografia-----	119
Anexos-----	128
Anexo a - questionários aos profissionais de saúde / questionários aos utentes -----	129
Anexo b - pedido de autorização para aplicação do questionário (ABPG/SCMF) -----	140
Anexo c - quadros de apoio na caracterização da amostra -----	143

Índice de quadros

Quadro nº 1: Exemplos de Factores Motivacionais e Higiénicos	45
Quadro nº 2 - Estrutura dos questionários	61
Quadro nº 3 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a instituição proveniente do questionário.....	65
Quadro nº 4 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a idade.	65
Quadro nº 5 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo o sexo.....	66
Quadro nº 6 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo o estado civil ..	66
Quadro nº 7 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a sua actividade profissional.....	67
Quadro nº 8 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Tipo de Vínculo”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.	69
Quadro nº 9 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Salário”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão	70
Quadro nº 10 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Condições de Trabalho”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão	71
Quadro nº 11 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Tempo de Serviço”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.	73
Quadro nº 12 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Ambiente Físico”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão	74
Quadro nº 13 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Geral”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.	75
Quadro nº 14 - Grau de satisfação com a Organização onde trabalha	76
Quadro nº 15 - Grau de satisfação com a Organização onde trabalha	77
Quadro nº 16 - Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação demonstrado em termos de valores médios.	77
Quadro nº 17 - Estatística dos indivíduos relativa ao nível satisfação	81
Quadro nº 18 - Distribuição dos indivíduos segundo o nível de satisfação.	81
Quadro nº 19 - Média das Dimensões.	82
Quadro nº 20 - Caracterização da amostra dos utentes segundo a instituição proveniente do questionário.....	82
Quadro nº 21 - Caracterização da amostra dos utentes segundo a Idade.	82
Quadro nº 22 - Caracterização da amostra dos utentes segundo o Sexo	83

Quadro nº 23 - Caracterização da amostra dos utentes segundo o Estado Civil	83
Quadro nº 24 - Caracterização da amostra dos utentes segundo as Habilitações literárias	84
Quadro nº 25 - Caracterização da amostra dos utentes segundo o tempo de internamento ...	85
Quadro nº 26 - Caracterização da amostra dos utentes segundo o serviço hospitalar onde teve alta.	85
Quadro nº 27 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Médicos”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.	87
Quadro nº 28 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Enfermeiros”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.	88
Quadro nº 29 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Organização dos Serviços e Cuidados”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.	89
Quadro nº 30 - Grau de satisfação com a Organização onde está internado.....	90
Quadro nº 31 - Grau de satisfação com a Organização onde está internado.....	90
Quadro nº 32 - Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação demonstrado em termos de valores médios.	91
Quadro nº 33 - Estatística dos indivíduos relativa ao nível satisfação	92
Quadro nº 34 - Distribuição dos indivíduos segundo o nível de satisfação.	93
Quadro nº 35 - Média das Dimensões.	94
Quadro nº 36 - Teste K-S com a correcção de Lilliefors para os profissionais de saúde.....	95
Quadro nº 37 - Teste K-S com a correcção de Lilliefors para os utentes.....	95
Quadro nº 38 - Análise de variância a um factor entre a idade e a satisfação profissional.....	96
Quadro nº 39 - Teste t para diferença de médias entre o sexo e a satisfação profissional.....	97
Quadro nº 40 - Análise de variância a um factor entre o estado civil e a satisfação profissional.....	98
Quadro nº 41 - Análise de variância a um factor entre a actividade profissional e a satisfação profissional.....	99
Quadro nº 42 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com o tipo de vínculo	100
Quadro nº 43 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com o salário.....	101
Quadro nº 44 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com as condições de trabalho	102
Quadro nº 45 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com o tempo de serviço.....	102
Quadro nº 46 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com o ambiente físico	103
Quadro nº 47 - Teste Kruskal - Wallis entre a idade do inquirido e a satisfação global.....	104
Quadro nº 48 - Associação entre o género e a satisfação.....	105

Quadro nº 49 - Teste Kruskal - Wallis entre o estado civil do inquirido e a satisfação global	106
Quadro nº 50 - Teste Kruskal - Wallis entre as habilitações literárias do inquirido e a satisfação global.....	107
Quadro nº 51 - Teste Kruskal - Wallis entre o tempo de internamento do inquirido e a satisfação global.....	108
Quadro nº 52 - Teste Kruskal - Wallis entre o serviço hospitalar de onde teve alta e a satisfação global.....	109
Quadro nº 53 - Associação entre a unidade de cuidados continuados e a satisfação com os médicos.....	110
Quadro nº 54 - Associação entre a unidade de cuidados continuados e a satisfação com os enfermeiros.....	111
Quadro nº 55 - Associação entre a unidade de cuidados continuados e a satisfação com a organização dos serviços e cuidados.....	112
Quadro nº 56 - Associação entre os utentes e a satisfação.....	113
Quadro nº 57 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação profissional	113

Índice de figuras

Figura nº 1: Fases da RNCCI.....	17
Figura nº 2: Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow	43
Figura nº 3: Exemplo de Herzberg sobre os opostos de satisfação e insatisfação.....	46
Figura nº 4: Teoria ERG.....	46
Figura nº 5 - O modelo das Características da Função	48
Figura nº 6: Teoria da Expectativa.....	49
Figura nº 7: Desenho/Modelo da Metodologia de Investigação	54

Índice de gráficos

Gráfico nº 1 - Distribuição dos indivíduos (profissionais de saúde) segundo o nível de satisfação 81

Gráfico nº 2 - Distribuição dos indivíduos (utentes) segundo o nível de satisfação 93

Abreviaturas e siglas

ABPG - Associação de Beneficência Popular de Gouveia

D.R - Diário da República

ECL - Equipas de Coordenação Local

ECR - Equipas de Coordenação Regional

EORTC IN PATSAT 32 - European Organisation for Research and Treatment of Cancer in Patient Satisfaction

EUA - Estados Unidos da América

Máx - Máximo

Min - Mínimo

nº - Numero

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

p. - Página

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

s/p - Sem página

SCMF - Santa Casa Misericórdia do Fundão

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

WHO - World Health Organization

Introdução

Ao longo da História da Humanidade, têm-se verificado diferentes fundamentos e aspectos, que provocam a necessidade da reformulação dos serviços de Saúde e Apoio Social, nomeadamente da continuidade de cuidados, entre essas reformulações encontra-se a criação de Unidades de Cuidados Continuados.

Cuidados estes, que segundo TAVARES (2008a, p.56) “*deverão facultar um acompanhamento integrado de forma a garantir a continuidade dos cuidados e, deste modo, proporcionar cuidados de saúde de qualidade*”.

Foi então criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que veio preencher uma lacuna existente em Portugal. (RNCCI, 2009)

De acordo com GUERREIRO (2006), um aspecto fundamental para uma melhor gestão da RNCCI será toda uma avaliação que se deverá fazer, medir os ganhos em saúde, vantagens que estes cuidados trazem para os utentes/clientes, a qualidade dos serviços que serão prestados na Rede, demoras médias, ganhos em autonomia à saída da Rede, análise dos níveis de dependência à entrada e à saída, o destino dos utentes/clientes depois da alta e satisfação dos doentes e dos profissionais.

Ainda de acordo com a unidade de missão da RNCCI (2009) é necessário uma contínua monitorização da satisfação dos utentes/clientes de forma a melhorar continuamente a RNCCI e o desempenho dos profissionais de saúde e, por outro lado, é importante a monitorização da satisfação dos profissionais, uma vez que desta depende a satisfação dos utentes/clientes, de forma a alcançar o objectivo proposto com a sua criação.

Actualmente a satisfação quer dos profissionais, quer dos utentes/clientes é uma das metas/objectivos das organizações, nomeadamente das organizações de saúde, sendo a escolha das Unidades de Cuidados Continuados pelo facto de ser uma rede recente e se encontra numa fase importante do seu desenvolvimento, onde recai enormes expectativas num melhor futuro da saúde, nomeadamente em assegurar uma maior visibilidade e sensibilidade para a problemática da dependência e do bem-estar dos idosos.

No entanto é também importante investigar a “satisfação”, uma vez que como refere Peres-Ramos *cit in* MARTINEZ (2002) a satisfação é um pilar fundamental que compreende o âmbito individual e organizacional. O âmbito individual está relacionado com o bem-estar físico, emocional e a qualidade de vida. O âmbito organizacional relaciona-se com a qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absentismo e rotatividade.

De acordo com BISCAIA *et al* (2007, p.2) “A satisfação com os serviços de saúde, na sua dupla vertente da satisfação dos utentes e da satisfação dos profissionais, é uma área complexa e de difícil avaliação mas, ao mesmo tempo, incontornável.”

O mesmo autor menciona que, a satisfação dos utentes/clientes tem ocupado progressivamente um lugar mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos, sendo actualmente, considerada como um objectivo fundamental dos serviços de saúde.

JESUS (2005) relata ainda que a monitorização do nível de satisfação dos utentes/clientes constitui um imperativo ético, moral e social, que deveria ser assegurada por todos os intervenientes nos processos de saúde, não só pela importância para a avaliação dos resultados em saúde, mas sobretudo pela oportunidade de melhoria contínua dos serviços.

Por outro lado e numa visão integradora, BISCAIA *et al* (2007, p.2) refere que “a satisfação profissional surge como sendo o resultado afectivo da motivação no trabalho, tendo consequências em termos do desempenho no trabalho e, portanto, sendo determinante para o desenvolvimento sustentado dos cuidados de saúde.”

A satisfação profissional nos serviços de saúde está associada à sua qualidade e resultados e é considerada um elemento estrutural destes, uma vez que estão relacionados com a satisfação dos utentes/clientes dos serviços.

BISCAIA *et al* (2007, p.2) expõe ainda que “estes dois conceitos - satisfação dos utentes e satisfação profissional - estão, portanto, interligados, influenciando-se mutuamente e, em última análise, afectando todo o funcionamento de um sistema de saúde.” Previsivelmente, a melhoria contínua dos cuidados de saúde deve ter em conta não apenas a satisfação dos seus utentes/clientes, mas também a satisfação dos seus profissionais. A análise conjunta da satisfação do utente/cliente, assim como da satisfação do profissional de saúde com o seu trabalho enquanto tal, permite um entendimento mais aprofundado dos processos de melhoria dos cuidados de saúde.

É importante referir o facto de que, nem os conceitos de satisfação, nem a caracterização dos factores que a determinam geram consenso entre os teóricos desta área, pelo que se são apresentadas múltiplas definições de satisfação, quer profissional, quer do utente/cliente e um enorme conjunto de factores que a determinam.

Dado o interesse por este assunto, existe motivação para desenvolver um trabalho de investigação, cujos objectivos são:

- Realizar uma ampla e profunda revisão da literatura sobre a temática escolhida;
- Compreender a pertinência e importância da temática e qual o contributo que traz para a ser humano;

➤ Revelar qual o nível de satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes/clientes de duas unidades de cuidados continuados, bem como a sua diferença, e por outro lado, avaliar e apontar a influência de algumas variáveis laborais, individuais e sociais sobre esse grau.

Neste sentido, com o presente estudo pretende-se dar resposta a algumas questões, tais como:

➤ Qual o grau de satisfação nos profissionais de saúde e nos utentes/clientes das duas unidades de cuidados continuados?

➤ Quais os principais factores de satisfação/insatisfação, apontados pelos profissionais de saúde e pelos utentes/clientes das duas unidades de cuidados continuados?

➤ Como é que as intenções e atitudes dos profissionais de saúde influenciam a satisfação dos utentes/clientes?

➤ Qual o nível de satisfação em cada instituição estudada ao nível dos profissionais de saúde e dos utentes/clientes?

Este trabalho pretende ser um estudo descritivo-correlacional, uma vez que pretende descrever a relação que efectivamente existe ou não entre as variáveis.

No que diz respeito à estrutura desta dissertação ela dividiu-se em duas grandes partes: A Primeira Parte corresponde ao capítulo I, que ficou designado por Enquadramento Teórico/Revisão da Literatura, onde foram explorados determinados pontos teóricos e apresentadas e explanadas diversas teorias dos constructos teóricos basilares desta nossa investigação.

No Ponto 1 e 2 - foi realizada uma abordagem dos Cuidados Continuados e Rede Nacional de Cuidados Continuados, origem, definições, objectivos e evolução.

No Ponto 3 - realizou-se uma abordagem sobre a Satisfação Profissional, Satisfação dos Utentes/Clientes e Teorias subjacentes à explicação da Satisfação, seus conceitos, objectivos, bem como factores presentes e intervenientes na satisfação.

A Segunda Parte desta dissertação corresponde ao capítulo II e III, designados de Metodologia de Investigação e Apresentação/Discussão dos Resultados, respectivamente.

No Capítulo II - foram apresentadas as várias opções metodológicas e estratégias adoptadas na realização do estudo, onde foram definidos os objectivos gerais e específicos de investigação, questões de investigação, desenho de investigação, bem como, a delineação das variáveis e as hipóteses experimentais. Foram ainda, neste mesmo âmbito, definidos os instrumentos a aplicar aos sujeitos participantes do estudo e a definição da população/amostra. Por fim, realizou-se o delineamento dos modelos estatísticos mais adequados para a análise das hipóteses de investigação.

No Capítulo III - apresentou-se uma breve súmula sobre os dados Sócio-demográficos, profissionais e de percepção de satisfação dos inquiridos, bem como, os resultados obtidos através da inferência analítica, discutindo os mesmos, com recurso aos diversos autores do âmbito em estudo.

Por fim, as Conclusões, reuniu-se um conjunto de conclusões finais do estudo associado a sugestões/recomendações para novas investigações nesta área, bem como, algumas limitações encontradas durante o trabalho de investigação.

Finalmente termina-se esta dissertação com a listagem das referências bibliográficas e com a apresentação de alguns anexos julgados pertinentes para o estudo.

Capítulo I - Enquadramento teórico/revisão da literatura

1 - Cuidados Continuados

“Ao reflectirmos sobre a palavra “Saúde”, chegamos facilmente à conclusão de que este é um conceito utilizado há muito no nosso quotidiano e que está presente na nossa vida, constituindo uma preocupação central, tanto para o Homem como para a sociedade em geral. A saúde e a doença pertencem à cultura dos povos. O Homem interioriza conhecimentos e habilidades sobre a saúde e a doença através de diversas fontes: meios de comunicação, tradições, profissionais de saúde, etc. Estas mensagens influenciam a sua concepção de saúde, quer a nível individual quer a nível colectivo.” (TAVARES, 2008a, p.28)

Num passado ainda recente, a saúde estava associada como a ausência de doença e, previsivelmente, a doença associada à ausência de saúde. (BOLANDER, 1998)

Já FORATTINI (1996) refere que a saúde e a doença estão interligadas num processo dinâmico, interdependente, que quando desequilibrado, leva o indivíduo a um estado não favorável de satisfação orgânica, que então chamar-se-á de doença. Desta forma, o processo de doença deixa de ser o resultado de apenas um factor, passando a ser entendido como um processo em que inúmeros factores estão envolvidos.

“Estas definições, pelo carácter pouco abrangente, eram muitas vezes encaradas como pouco esclarecedoras, redutoras, descurando aspectos como factores psicológicos, sociais e biológicos, pelo que, progressivamente, foram aparecendo outras definições que consideravam outros aspectos que não apenas a versão normativa de saúde e de doença. Assim, os conceitos saúde e doença estão intimamente interligados sendo difíceis de definir.” (TAVARES, 2008a, p.28)

Também BOLANDER (1998) refere que a fronteira entre saúde e doença é pouco clara, sendo que devem ser encarados como relativos e não como categoricamente separados.

Pode-se, no entanto, referir que a Saúde é o mais alto nível de adequação biológica e psicológica conseguido por cada pessoa, em relação ao ambiente e a si mesma, a cada momento da sua vida. Organização Mundial da Saúde (OMS) (2006).

De acordo com TAVARES (2008a) efectiva-se que um dos objectivos da generalidade dos países ou mesmo de referir a nível mundial, é a satisfação das necessidades de saúde e de doença dos indivíduos e populações em geral, sendo que os vários governos sentiram a

necessidade de implementar sistemas organizados que lhes permitisse, não só reduzir as doenças, mas também promover e proteger a saúde.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2001) adoptando o que a OMS designou como objectivos do Sistema de Saúde, descreve-os como sendo: mais saúde, melhores serviços e maior justiça na contribuição financeira. Daí e como refere ALVIM (2002), os Sistemas de Saúde terem como objectivo fundamental, facultar a toda a população o acesso aos cuidados de saúde que necessitem, sejam eles profiláticos, preventivos, curativos, de reabilitação ou de reinserção, resguardando sempre o facto de o acesso aos cuidados de saúde terem em linha de conta a acessibilidade económica da população.

Então uma das medidas criadas e desenvolvidas tendo em conta o objectivo atrás mencionado, e para colmatar uma das mais graves lacunas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), foram os cuidados continuados. Existem no entanto outros factores decisivos para o aparecimento dos cuidados continuados, como por exemplo o facto de haver cada vez mais uma população idosa, sendo que é nesta população onde ocorre a maior quantidade de doenças, que no entanto não reúnem critérios para estarem internados no meio hospitalar, e por outro, não são acolhidos no seu meio social e familiar. (TAVARES, 2008a)

“Nos últimos anos a população mundial tem sofrido várias alterações, levando à transformação da sociedade quer em termos sociais, quer em termos de problemas de saúde.” (TAVARES, 2008a, p.52)

Segundo o mesmo autor, nos últimos 50/60 anos verificou-se a existência da constante melhoria da população mundial a nível sócio-económico, isto devido principalmente aos progressos nas áreas sociais e de saúde, levando ao aumento gradual da esperança média de vida, o que leva ao aumento do envelhecimento demográfico no actual século.

SANTOS (2008) menciona mesmo que, o envelhecimento das sociedades é evidente e o nosso país não foge à regra, mesmo sendo um dos países da União Europeia com sociedade mais jovem, no entanto estima-se que esta sociedade envelhecida sofra um aumento progressivo.

“Na actualidade, a ONU (Organização das Nações Unidas) considera como “idoso” toda a população com 60 ou mais anos. Por sua vez o Conselho da Europa e a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) consideram idosos, todos os indivíduos a partir dos 65 anos, inclusive.” SANTOS, (2008, p.27)

Já a OMS após várias tentativas de uniformizar os critérios, pactuou que *“o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde.”* (ALMEIDA, 2005, p.7).

De acordo com dados da ONU *cit in* TAVARES (2008a, p.52) *“estima-se que a nível mundial a população passe nos próximos 50 anos de 6,5 biliões em 2000 para quase 9 biliões em 2050, enquanto que os idosos passam de 606 milhões para quase 2 biliões.”* Já na União Europeia prevê-se que os indivíduos acima dos 65 anos aumentem 77% em 2050 relativo ao ano de 2004. (COMISSÃO EUROPEIA, 2008); Tal significa que a população idosa que actualmente representa 10% da população mundial vai duplicar até 2050. Isto vai acarretar o aparecimento de novos problemas para a sociedade, uma vez que significa o aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, o aumento de pessoas com incapacidades adquiridas e o aumento de idosos com dependências decorrentes do envelhecimento.

Já SILVA, FERREIRA, FORMIGO (2002) mencionam que, estas diferentes situações originam uma crescente pressão sobre os sistemas de prestação de cuidados, uma vez que se vê na incapacidade de fazer frente ao elevado número de internamentos, devido à inexistência de serviços direccionados para os cuidados referentes a pessoas com doença prolongada e também devido à escassez de respostas organizadas relativamente a situações de alta hospitalar.

Deste modo TAVARES (2008a, p.52), menciona que *“os sistemas social e de saúde sentiram a necessidade de desenvolver acções no sentido de poderem dar respostas a estas novas situações. De facto, muitos dos cuidados prestados às pessoas com dependências várias, são assegurados pelas famílias.”*

Contudo actualmente, na sociedade moderna, o desempenhar o papel de cuidador pela família torna-se uma missão difícil, se não mesmo quase impossível, o que leva CREUTZBERG E SANTOS (2003) relatarem que, como tal, o meio familiar tende e tem a necessidade de recorrer aos recursos de comunidade, nomeadamente recursos sociais e de saúde para dar respostas a estas necessidades, deparando-se, geralmente com um sistema de saúde desprevenido para prestar este apoio, quer ao indivíduo doente, quer à família.

Como refere Araújo e Pontes *cit in* NEVES (2002) a ausência deste apoio leva à descontinuidade dos cuidados, e por vezes também ao isolamento e abandono destes indivíduos, ou até mesmo à existência indevida de internamentos Hospitalares.

É também nestes contextos que surge a necessidade dos cuidados continuados, de forma a facultar a prestação de cuidados com qualidade ao utente/cliente e à sua família. Neste sentido, ANDRÉ (2002) alude para o facto de que a criação de Unidades de Cuidados Continuados se converteu numa necessidade para as instituições de saúde que procuram cada vez mais a humanização dos cuidados, ficando assim habilitadas para dar respostas mais adequadas às necessidades dos clientes.

Segundo TAVARES (2008a) os cuidados continuados destinam-se não só a prestar cuidados de saúde a pessoas idosas doentes mas também aos indivíduos em situação de

dependência, independentemente da causa ou idade. Estes cuidados assentam em unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, cuidados e acções paliativas, apoio social, que principia nos serviços comunitários de proximidade, abarcando hospitais, centros de saúde, serviços da segurança social, a rede solidária e as autarquias sociais.

O autor acrescenta ainda que, o modelo assente nos cuidados continuados coloca o utente/cliente no centro da acção, tendo os cuidados prestados como grandes finalidades, agir sobre o estado de saúde e através desta, prevenir o seu agravamento e actuar sobre a capacidade funcional, com apoio na reabilitação e cuidados personalizados.

Em vários países, principalmente da Europa Central e Norte da América os cuidados continuados há muito que se encontram em implementação. ANDRÉ (2002) refere mesmo que nos Estados Unidos da América (EUA) há a referência de serviços que promovem a continuidade de cuidados desde os anos 70, e que no fim do Século XX já havia 5,9 milhões de pessoas a receber cuidados continuados. Em Portugal os cuidados continuados surgem apenas em 1996, através de um Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social, tendo como objectivo implementar cuidados de saúde continuados e de apoio social. (ANDRÉ, 2002)

“Em junho de 1998, surgiu, através do Despacho Conjunto nº 407/98 do Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade e Segurança Social as primeiras orientações para os cuidados que visavam criar condições que permitissem, quer à acção social quer à saúde, trabalhar em conjunto de forma a dar respostas às necessidades das pessoas com dependência física, social ou mental” TAVARES (2008a, p.54). Porém só em Março de 2006, foi aprovado pelo Conselho de Ministros a criação de uma rede de cuidados continuados, concentrando a sua acção na definição, planeamento e desenvolvimento gradual de um misto de serviços. Serviços estes, com o compromisso de proporcionar cuidados personalizados, que proporcionem a ligação entre a alta hospitalar e o domicílio, garantido sequência dos tratamentos e possibilitar a recuperação funcional dos utentes/clientes, bem como garantir a reinserção em unidades de internamento alternativo ao hospital ou em casa com o apoio de equipas de cuidados domiciliários. (TAVARES, 2008a)

Os cuidados continuados de acordo com SANTOS (2008) afirmam-se como um sistema constituído para a satisfação do utente/cliente e da sua família, organizado por serviços e mecanismos integrados com o objectivo de cuidarem dos utentes/clientes e sua família ao longo do tempo, apoiando-se na articulação saúde/serviços sociais, abarcando os diferentes níveis de intensidade de cuidados, ordenados no sentido da promoção e melhoria na saúde e cuidados prestados.

Daí TAVARES (2008a, p.56) citar que *“os cuidados continuados deverão facultar um acompanhamento integrado de forma a garantir a continuidade dos cuidados e, deste modo, proporcionar cuidados de saúde de qualidade onde a enfermagem desempenha um papel primordial para a garantia desta qualidade.”*

O mesmo autor relata mesmo que, falar nestes cuidados é falar em interdisciplinaridade, isto é, a sua abordagem global implica a mediação de diferentes disciplinas do conhecimento. A continuidade de cuidados não implica só a participação da Enfermagem, onde o seu contributo para a prestação de cuidados tem constituído uma mais-valia, implica também o envolvimento de toda uma equipa multidisciplinar, para se poder alcançar o seu objectivo.

Já PEREIRA (2002) realça que, só através da permanente cooperação interdisciplinar, se poderá manter uma continuidade de cuidados de qualidade. Logo os cuidados continuados tendo por base a sua complexidade, solicitam o estabelecimento de parcerias e a criação de redes sociais de apoio. Esta parceria/articulação nos cuidados continuados reveste-se de extrema importância. Uma vez que a articulação de cuidados, como refere BILRO (2004) é um sistema que abraça diferentes instituições formais/informais, públicas/privadas, que concorrem entre si cada uma com a sua especificidade, para a prestação de cuidados aos utentes.

Contudo CABETE (1999) menciona que a articulação, se conseguida, trás inúmeras vantagens, como por exemplo a rentabilização dos recursos existentes, uma intervenção social eficaz, o aumento e melhoria de respostas oferecidas e a garantia da continuidade de cuidados.

O mesmo autor define continuidade de cuidados como o “conjunto de acções que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança, de prestadores”, isto é, conjunto de acções que envolve não só os profissionais, mas também os utentes, as famílias, garantindo que não há uma cessação de cuidados. (1999, p.98)

Porém, NOGUEIRA (2009) menciona que a abordagem de cuidados continuados assenta num tipo de resposta dos sistemas de saúde e sociais, que na União Europeia se denominam de “*Long-Term Care*” (Cuidados de Longa Duração).

Para a OCDE e para a Comissão Europeia, os cuidados de longa duração representam um leque de serviços destinados geralmente a pessoas dependentes, com deficiências físicas ou mentais, ou que careçam de apoio específico na gestão da vida quotidiana. Estes serviços abrangem reabilitação, cuidados domiciliários, cuidados sociais, cuidados médicos básicos e serviços como alimentação, apoio ocupacional e transporte. (COMISSÃO EUROPEIA, 2008)

Já para a OMS os cuidados de longa duração apenas abrange as actividades destinadas a pessoas que não têm capacidade para auto-cuidado a longo prazo, prestadas quer por cuidadores informais, quer formais. No entanto a sua definição não abarca os serviços abrangidos pela definição da Comissão Europeia e da OCDE, uma vez que a OMS não inclui na sua definição a prevenção, a reabilitação e o tratamento de doença crónica. (World Health Organization (WHO), 2002)

Existem também os denominados “*Intermediate Care*” (Cuidados Intermediários), no entanto o termo é usado de uma forma confusa, uma vez que é aplicado em diferentes momentos sobre diferentes serviços/contextos. Isto é, alguns documentos relatam que “*são serviços que visam facilitar a transição dos doentes à recuperação, ou prevenir o seu internamento numa instituição, quando se verifica uma situação de incapacidade crónica no domicílio, ou favorecer o bem-estar e conforto possíveis a pessoas com doenças terminais.*” (Department of Health *cit in* NOGUEIRA, (2009, p.5) No entanto a maioria refere que são serviços que compreendem um leque de serviços que visa facilitar a transição hospital/domicílio, tendo os cuidados sobretudo o objectivo da reabilitação e recuperação global da saúde.

O mesmo autor, menciona que este encadeamento de respostas nas diferentes terminologias, fez com que “*Long-Term Care*” não possuíssem uma definição universalmente aceite, por consequência levou a que sugerisse nova terminologia.

Assim e de acordo com o autor atrás referido (p.5) “*o termo tem sido revisto, para introduzir um novo conceito de “Continuing Care”, que enquadra uma perspectiva global, relativa a todos os aspectos relacionados com serviços de Sistemas de Saúde e Sociais.*”

No entanto, como verificado anteriormente e apoiado em GUERREIRO (2006, 2009), é evidente a diversidade de cuidados que os cuidados continuados abrangem. O mesmo autor, destaca a importância da criação da RNCCI onde avulta as três principais linhas de internamento distintas que estes cuidados podem oferecer. Uma primeira linha que tem uma duração de internamento não superior a 30 dias, onde os indivíduos são acompanhados em unidades hospitalares ou em unidades de convalescença, denominados de utentes/clientes em fase aguda ou pós-aguda, onde o objectivo principal é o tratamento e a supervisão clínica e de enfermagem de forma continuada e intensiva. Outra linha, são as chamadas unidades de média duração e reabilitação, onde o internamento não pode ser superior a 90 dias e que como o nome indica o seu principal objectivo é a reabilitação das pessoas, de modo a que o utente/cliente se torne mais autónomo para poder regressar o mais prematuramente para o domicílio. A terceira linha, é onde estão inseridas as denominadas unidades de longa duração e manutenção, onde os internamentos têm um período mínimo de 90 dias, e auxilia indivíduos que não têm condições de continuar no domicílio, casos como clientes com demências e grandes dependências. Pode-se então resumir que os cuidados continuados constituem um nível intermédio de cuidados de saúde entre o meio hospitalar e os cuidados na comunidade, compreendendo sempre os cuidados de natureza preventiva e recuperadora.

CABETE (1999) inclui ainda dentro dos cuidados continuados, os denominados cuidados paliativos. Estes cuidados consistem numa resposta activa aos problemas resultantes de doença prolongada, incurável e progressiva, sempre com o objectivo de prevenir o

sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível, não só ao utente/cliente mas também à família.

No entanto devido à sua especificidade a inclusão dos cuidados paliativos nos cuidados continuados não é do consenso de todos, uma vez que há quem defenda que estes devem constituir uma modalidade distinta da prestação de cuidados. (TAVARES, 2008a)

2 - Rede Nacional de Cuidados Continuados

A RNCCI assume-se como um novo modelo organizacional, que possui como criadores os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, constituindo-se como o nível intermédio de cuidados e serviços de Saúde e Apoio Social, tendo por base de sustento entidades públicas e privadas, sendo o Estado o principal incentivador. (Unidade de Missão para dos Cuidados Continuados Integrados. (UMCCI), 2009; UMCCI 2010)

“Assim, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006 (publicado em D.R., 1.ª série, n.º109 de 6 de Junho), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.” (RNCCI, 2007b, p.14)

Como atrás referido, e acordo com a RNCCI (2009), a Rede veio colocar o país ao nível dos outros países da Europa, relativamente a políticas de Bem-Estar do Estado, preenchendo ao mesmo tempo uma lacuna existente em Portugal.

Segundo a UMCCI (2009), a rede dirige-se a pessoas dependentes, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de Saúde e de Apoio Social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa.

Figuram entre os objectivos específicos da Rede *“a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social (...) a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social (...). Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho”* (UMCCI, 2009, p.2);

Sendo o RNCCI parte integrante da Política de Saúde pública e global, e no âmbito do projecto-piloto “Orçamentação por Programas” para os cuidados continuados, presente no Orçamento de Estado para 2009, importa referir que foram estabelecidos como objectivos estratégicos para a Rede:

- ◆ *“Aumentar o grau de autonomia de pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem de cuidados de saúde e/ou de apoio social, garantindo a prestação de cuidados continuados integrados;*

- ◆ *Ajustar a oferta de cuidados de saúde e de apoio social às necessidades dos utentes.”* (UMCCI, 2009, p.3)

Tendo em conta estas orientações e especificidades, a estratégia da qualidade tem como processos-chave o acesso à Rede (incluindo também o circuito de referência dos utentes), a prestação de cuidados continuados Integrados nas unidades e equipas e a

consolidação da Rede (tendo em conta o planeamento, gestão e a avaliação de recursos, competências e processos). UMCCI (2009)

“A RNCCI promove a abertura organizacional para novos modelos de cuidados que incorporam novos paradigmas orientados para prestar cuidados numa óptica global e de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência e que exigem respostas de natureza intersectorial e multidisciplinar.” (RNCCI, 2009, p.4)

A RNCCI surge para facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas, por forma a constituir um novo espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta efectiva e coerente às pessoas que apresentam uma situação de dependência temporária ou prolongada. Esta pretende que a prestação de cuidados seja adaptada aos cidadãos e centradas no utente, para que possam aceder aos cuidados de uma forma mais rápida, efectiva e adequada. RNCCI (2009)

Segundo GUERREIRO (2009), e como referido no ponto anterior, problemas como o envelhecimento demográfico progressivo, a prevalência de doenças crónicas incapacitantes, um sistema de saúde assente em paradigmas de doença aguda e a inexistência de uma política integrada de Saúde e de Segurança Social, leva à necessidade de criar novas respostas de Saúde e Apoio Social sustentáveis e ajustadas a toda a população, independentemente do seu nível de dependência e tendo em conta a sua condição financeira.

Com esta intervenção são esperados ganhos em saúde, aumento da cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados em todo o país, reforço da articulação entre os serviços de Saúde e Apoio Social, manutenção sempre que possível, as pessoas com dependência no domicílio, reduzir a procura de serviços hospitalares de agudos e a melhoria das condições de vida e de bem-estar. (GUERREIRO, 2009)

A RNCCI é regulada e está dependente da UMCCI, por forma a verificar-se que esta tenha sustentabilidade, mas também que zela pelo acesso e benefício dos cuidados continuados integrados, respondendo às necessidades de cada utente e promover a autonomia e qualidade de vida. (UMCCI, 2009)

Também GUERREIRO (2009) menciona que todo este conjunto de premissas está em consonância com o projecto de desenvolvimento da RNCCI em Portugal, de maneira a colocar o país ao nível de outros países no âmbito do desenvolvimento das políticas de bem-estar do Estado.

Segundo a UMCCI (2010, p.5) a *“Rede define-se como um modelo de respostas diversificadas, com a participação de diferentes tipos de prestadores e articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação da prestação de cuidados. Está presente em todo o território Continental, com as tipologias de cuidados domiciliários e de internamento previstas.”* O seu modelo de gestão de utentes tem definido critérios de referenciação e

admissão para as diferentes tipologias de cuidados, e critérios de exclusão. Baseando-se num método equitativo no acesso e na mobilidade das diferentes unidades e equipas da RNCCI, assegurando a continuidade de cuidados através de acções coordenadas e articuladas.

Já a RNCCI (2007b, p.44) menciona que, *“o desenvolvimento das diferentes respostas é definido sob uma óptica territorial onde o volume de unidades, equipas e a oferta de recursos da RNCCI é concretizado com critérios populacionais de cobertura.”* Fica definido um novo nível de cuidados que atravessa de forma transversal o SNS e o Apoio Social. Isto é, a Rede através de, equipas intra-hospitalares, equipas de gestão de alta, equipas de cuidados continuados integrados no domicílio e equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos, interliga-se com os cuidados de saúde primários. Este novo modelo de cuidados assenta no funcionamento em rede onde as diferentes tipologias de respostas fazem a articulação entre o nível hospitalar e o nível de cuidados primários.

Este papel estratégico da RNCCI promove a revisão das funções do nível hospitalar e reforça o papel dos cuidados primários como pontos relevantes do SNS. Nesta Rede de cuidados, os diferentes níveis e tipos de resposta tem o seu papel e tem de determinar responsabilidades. *“Tal como é definido o novo Modelo de Cuidados Continuados Integrados, somente a actuação harmoniosa de todas as partes do sistema pode garantir o seu sucesso.”* (RNCCI, 2007b, p.47)

Na Rede é previsto uma prestação de cuidados multi-dimensionais, destinados à promoção da qualidade de vida, com ênfase na reabilitação, promoção da autonomia e participação dos utentes/famílias. Para tal, é importante munir a Rede de novos recursos para a sua estruturação, como por exemplo a introdução de novos modelos de trabalho e organização dos serviços, bem como um funcionamento coordenado e de acordo com as expectativas definidas. Aqui reside a importância do papel dos profissionais e das entidades prestadoras, os quais estabelecem o verdadeiro desenvolvimento da RNCCI. (RNCCI, 2007b)

“O trabalho em equipa e a transdisciplinaridade foram identificados pelos agentes como valores chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados. O desenvolvimento da competência adequada e específica nas diferentes tipologias de cuidados deve-se efectuar em paralelo com o alargamento da RNCCI. Os novos paradigmas do modelo e as suas inovadoras metodologias de trabalho implicam um enorme esforço na formação de profissionais.” (RNCCI, 2007b, p.48)

O mesmo autor indica que, a Rede dispõe de um modelo próprio e definido de financiamento, sendo um elemento essencial para a sua sustentabilidade e consolidação. Daí a um dos considerados ponto-chave ser a comparticipação e co-responsabilização entre utentes e os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

A operacionalização do acesso e da mobilidade na RNCCI baseia-se em critérios instituídos, que visam a equidade mas que precisam de uma clara concretização e adaptação a cada realidade local e a cada um dos momentos e graus de desenvolvimento da RNCCI. Daí o funcionamento da Rede se dar em três níveis de coordenação - central, regional e local. A integração de respostas envolvendo as equipas de gestão de altas (hospital) e os cuidados comunitários, a monitorização continua com adaptação das respostas às necessidades a nível local e regional contribuem para a equidade de acesso. (RNCCI, 2009)

“Desde o seu início a RNCCI tinha como objectivo avaliar em permanência os ganhos por ela obtidos. Desenvolveu-se um sistema de registo e monitorização on-line, onde se registam dados que permitem ao momento avaliar entre outros, referências, admissões, grau de autonomia obtido, estado nutricional, situação cognitiva e emocional, úlceras de pressão, quedas, dor, infecção, uso de fármacos, alocação de recursos humanos, entre outros.” (RNCCI, 2009, p.49)

Segundo o mesmo autor, esta aposta na melhoria contínua, é um pilar da política de qualidade desenvolvida pela RNCCI, onde se destaca a área da satisfação do utente. Aliás como mostra um estudo que abrangeu a avaliação de utentes/clientes internados em unidades da Rede e de antigos utentes/clientes que já tinham possuído alta. Neste estudo verificou-se que a população era uma população envelhecida (com uma média de 71,3 anos), na maioria feminina (54%) e pouco escolarizada (87% com ensino básico ou sem escolaridade). Esta amostra reparte-se equilibradamente por três tipos de cuidados, convalescença (39%), média duração e reabilitação (23%) e longa duração e manutenção (34,5%), tendo os cuidados paliativos apenas 3,6%. Estes resultados legitimam que existe a possibilidade não só de libertar os hospitais de internamentos desnecessários como evidentes ganhos económicos, como também contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal e aumentar a satisfação dos utentes face ao SNS. Na apreciação global, verifica-se que mais de 90% dos inquiridos confirmaram que os cuidados prestados na unidade eram bons ou muito bons, e por consequência estão satisfeitos, onde nenhum inquirido os referenciou como maus.

Outra referência do estudo é que quando comparadas as respostas os inquiridos internados com antigos utentes, os inquiridos que referem que os cuidados são muito bons crescem de 20%, mostrando claramente que após a alta a informação positiva acerca da unidade, traduzida em satisfação aumenta. (RNCCI, 2009)

O mesmo autor, relativamente ao modelo de gestão da RNCCI, acrescenta que este se baseia em princípios de gestão integrada dos cuidados de Saúde e Apoio Social, assumindo o princípio de inter-sectorialidade, procurando garantir novas respostas para as novas necessidades das populações, tendo em conta as especificidades locais.

GUERREIRO (2009) refere mesmo que o modelo de gestão da RNCCI assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços.

Através deste princípio orientador, promoveram-se acções e processos para se atingirem objectivos como apoio na coordenação da RNCCI através das Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL), e traçarem a cada instante o desenvolvimento da RNCCI, a actividade nela desenvolvida e principais resultados, através dos instrumentos de gestão e apoio à monitorização da RNCCI e à actividade de acompanhamento contínuo por parte das estruturas de coordenação. (RNCCI, 2009)

A Rede ambiciona a implementação de um modelo de prestação de cuidados de acordo com as necessidades do cidadão e centrados no utente/cliente, de modo a que possam aceder aos cuidados necessários de forma adequada. Deste modo, a Rede propõe a revisão do papel hospitalar, reforçando o papel dos cuidados de saúde primários, apoiando assim a modernização e adaptação às necessidades de saúde emergentes no país. GUERREIRO, (2009, p.4)

De acordo com RNCCI (2007a, p.5), as experiências internacionais de redes de cuidados continuados integrados apresentam como motivações para o seu investimento e próximas da sua criação os seguintes aspectos:

- ✓ *“A pressão para melhorar a eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares;*
- ✓ *A pressão para reduzir as taxas de crescimento da despesa com o Serviço Nacional de Saúde;*
- ✓ *O aumento do número de idosos e, por consequência, de pessoas em situação de dependência ou perda de funcionalidade;*
- ✓ *Aumentar as escolhas disponíveis para o cidadão e reforçar a sua liberdade de escolha;*
- ✓ *A existência de tecnologias que facilitam a integração dos processos em diversos níveis de cuidados, incluindo os cuidados domiciliários.”*

O mesmo autor refere que, é também importante identificar na caracterização da utilização dos Sistemas Nacionais de Saúde, que os idosos/pessoas em situação de dependência, podem classificar-se em três grupos: os que necessitam de apoio e reabilitação fixada a um curto período de tempo, isto é, que recuperam rapidamente; os que necessitam de apoio e reabilitação, durante um período de tempo mais alargado; e aqueles que têm um limitado potencial de recuperação e necessitam cuidados de manutenção e conforto com objectivo de impedir a rápida degradação das capacidades existentes.

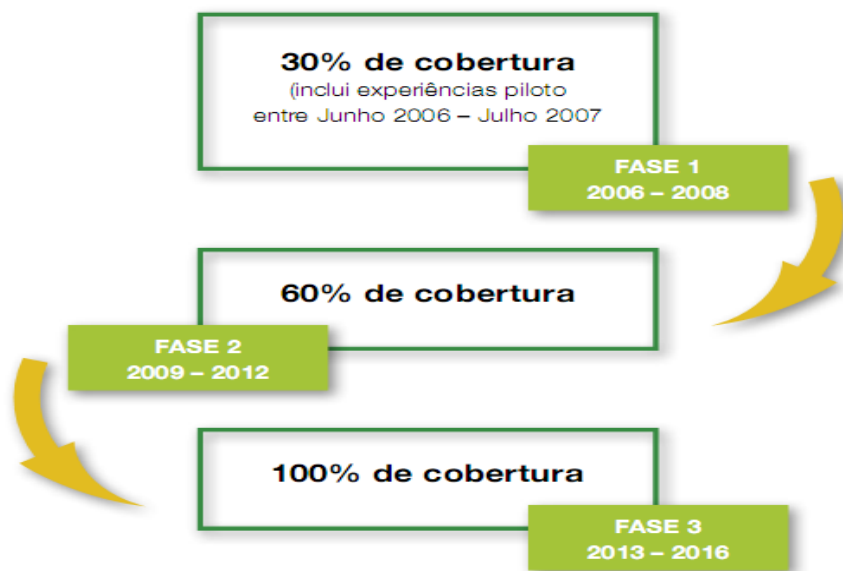
Já (GUERREIRO, 2009), tendo por referência a missão da RNCCI já referida, destaca os seguintes objectivos:

- Melhoria das condições de vida e bem-estar de indivíduos dependentes, prestando cuidados continuados de Saúde e Apoio Social.

- A manutenção dos indivíduos em risco de perda de funcionalidade no domicílio, desde que possam ser garantidos os cuidados necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.
- Apoio, internamento e acompanhamento adequados à respectiva situação.
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados, bem como o apoio aos familiares ou prestadores informais.
- A articulação e coordenação em rede dos diferentes níveis de diferenciação de cuidados.
- A sucessiva prevenção de lacunas em serviços e equipamentos.

A mesma autora menciona que “O planeamento estratégico da RNCCI assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, organizado em três fases, num horizonte de 10 anos.” (p.6). Cada fase tem planeadas diferentes acções e metas relativamente à oferta de respostas às necessidades existentes da população e da consolidação do modelo.

Figura nº 1: Fases da RNCCI



Fonte: GUERREIRO, (2009, p.6)

GUERREIRO (2009, p.8), menciona que a prestação de cuidados de Saúde e de Apoio Social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta:

- Unidades de Internamento (Convalescença; Média Duração e Reabilitação; Longa Duração e Manutenção e Cuidados Paliativos)
- Unidades de Ambulatório (Unidade de dia e de promoção da autonomia);

- Equipa Hospitalar (Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos)
- Equipas Domiciliárias (Equipas de cuidados continuados integrados; Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos).

É importante contudo realizar uma pequena caracterização das diferentes tipologias de cuidados continuados:

Apoiado em GUERREIRO (2009), a Unidade de Convalescença é indicada para utentes que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico com alto potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias, tem como intuito a estabilização clínica e funcional.

Já as Unidades de Média Duração e Reabilitação, cuja previsibilidade se situe entre 30 dias e 90 dias de internamento, visam responder a necessidades transitórias, com o intuito de promover a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação da fase aguda ou descompensação de processo crónico. (GUERREIRO, 2009)

As Unidades de Longa Duração e Manutenção, visam responder a utentes com processos crónicos com diferentes níveis de dependência, com o intuito de proporcionar cuidados que previnam/retardem o agravamento da situação de dependência, num período superior a 90 dias de internamento. (GUERREIRO, 2009)

A mesma autora, menciona ainda que, as Unidades de Cuidados Paliativos se destinam a utentes com doenças crónicas/terminais, e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

Existem também as equipas domiciliárias, nomeadamente equipas comunitárias dirigidas aos cuidados paliativos e as equipas de cuidados continuados integrados. (GUERREIRO, 2009)

Segundo a mesma autora, as equipas de cuidados continuados integrados direccionam a sua intervenção a indivíduos em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, que possam permanecer no domicílio.

Já as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos estão sediadas nos hospitais e têm o intuito de prestar assessoria técnica diferenciada, nos diferentes serviços do hospital. (GUERREIRO, 2009)

As Equipas de Gestão de Altas, são também equipas hospitalares multidisciplinares, com o objectivo de preparar e gerir as altas hospitalares com outros serviços, tendo em vista os utentes que necessitam de continuidade de cuidados, quer em regime de internamento, quer em ambulatório. (GUERREIRO, 2009)

Dentro das unidades de ambulatório estão também incluídas as Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia, que possuem como principal objectivo promover a autonomia de

pessoas em situação de dependência, sendo que possuem condições para permanecerem no domicílio. (GUERREIRO, (2009)

Baseado na mesma autora, chega-se à conclusão que a coordenação da RNCCI é exercida a nível nacional através da UMCCI e é operacionalizada a nível regional e local (ECR e ECL), respectivamente. *“Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes.”* (2009, p.12)

Assim os intervenientes capitais no planeamento e coordenação da Rede são os seguintes (UMCCI, ECR, ECL):

“À estrutura de missão UMCCI, compete a condução e lançamento do projecto global de coordenação da RNCCI e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em articulação com as Redes nacionais de Saúde e de Segurança Social.” (GUERREIRO, 2009, p.12)

Já as ECRs que são constituídas por representantes dos Centros Distritais da Segurança Social e da Saúde, tendo como competências, a divulgação de informação à população sobre a Rede, a análise de propostas para integrar a Rede, garantir a articulação entre entidades e parceiros, o acompanhamento e controlo da execução financeira, garantir a qualidade dos cuidados prestados, monitorizar e controlar as actividades prestadas, a formação dos profissionais, garantir a equidade e um adequado acesso à Rede e estabelecer um plano regional de implementação e previsão orçamental. (GUERREIRO, 2009)

Por fim existem as ECLs que desenvolvem a coordenação a nível local e são constituídas por dois elementos dos Centros de Saúde (médico e enfermeiro) e um elemento do sector social, tendo como competências, assegurar a articulação das unidades e equipas a nível local, promover parcerias para a prestação de CCI, apoiar e acompanhar o cumprimento dos contractos, apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da Rede, assumir os fluxos de referência dos utentes na Rede, assegurar a preparação de altas e actualizar o sistema de informação da Rede. (GUERREIRO, 2009)

A mesma autora menciona que, a Rede é um sistema completo, que se desenvolve através de diferentes níveis de intervenção e competências. O sucesso da Rede obriga a uma análise contínua, com o objectivo de identificar os diferentes componentes de gestão e prestação de cuidados e levar a uma abordagem integrada do processo de referenciação, processo clínico, processo de cuidados, processo social, processo de gestão, sistema de informação, entre outros.

Neste sucesso estão ainda implícitos a definição de requisitos, as recomendações e normas técnicas e a avaliação dos constrangimentos económicos, sendo que esta abordagem é um primeiro passo para ser um sistema de qualidade. (GUERREIRO, 2009)

Segundo GUERREIRO (2009), o sistema de qualidade da RNCCI tem como objectivos essenciais:

- Garantir a fluidez do fluxo, o cumprimento dos critérios e o registo das etapas do circuito de referênciação;
- Garantir o cumprimento dos clausulados contratuais e a adequação dos cuidados, traduzida em resultados;

O atingir destes objectivos, segundo a mesma autora, obriga a uma análise dos diferentes processos chave (relacionados com a referênciação, prestação de cuidados), a discriminar redundâncias e etapas inúteis ou geradores de risco.

No entanto a autora acrescenta que, nos diferentes processos as medidas de correcção e melhoria têm de ter em consideração o funcionamento global, devendo haver articulação entre eles.

“Para a implementação do sistema de qualidade definiram-se como principais acções:

- ☉ *Definição de standards mínimos para as entidades prestadoras, concordantes com as exigências presentes no clausulado dos contractos;*
- ☉ *Divulgação dos standards junto das ECR, ECL e Prestadores;*
- ☉ *Formação sobre princípios básicos e gerais da qualidade às entidades referidas, com particular atenção às ECL;*
- ☉ *Acompanhamento contínuo dos prestadores pelas ECL, com o objectivo de garantir o cumprimento dos standards;*
- ☉ *Auditorias organizacionais anuais, a realizar por auditores externos;*
- ☉ *Auditorias dos processos individuais dos utentes anuais (social, médica, enfermagem), a realizar por auditores externos, sob coordenação da UMCCI;*
- ☉ *Acompanhamento, pela estrutura adequada, da implementação das medidas correctivas apontadas como necessárias pelo relatório das auditorias;*
- ☉ *Auditorias para verificação da implementação das medidas correctivas;*
- ☉ *Monitorização continua dos vários níveis da RNCCI, através dos indicadores resultantes dos registos obrigatórios.”* (2009, p.19)

3 - Satisfação

O conceito de satisfação pode ser entendido de várias formas e perspectivas, tudo depende da área ou contexto em que é usado o conceito. A satisfação devido à sua subjectividade, é por si só difícil de mensurar e, por conseguinte, difícil de avaliar. Demonstra-se seguidamente algumas definições de satisfação.

Dentro do contexto empresarial pode-se falar em satisfação na medida em que, segundo KOTLER (1996, p. 45) *“as empresas não podem sobreviver simplesmente fazendo um bom trabalho. Elas devem fazer um trabalho excelente se quiserem ser bem sucedidas nos mercados de crescente concorrência global”*. O sucesso de uma organização parte da satisfação das necessidades e desejos dos seus clientes.

Na perspectiva de SEPÚLVEDA (1998, p.36) satisfação é *“ (...) o contentamento, o prazer que resulta da realização do que se espera e do que se deseja”*

Segundo GRAÇA (1999a) a satisfação pode ser entendida como o resultado da avaliação que cada indivíduo faz, como que um balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas.

Para RIBEIRO (2003, p.21), o termo satisfação *“tem a sua proveniência do latim satisfactio, que exprime a ideia de acto ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se, querendo significar - saciedade; ou ainda o sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas como resultado do que se espera e/ou deseja do bom êxito de qualquer actividade, significando: alegria, contentamento ou sentimento de agrado e aprazimento”*.

LINO (2004) define satisfação como um sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo do trabalhador, resultante da percepção/avaliação de sua experiência de trabalho, conforme suas metas e valores pessoais perante a vida, podendo ser modificado ou influenciado por forças internas ou externas ao trabalho.

Outra definição é dada por RIBEIRO (2008, p.88), onde *“a satisfação é uma percepção pessoal relacionada com a realização de uma expectativa, quer pela própria pessoa, ou com intervenção de outros, avaliada pela perspectiva da pessoa.”* É uma sensação agradável de reconhecimento próprio após uma necessidade satisfeita.

Como se verifica, podem ter-se várias definições para o conceito de satisfação, mas todas elas envolvem três elementos característicos:

- Trata-se de um estado de natureza psicológica, que aponta uma avaliação, apoiada na experiência resultante de um processo cognitivo (racional), juntamente com elementos afectivos (emocional);

- Resulta de uma experiência de consumo;
- Possui uma característica relativa.

Contudo, segundo ANDERSON, FORNELL E LEHMANN (1992), para se compreender o processo de formação da satisfação, tem que se considerar dois factores determinantes:

✓ Qualidade percebida: está relacionado com a avaliação do desempenho da organização, que influi positivamente na satisfação total do utente/cliente em relação ao produto/serviço. Esta é avaliada através do grau de personalização da oferta da organização relativamente às necessidades do utente/cliente, e da credibilidade da oferta na consistência do cliente/utente. Pode-se ainda referir que a qualidade percebida confere uma medida para a avaliação do utente/cliente sobre a excelência do produto/serviço;

✓ Expectativas: Refere-se ao conhecimento prévio sobre a qualidade das ofertas de um prestador, ou seja, através das sucessivas compras/utilização dos produtos/serviços, os utentes/clientes formam expectativas, que também são desenvolvidas baseadas na qualidade actual e servem de críticas para a sua satisfação.

Assim sendo, e de um modo geral, segundo KOTLER e KELLER (2005, p.142) satisfação *“é a sensação de prazer ou desapontamento resultante da comparação entre o desempenho (ou resultado) percebido de um produto e as expectativas do comprador.”*

3.1 - Satisfação Profissional

Segundo O'Reilly III *cit in* MARTINS e SANTOS (2006), a satisfação do trabalhador, também denominada de satisfação profissional, diante do seu trabalho foi uma das atitudes mais estudadas no século XX.

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

“A par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos, a satisfação dos profissionais é referida na Lei de Bases da Saúde (Base XXX) como um dos quatro critérios de avaliação periódica do SNS. Pode ser definida como o resultado da avaliação que cada um dos trabalhadores faz, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades e expectativas profissionais. A satisfação dos profissionais tem sido considerada como um importante indicador do clima organizacional de uma empresa, sendo um elemento determinante da avaliação do seu desempenho.” NUCLEO DE QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO (2004, p.4)

Segundo IDVALL, ROOKE, e HAMRIN (1997), a satisfação profissional atinge grandes áreas, isto é, produz não só efeitos na instituição, como também nos utentes/clientes e na equipa. Também KENAGY, BERWICK e SHORE (1999) afirmam que a satisfação profissional exerce interferência na qualidade do cuidado e na satisfação do utente/cliente. Contudo é importante ressaltar que satisfação profissional e motivação no trabalho não são sinónimos. Para Locke *apud* DEL CURA e RODRIGUES (1999, p.22), satisfação no trabalho consiste em “*um estado emocional agradável ou positivo, que resultou da avaliação de algum trabalho, ou de experiências do trabalho*”, isto é, a satisfação relaciona-se quer com aspectos intrínsecos do trabalho, quer com aspectos extrínsecos.

Já no que trata à motivação, (MARQUIS e HUSTON, 1999, p. 303) cita que esta é um cunho interno, “*tem origem no interior do indivíduo*”, isto é, “*é o desejo de esforçar-se para alcançar uma meta ou recompensa de modo que diminua a tensão causada pela necessidade.*”

Também GONÇALVES (1998), TAVARES (2008b) e ANDRADE (2001), referem que a satisfação profissional tem sido considerada de primordial importância, tem desfrutado de variadas investigações e está quase sempre associada simultaneamente à produtividade e à realização pessoal dos seus trabalhadores. ANDRADE (2001) acrescenta ainda que, estes estudos foram realizados para identificar por um lado, o que mais influencia e, por outro, as consequências que resultam dos diferentes níveis de satisfação profissional.

Todavia, como referem GONÇALVES (1998), e TAVARES (2008b), os problemas relativos com a situação profissional, isto é, com a profissão, encontram-se constantemente na ordem do dia, traduzindo-se em preocupações pelo fenómeno em si, nas suas particularidades, variações, evolução, estágio actual, perspectivas, na sua relação com o homem e a sociedade e na situação específica do homem enquanto sujeito e objecto de trabalho e acrescentam ainda que, o indivíduo no desempenho da actividade profissional está abrangido por múltiplas preocupações, que geralmente se relacionam com o posto de trabalho (funções, responsabilidades, riscos, condições de trabalho).

Já GRAÇA e REIS (1993) vão mais longe e referem que os agentes psicossociais resultam da interacção entre condições de vida no trabalho e características físicas, psicológicas e culturais do trabalhador, estando nelas incluídas os estilos de vida e condições de vida em geral. Ressalvam mesmo que desta interacção resulta a forma como o trabalho é cumprido, a satisfação do trabalhador e a qualidade da sua própria saúde.

Relativamente à evolução do conceito de satisfação profissional, inicialmente era aplicada a palavra “moral”, relacionando-a com a atitude de satisfação do emprego com o desejo de o possuir e a vontade de lutar pelos fins do empregador. (Vitelis, *cit in* FRANCÉS, 1984)

Depois, DAVIS e NEWSTROM (1992) definiram satisfação profissional como sendo um aglomerado de sentimentos favoráveis com os quais os funcionários vêem o seu trabalho.

Posteriormente, Locke *cit in* MARTINS e SANTOS (2006, p.196) definiu “*satisfação como um estado emocional agradável ou positivo, que resulta de algum trabalho ou de experiências no trabalho, definição que tem, ainda hoje, o impacto mais importante para o conceito.*”

De acordo com TAVARES (2008b, p.18), “*a satisfação profissional pode ser encarada como uma atitude global, ou então, ser aplicada a determinadas partes do cargo ocupado pelo indivíduo. Como qualquer outro tipo de atitude, a satisfação profissional é, geralmente, formada durante um determinado período de tempo, na medida em que os indivíduos vão obtendo informações sobre o ambiente de trabalho; contudo, a satisfação no trabalho apresenta-se dinâmica, uma vez que pode deteriorar-se muito mais rapidamente do que o tempo necessário para se desenvolver.*” Neste sentido alguns autores consideram a satisfação no trabalho como parte da satisfação na vida, uma vez que o ambiente extrínseco ao trabalho influencia consideravelmente os sentidos do indivíduo no trabalho e, de igual forma, a satisfação profissional influencia, também, o sentimento da satisfação global com a vida.

MARTINS (1984, p.2) menciona ainda que, na parte inicial do século XX, Taylor considerava que a satisfação no trabalho “*era uma atitude relativa à filosofia do trabalhador acerca da cooperação com a gerência de sua visão de seus próprios interesses.*”

O mesmo autor, baseando-se na definição atrás transcrita, afirma que o ser humano usa da sua cultura individual para avaliar o seu trabalho, e daí resulta um estado emocional que, se for agradável, produz satisfação, caso seja desagradável, leva a insatisfação. Assim, satisfação profissional é uma variável de natureza afectiva, que se constitui num processo mental de avaliação de experiências no trabalho que resulta num estado positivo ou negativo.

No entanto, segundo MARTINS e SANTOS (2006), outros pesquisadores levaram a cabo os estudos de Taylor, nomeadamente um grupo de pesquisadores de Hawthorne, alargando os factores relacionados com a satisfação, incluindo aspectos como importância dos grupos informais de trabalho, da supervisão recebida, pausas para descanso, a percepção que o trabalhador tinha do seu trabalho, entre outros.

Posteriormente, já durante a Segunda Guerra Mundial, um movimento das relações humanas deu especial destaque ao crescimento mental do trabalhador como principal causa da satisfação. “*Para esse movimento, redefinir o trabalho, tornando-o mais desafiante e rico, mostrava a responsabilidade e o cuidado da empresa para com o trabalhador, o que aumentava a sua satisfação.*” MARTINS e SANTOS (2006, p.196)

Assim, pode-se perceber que a satisfação profissional tem sido definida quanto a aspectos motivadores mais relevantes e ao modo como eles podem ser combinados. O autor

refere mesmo que poucos autores se preocuparam em definir satisfação profissional como um conceito integrado que reúna numa só definição diferentes aspectos relacionados na literatura ao conceito de satisfação profissional. (MARTINS, 1984)

Portanto, após várias décadas de investigação, ainda não há na literatura um acordo sobre as causas e componentes da satisfação profissional. “*Há, de um lado uma tendência a investigar o aspecto disposicional do indivíduo (Davis-Blake & Pfeffer, 1989; Gerhart, 1987; Staw, 1984) e do outro, uma tendência mais actual de definir o constructo como sendo de natureza afectiva, atitudinal, e determinado por variáveis multiníveis individuais, grupais ou organizacionais*” segundo afirmam Brief e Weiss *cit in* MARTINS e SANTOS (2006, p.197).

Contudo, foram identificados através de um estudo factorial de MARTINS (1984) e posteriormente realizado também por MARTINS e SANTOS (2006), que se reuniam catorze aspectos teóricos, entre eles, aspectos da chefia, insuficiência do salário, riscos de trabalho, carga de trabalho, reconhecimento do trabalho realizado, estabilidade do emprego, fadiga, estabilidade da organização, aspectos físicos do trabalho, interesse pelo trabalho e pela organização, relacionamento com os colegas, contribuição da organização para a melhoria da sociedade, utilidade da organização para a sociedade e para o empregado e promoção por mérito. Após a sua identificação, foram agrupados em quatro factores tendo por base o seu conteúdo semântico, que são eles, trabalho em si (engloba carga de trabalho, responsabilidade e interesse pelo trabalho e pela organização), condições de trabalho, (engloba riscos, fadiga, aspectos físicos e relacionamento com colegas), organização (engloba estabilidade do emprego, reconhecimento pelo trabalho realizado, estabilidade da organização, contribuição da organização para a sociedade e utilidade da organização para a sociedade e para o empregado) e benefícios do trabalhador (engloba aspectos da chefia e salário).

De acordo com TAVARES (2008b) e após se observar os conceitos recolhidos, constata-se que a satisfação profissional tem um conceito muito complexo, que reflecte um critério subjectivo, uma vez que na mesma situação podemos ter um indivíduo satisfeito e outro insatisfeito e apura-se também que a satisfação profissional tem uma componente pessoal/psíquica e outra mais social.

A satisfação profissional trata-se de um estado subjectivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, algumas das quais provocam mais satisfação ou são mais aceitáveis do que outras, e ainda, que pode estar sujeita à influência de forças internas ou externas. (MARTINEZ, PARAGUAY e LATORRE, 2004; HESPANHOL, 2008)

Assim, “*o conceito de satisfação profissional é um constructo que visa dar resposta a um estado emocional positivo, ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho, sendo essa satisfação apresentada, pela generalidade dos especialistas, como um sentimento e forma de estar positivos, perante a profissão; quando*

tal sentimento e forma de estar na profissão não se verificam, mercê de factores de diversa índole, surgem, então, manifestações de sentimento contrário, concretizando-se a presença de insatisfação.” (TAVARES 2008b, p.19)

GONÇALVES (1998) refere mesmo que, a satisfação profissional é geralmente apresentada como um sentimento e uma forma de estar positivos perante a profissão.

Já GRAÇA (2000, s/p) menciona que, *“a satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através duma opinião do tipo, “Gosto de ser médico de família” ou “Gosto do meu médico de família.” Enquanto atitude, a satisfação tem três componentes:*

- *Afectiva (“Não gosto do que faço neste centro de saúde”);*
- *Cognitiva (“O meu trabalho é muito rotineiro”);*
- *Comportamental (ou, melhor, de intenção comportamental ou de tendência para a acção) (“Tenho pensado ultimamente em concorrer ou pedir transferência para outro centro de saúde”).”*

GRAÇA (2000) menciona que geralmente as atitudes, como por exemplo a satisfação, são avaliadas através de questionários, testes ou escalas, partindo-se do princípio que esta varia entre um pólo positivo (satisfeito) e um pólo negativo (insatisfeito), e tem diferentes graus de intensidade como por exemplo, muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito.

“Em termos simplistas, poderíamos definir a satisfação no trabalho como o resultado da avaliação (periódica) que cada um de nós faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização das suas necessidades, preferências e expectativas profissionais.” GRAÇA, (2000, s/p).

No entanto, segundo o mesmo autor, trata-se sim de uma atitude multidimensional uma vez que a satisfação se manifesta em relação a algo concreto e específico como por exemplo a profissão médica, o centro de saúde, as condições de trabalho, a relação terapêutica, as oportunidades de formação contínua e as relações com os colegas, entre outros.

3.1.1 - Factores intervenientes na Satisfação Profissional

Segundo GONÇALVES (1998), diversos autores como Herzberg, Mausner e Snyderman sustentaram a ideia de que certos aspectos da profissão eram fontes de satisfação, desde que, se manifestassem como positivos para o trabalhador. De entre variados aspectos que influenciam a satisfação profissional, pode-se apontar como verdadeiros motivadores de base

da satisfação profissional aspectos intrínsecos como, o sucesso na tarefa de cumprir, a sua natureza, a estima dos outros, a responsabilidade assumida e as promoções obtidas.

No que toca a factores relacionados com a insatisfação profissional, Herzberg, Mausner e Snyderman referem, a política, a administração, as condições de trabalho, o salário, o enquadramento e as relações com os colegas, factores que são considerados como sendo contextuais ou extrínsecos à profissão. (GONÇALVES, 1998)

Relativamente aos factores subjacentes à satisfação profissional, a literatura traça um panorama completo no que toca às suas determinantes ou factores.

No estudo de monitorização da satisfação profissional realizada pela UMCCI (2010) nas Unidades de Cuidados Continuados, chegou-se à conclusão que os colaboradores são maioritariamente jovens (até 35 anos) e mulheres, destacando-se na distribuição por profissões os enfermeiros e os auxiliares. Apresentando na distribuição da satisfação global por profissões, em primeiro lugar o enfermeiro, em segundo os auxiliares e por último o médico, acrescentando que 91% da população estudada apresentam-se como satisfeito, muito satisfeito e completamente satisfeito. Nas razões para a satisfação, destaca-se o bom ambiente de trabalho, logo seguida da realização pessoal e boas condições de trabalho, encontrando-se no lado oposto a autonomia no desempenho das tarefas e a boa organização.

Também RATO, RODRIGUES e RANDO (2010) realizaram um estudo de caracterização do pessoal humano da RNNCI e chegaram à conclusão, que a população estudada era maioritariamente do sexo feminino, com idade inferior a 35 anos e com contrato a tempo indeterminado, sendo que a maior percentagem da população são enfermeiros e auxiliares.

Já PEREIRA, SOARES e MCINTYRE (2001) referem que a população estudada e maioritariamente casada ou vive em união de facto, sendo seguidos pelos solteiros, MARTINEZ, PARAGUAY e LATORRE (2004) acrescentam ainda que chegaram à conclusão que relativamente ao estado civil não encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação com a satisfação profissional.

DEL CURA e RODRIGUES (1999) revelam no seu estudo, que na generalidade os enfermeiros estão satisfeitos profissionalmente. Relativamente aos factores maiores causadores de insatisfação, apontaram o nível salarial, a qualidade de supervisão, o relacionamento com a equipe de trabalho e as condições de trabalho, e referem também que, relativamente aos enfermeiros, quanto maior o tempo de serviço, maior é o nível de satisfação evidenciado, e que os enfermeiros vêem como altamente satisfatório o trabalho como fonte de desenvolvimento pessoal.

Um dos factores subjacente à satisfação profissional, é o grau de importância atribuído à profissão. TAVARES (2008b) narra que Porter realizou um estudo com o objectivo de conhecer o grau de importância dado a cinco áreas de necessidades (segurança, social,

estima, autonomia e auto-realização). Após a sua realização verificou-se que existe diferença significativa, dos dirigentes de nível mais elevado darem maior importância, do que os de nível mais baixo, às necessidades estudadas, sendo que nas áreas de autonomia e auto-realização se verifica uma tendência geral de se dar maior importância pelos níveis de chefia mais elevados. Já FRANCÉS (1984) relativamente ao grau de importância que a profissão tem sobre os indivíduos, averiguou que os mais satisfeitos tendo por base o *Job Descriptive Index*, referem cinco aspectos do desempenho profissional (função, salário, superior hierárquico, colegas, e possibilidades de promoção), acrescentando que os resultados demonstram que, quanto menos satisfeitos estão os indivíduos relativamente a estes aspectos do desempenho no trabalho, mais importância lhe atribuem.

O mesmo autor expõe que é de extrema importância referir que “quando o emprego não é satisfatório, é-se tanto mais feliz, quanto menos importância se lhe atribui. Mas, a pouca importância atribuída pode levar a uma atitude de negação e a um mecanismo de defesa. Continua o mesmo autor dizendo que *“alguns indivíduos tendem a negar a importância do seu trabalho, porque ele não lhes dá daquilo que esperam dele”* (1984, p.39)

Outro factor subjacente à satisfação profissional é a saúde mental, DuGas *cit in* TAVARES (2008b, p.30) refere que *“o bem-estar físico, mental e social de todas as pessoas é um objecto inatingível, acrescentando que durante a vida, o Homem está em permanente interacção com o ambiente, devendo aquele possuir capacidades para se adaptar às mudanças do meio onde está inserido: material, familiar, profissional e social.”* Logo induz-se que a saúde não depende do êxito isolado de um só factor de equilíbrio, independentemente da sua natureza (fisiológica, psicológica ou sociocultural), mas como refere Cordeiro *cit in* TAVARES (2008b, p.30) *“depende da sua recíproca capacidade vicariante e da plasticidade e adequação de resposta dos mecanismos de defesa pessoais, sociais e culturais”*.

De acordo com VASQUEZ (1990), existem vários investigadores a reflectirem sobre os elementos que constituem um estado de saúde mental, e expõe que os critérios mais frequentes são: percepção real e coerente de si mesmo, relações interpessoais positivas, atitude positiva perante todos, percepção correcta da realidade, alta resistência ao stress, autonomia intelectual, económica e hábitos de auto-cuidado.

Relativamente à importância da saúde mental no trabalho, há autores como Llopis e Aliaga que, consideram-na como causa de insatisfação profissional, enquanto outros consideram-na como um efeito da insatisfação profissional. Argyris e Kornhauser realizaram um estudo onde chegaram à conclusão que havia uma correlação entre satisfação profissional e saúde mental. (GONÇALVES, 1998; TAVARES, 2008b)

Outro factor subjacente à satisfação profissional é a especialização, ou abordada muitas vezes, como “qualificação”. Num estudo realizado por Baldamus *cit in* FRANCÉS

(1984), este chega à conclusão de que existe uma correlação negativa forte entre qualificação e taxas de despedimento. O autor acrescenta ainda que a noção de qualificação/especialização comporta dimensões que influenciam e muito a satisfação profissional.

De acordo com TAVARES (2008b), a ausência de especialização/qualificação surge como uma causa de insatisfação quando os funcionários são transferidos de funções mais qualificadas para funções menos qualificadas.

Também DAVIES e NEWSTROM (1992) reiteram que o facto do indivíduo se encontrar em níveis ocupacionais mais elevados tende a aumentar a satisfação profissional, uma vez que associado a isto, geralmente também possuem melhores salários, têm a possibilidade de desenvolver actividades que exigem o máximo das suas aptidões e capacidades e gozam de melhores condições de trabalho.

Outro factor subjacente à satisfação profissional é o absentismo e a rotatividade (*turnover*). De acordo com GONÇALVES (1998) o absentismo é um fenómeno social que tende a aumentar na generalidade dos países mundiais. Acrescenta ainda que, os investigadores deste fenómeno declaram que são as próprias organizações que criam as condições de absentismo.

Do ponto de visto económico, este fenómeno social abrange todas as causas de ausência, como por exemplo doença, acidentes, licença de maternidade, atenção a problemas familiares, sendo excepção as greves, formação dentro da organização, repouso semanal, férias e feriados. (Bulhões *cit in* RAMOS, 2002)

“De uma forma geral, as ausências ao trabalho têm sido divididas em dois grandes grupos: ausências inevitáveis e ausências evitáveis/voluntárias que envolvem o exercício de uma opção por parte de quem se ausenta.” Chadwick-Jones *cit in* TAVARES (2008b, p.33)

Alguns autores consideram como causas de absentismo os factores individuais (entre eles a idade, o tempo de serviço e traços de personalidade), os factores gerais da organização (como salários e promoções) e os factores no círculo de trabalho (como o tipo de chefia, o conteúdo do trabalho e as formas das equipas). (Porter e Steers *cit in* FRANCÉS, 1984).

O absentismo e o *turnover* têm sido, segundo GONÇALVES (1998), analisados essencialmente como resposta dos indivíduos à insatisfação profissional. Todavia algumas pesquisas mostram que a relação entre a insatisfação e o *turnover* não é muito forte, o que leva necessariamente a pensar que a influência da satisfação dos indivíduos será mediatizada por diferentes varáveis. (Caetano e Vala *cit in* GONÇALVES, 1998)

Comparativamente ao absentismo, a relação satisfação - rotatividade é moderada, já que por vezes este pode não ser voluntário, mas determinados por factores que não sejam relativos ao indivíduo. (GONÇALVES, 1998)

Outro factor subjacente à Satisfação Profissional é, as características da situação de trabalho. As características da situação de trabalho do indivíduo são muito abrangentes, já que se referem, de acordo com Vala *cit in* ANDRADE (2001, p.66), “às características da função que o indivíduo desempenha, às características do processo de tomada de decisão na organização e à sua influência na satisfação, bem como as formas de reforço existentes nessa mesma organização.” ANDRADE (2001) acrescenta ainda que apesar de não ser consensual, todas estas variáveis interferem na satisfação profissional do indivíduo.

ANDRADE (2001) refere que quanto maior for a variedade de habilitações necessárias para a execução de um determinado trabalho, maior será a sua satisfação profissional.

O mesmo autor, refere que neste sentido, sempre que seja necessário que o indivíduo goze de uma variedade de competências, vai fazer com que ele sinta satisfação, pois tem uma oportunidade de aplicar as suas competências. Associada a esta oportunidade é também importante o significado que os outros imputam às tarefas por nós realizadas, uma vez que também condiciona a nossa satisfação.

Uma das características que muito contribui para a satisfação profissional é a autonomia, segundo ANDRADE (2001, p.68), “Esta consiste na possibilidade que o trabalhador tem ou não de controlar as operações que executa, em termos de planeamento, de controle do ritmo e escolha dos procedimentos a utilizar.”

Walker e Marriot *cit in* FRANCÊS (1984), comprovaram também que a autonomia é uma das variáveis que mais influencia a satisfação. O facto de ter alguma liberdade e capacidade de decisão ou improvisar momentaneamente, ou mais largamente, os seus métodos de trabalho, são factores de satisfação.

Já ANDRADE (2001, p.68), refere que relativamente à enfermagem “esta variável relaciona-se não só com a possibilidade que o profissional tem de planear o seu trabalho, mas também está ligada à interdependência e indefinição de papéis que esta profissão tem em relação a outros profissionais da equipe de saúde.”

O Processo de tomada de decisão é também um factor subjacente à satisfação profissional. Relativamente ao processo de tomada de decisão o indivíduo como trabalhador, possui um envolvimento com a organização num grau variável, que depende dos objectivos/interesses do próprio e também da oportunidade que a organização lhe dá no que respeita à sua participação. Todavia independentemente do grau de importância que lhe é dado, o processo de tomada de decisão está associado positivamente à satisfação. (ANDRADE, 2001)

Outro factor subjacente à satisfação profissional é o reforço. Os reforços quer sejam intrínsecos (características pessoais, percepção que têm do trabalho e do desempenho), quer sejam extrínsecos (remuneração, reconhecimento do seu trabalho por colegas e superiores) possuem uma relação com a satisfação profissional. (ANDRADE, 2001)

O mesmo autor menciona que a remuneração, sendo uma das finalidades do trabalho, influencia a satisfação profissional, no entanto esta influência é variável para os diferentes indivíduos. Já FRANCÊS (1984) através dos seus estudos, relata que a remuneração tem um papel secundário na satisfação profissional, e refere mesmo que a remuneração, independentemente da categoria de trabalhadores avaliados, quando compara com aspectos intrínsecos, não é uma grande responsabilidade na avaliação da satisfação.

No entanto, e segundo ANDRADE (2001), no caso da Enfermagem ou nos diferentes grupos profissionais geralmente este papel da remuneração pode ser secundário, uma vez que as remunerações são tabeladas e por consequência previsíveis.

ANDRADE (2001) revela que outra variável que funciona como reforço extrínseco é as relações com superiores hierárquicos, no entanto considerada como uma variável com pouca influência no comportamento da variável satisfação. Já FRANCÊS (1984), refere que na generalidade as qualidades do superior hierárquico têm mais importância do que as relações com os colegas.

Relativamente aos profissionais de saúde, que essencialmente assenta num trabalho de equipa, esta variável tem uma maior correlação com a satisfação do que em outras profissões. (ANDRADE, 2001)

Também as características individuais como o sexo e idade são factores subjacentes à satisfação profissional. De acordo com ANDRADE (2001) o sexo do indivíduo é uma das variáveis mais estudadas. Relata ainda que associadas ao sexo, existem atribuições de índole familiar e de cariz social (como por exemplo a maternidade) e características biológicas e socioculturais que podem atribuir um significado diferente numa mesma realidade ao facto de ser homem ou mulher, significado esse que pode ter repercussões no desempenho e no modo como avaliam a satisfação.

No entanto, ROBBINS (1999) menciona que nos estudos que têm sido desenvolvidos não existe diferenças relevantes na correlação entre sexo e satisfação profissional, isto é, não há evidência de que a satisfação profissional é influenciada pelo sexo.

A variável idade também é uma das variáveis utilizadas aquando da avaliação da satisfação profissional, mas no entanto, tem sido uma tarefa difícil estabelecer uma relação directa entre estas variáveis, uma vez que existem outras variáveis que influenciam o seu comportamento, quer este seja positivo ou negativo. ANDRADE (2001)

Contudo, ROBBINS (1999) menciona que há estudos que demonstram que existe uma correlação positiva entre idade e satisfação, todavia existem também estudos que demonstram que esta correlação não é tão linear, apresentando resultados contraditórios. O mesmo autor, atribui esta discordância à formação profissional dos indivíduos, referindo que a satisfação tem tendência a aumentar à medida que os profissionais envelhecem, por outro lado ela diminui entre os não profissionais durante a meia-idade e depois aumenta nos últimos anos. Logo deduz-se que os indivíduos mais velhos, independentemente da sua formação tendem a estar mais satisfeitos que os mais novos.

Já BATISTA, SANTOS, SANTOS, DUARTE (2010), realizaram um estudo com a temática, satisfação dos enfermeiros, e verificaram que existe uma relação entre a idade e satisfação profissional.

Também o tempo de serviço e a interação social são factores subjacentes à satisfação profissional. Segundo ANDRADE (2001) a variável tempo de serviço é uma variável muito estudada e que possui uma forte correlação com a satisfação. Pode-se mesmo estabelecer uma relação entre as oportunidades de progressão na organização e esta variável.

O mesmo autor faz referência ao facto de que *“se a progressão na organização for feita preferencialmente em função do tempo de serviço, pode-se estabelecer uma correlação entre a variável tempo de serviço e satisfação, tendo em conta a valorização que o indivíduo atribui às oportunidades de progressão.”* (2001, p.73)

Todavia a maioria dos estudos evidenciam que existe uma correlação positiva entre o tempo de serviço e a satisfação, isto devido provavelmente a um maior conhecimento sobre o trabalho e a uma maior estabilidade. (ROBBINS, 1999)

SANTOS, CUNHA, QUINTINHA (2008) realizaram um estudo onde observaram que no que toca à satisfação profissional dos enfermeiros, relativamente ao vínculo com a organização, existe uniformidade de resultados, mas que embora ligeiramente positivo, pode ser considerado baixo, por estar perto do valor médio. Isto é, concluíram que o tipo de vínculo não influencia significativamente o nível de satisfação profissional.

Já GRAÇA (1999c) concluiu que os médicos revelam estar globalmente mais satisfeitos, relativamente aos enfermeiros e ao pessoal de apoio, administrativos e auxiliares, SANTOS, SUSTELO (2009) acrescentam ainda que, a categoria profissional “administrativos” destaca maior satisfação profissional à organização e funcionamento do departamento, ao ambiente físico;

3.2 - Satisfação dos Utesntes

KOTLER (1996) menciona que os utentes/clientes, para a satisfação das suas necessidades procuram em cada produto a utilidade que eles próprios esperam para a satisfação das necessidades. Isto é, o utente/cliente satisfeito é aquele que sente e percebe que o atendimento das suas necessidades é pelo menos igual às suas expectativas.

Segundo DETZEL e DESATNICK (1995, p. 8), *“satisfação do utente/cliente é o grau de felicidade experimentada por ele. Ela é produzida por toda uma organização - por todos os departamentos, todas as funções e todas as pessoas.”*

Já CARÂP (1997) categorizou a satisfação dos utentes/clientes com os serviços de saúde em: satisfação com a acesso, que inclui conveniências (o tempo, a distância, a disponibilidade e a facilidade de agendamento); satisfação com as relações humanas (relacionadas ao calor humano, ao respeito, a gentileza, à disponibilidade para ouvir, habilidades no trato interpessoal); satisfação com a competência do profissional; satisfação com a quantidade de informações sobre o tratamento, procedimentos, exames e diagnósticos; satisfação com o resultado do tratamento e satisfação com as facilidades que incluem os aspectos funcionais, a adequação de equipamentos e laboratórios.

ANDRADE (2001) relata que para a satisfação dos utentes/clientes é importante ter inicialmente uma compreensão perspicaz das suas necessidades.

Porém, através da avaliação da satisfação dos utentes/clientes é possível determinar:

- Que motivos reflectem a satisfação ou insatisfação dos utentes/clientes;
- Deficiências do sistema e existência de problemas para se poderem corrigir;
- Se o objectivo da prestação de cuidados está a ser cumprido; SEPÚLVEDA (1998),

Todavia LEMME, NORONHA e RESENDE (1991) referem no que toca à relação entre satisfação e as características pessoais dos utentes/clientes existe ainda uma grande divergência entre os autores.

Weiss *cit in* LEMME, NORONHA e RESENDE (1991, p.41) aponta quatro grupos principais de determinantes da satisfação:

“1º- Características dos pacientes, incluindo as sócio-demográficas, as expectativas sobre a consulta médica e o estado actual de saúde.

2º- Características dos profissionais que prestam o atendimento incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a "arte do cuidado" prestado.

3º- Aspectos da relação médico-paciente, incluindo o estilo de comunicação entre os dois, bem como o "resultado" do encontro.

4º- *Factores estruturais e ambientais, incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas e outros.*”

Já SANTOS (1995) refere que relativamente a este conceito há a crítica de que a avaliação da satisfação do utente/cliente não tem a capacidade de fornecer um modelo teórico consistente. Contudo, posteriormente TURRIS (2005) menciona que na literatura ainda se destaca que a satisfação do utente/cliente é considerado um conceito pouco teorizado.

Para o mesmo autor, os actuais conceitos apenas permitem a construção de uma abordagem limitada para a obtenção da satisfação do utente/cliente, em vez disso deveria desenvolver a compreensão de questões mais amplas sobre as experiências relativas aos serviços de saúde.

Todavia ESPERIDIÃO e TRAD (2005) mencionam que a satisfação tem sido estudada como uma variável causal que leva o utente/cliente à procura do atendimento médico e, ao mesmo tempo, o resultado desta experiência.

FERREIRA e SECO (1993, p.159) referem que *“a satisfação dos utentes em relação ao seu estado de saúde e aos cuidados prestados pelas instituições de saúde não tem acompanhado a melhoria substancial do estado de saúde da população.”*

Os mesmos autores, mencionam que face à situação atrás transcrita há a necessidade de agir com o objectivo de prestar cuidados de saúde com qualidade e apresentar uma imagem mais correcta dos serviços de saúde, isto, através de um melhor acesso à saúde, uma melhor informação relativamente ao estado de saúde, entre outros.

No entanto têm-se verificado ao longo do tempo uma melhoria substancial relativamente aos cuidados prestados pelas variadas instituições, há hoje em dia uma maior esperança média de vida, e pode-se mesmo referir que tem havido grandes progressos no que toca aos cuidados de saúde, medicina preventiva e promoção da saúde. (FERREIRA e SECO, 1993)

No lado contrário, segundo os mesmos autores, a satisfação dos utentes/clientes relativamente ao seu estado de saúde e aos cuidados prestados pelas diferentes organizações de saúde tem diminuído. Segundo Barsky *cit in* FERREIRA e SECO (1993) alguns factores que justificam esta diminuição são o facto de haver cada vez mais avanços na medicina, provocando uma diminuição da mortalidade e por consequência um aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativa.

Segundo ESPERIDIÃO e TRAD (2005), na generalidade da literatura sobre satisfação dos utentes/clientes é particular observar que existem resultados com altas taxas de satisfação.

Staniszewska & Ahmed, *cit in* ESPERIDIÃO e TRAD (2005, p.304) mencionam que *“este fenómeno é conhecido na literatura como efeito de “elevação” das taxas de satisfação e é*

reportado mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. Tal facto tem levado os pesquisadores a questionar a validade de tais estudos, uma vez que, é pouco provável que os profissionais de saúde realizem sempre um “cuidado perfeito””.

No entanto alguns autores como COLLINS & NICHOLSON (2002) verificaram que devido à sua complexidade o termo satisfação nem sempre é compreendido pelo utente/cliente.

Já de acordo com WILLIAMS, COYLE, HEALY (1998), a não compreensão do termo satisfação pode servir de explicação para as altas taxas de satisfação verificadas em diferentes investigações, referindo mesmo que a expressão de satisfação do utente/cliente pode não reflectir uma avaliação positiva, isto é, o utente/cliente pode-se sentir satisfeito independentemente da boa qualidade do cuidado recebido, manifestando-se a insatisfação unicamente em acontecimentos extremamente negativos.

Todavia ANDERSON (1998) menciona que investigar a respeito da satisfação dos utentes/clientes continua a ser uma tarefa fundamental, já que, o seu entendimento pode propiciar uma avaliação de desempenho na perspectiva da satisfação do utente/cliente.

Já PISCO (2001) relata que na melhoria da prestação de cuidados de saúde é importante verificar em que medida os serviços de saúde conseguem ir de encontro às necessidades dos utentes/clientes, daí ser indispensável ouvir as opiniões dos utentes/clientes, verificar em que ponto os cuidados prestados contribuíram para a sua melhoria, resolver o seu estado de saúde e aumentar a sua qualidade de vida.

“É consensual, que a satisfação dos utentes tem sido considerada, ao longo dos últimos tempos, como alicerce fundamental no qual se deverá edificar toda a organização dos serviços de saúde que visem a qualidade dos cuidados.” RIBEIRO, (2008, p.78)

SANTOS (1993) vai mais longe e refere que jamais existe qualidade se houver insatisfação no seio dos utentes/clientes. A satisfação com os cuidados recebidos depende maioritariamente das experiências aquando da prestação desses cuidados.

Também Amado *et al cit in* RIBEIRO (2008, p.78) consideram que *“os factores de insatisfação dos utentes numa instituição de saúde prendem-se também com aspectos organizacionais e recursos existentes, com o tempo de espera demasiado alargado pelos resultados clínicos, e com a informação recebida. Salientam que a satisfação é uma expressão de um sentimento pessoal do utente sobre os serviços.”*

RIBEIRO (2008) refere ainda que os utentes/clientes são juizes de excelência quando se trata de avaliar determinados aspectos dos cuidados de saúde, como por exemplo as aptidões comunicativas e relacionais, já que, cada vez mais se consideram elementos participativos no sistema de saúde.

Segundo vários autores, a monitorização do nível de satisfação dos utentes é uma condição imprescindível para o êxito de qualquer organização, fundamentalmente importante para os profissionais que se preocupam com a qualidade do seu desempenho e indispensável para a avaliação da qualidade como para o planeamento, gestão e administração dos sistemas de cuidados de saúde, uma vez que esta avaliação pode permitir detectar os “pontos fracos” deste sistema de saúde, que importa melhorar e corrigir. (FORTUNA, AMADO, MOTA, LIMA, PINTO, 2001; LUCAS, 2002; RIBEIRO, 2008)

GRAÇA (1999b) acrescenta ainda que, a satisfação pode ser medida e verbalizada através de uma opinião, daí poder ser considerada como um sentimento, uma emoção ou uma atitude. Enquanto atitude, esta pode compreender aspectos, comportamentais, afectivos, cognitivos e avaliativos.

Já Linder-Pelz *cit in* FRANCO e FLORENTIM (2006, p.22) refere que a satisfação dos utentes/clientes *“é uma atitude individual que resulta de uma avaliação positiva de várias dimensões distintas de cuidados de saúde. Ela deve ser entendida dentro de um contexto no qual um conjunto de elementos pode ser mais ou menos satisfatório para o próprio utente.”*

De facto, o conhecimento do grau de satisfação do utente/cliente permite às organizações analisar a sua actuação e corrigir as suas possíveis deficiências. Neste contexto a satisfação constitui *“a possibilidade de abrir a organização para o cidadão indo além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, incorporando a opinião e reivindicações da população neste processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projectos comuns para a saúde.”* (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p.1349)

Contudo, PEGO (1999) menciona que para se compreender/entender as fontes de satisfação/insatisfação do utente/cliente, tem que se ter conhecimento das variadas dimensões da satisfação, avaliando e interpretando-as separadamente para se poder extrair informações pertinentes e específicas.

Segundo GOMES (2008), o utente/cliente para se sentir satisfeito com os cuidados de saúde necessita que os profissionais de saúde lhe ofereçam atenção, carinho, dedicação, que manifestem paciência, compreensão e se preocupem com a sua privacidade.

PISCO (2003, p.25) afirma que *“é bom ter em atenção que um fraco ou um menos bom desempenho na satisfação não implica necessariamente que as organizações estejam em falta em relação ao cumprimento de padrões de qualidade de cuidados ou que não sejam seguras; apenas indicam que experiência por que os seus utentes passaram foi fraca”.*

GASQUET (2000) notifica para o facto de haver quatro importantes dimensões da satisfação, a satisfação global que abrange a visão do utente/cliente sobre os cuidados recebidos; a estrutura, que geralmente abrange o tempo de espera pelos cuidados e os

aspectos administrativos, onde se constata que quanto maior o custo financeiro dos cuidados para o utente/cliente, menor a satisfação e que subsiste maior satisfação quando existem melhores condições de acessibilidade, continuidade de cuidados; o processo, que abrange os procedimentos técnicos dos cuidados prestados aos utentes/clientes, geralmente relacionada com os aspectos relacionais, e por último os resultados, isto é, uma melhoria no estado de saúde associa-se automaticamente a um nível superior de satisfação.

SILVA (1999) refere que existem diferentes modelos que mensuram a satisfação do utente/cliente, mas que todos têm como propósitos a percepção do utente/paciente relativamente às suas expectativas, valores e desejos.

3.2.1 - Factores intervenientes na Satisfação do Utente/Cliente

No estudo de monitorização da satisfação do utente/cliente realizada pela UMCCI (2010), concluiu-se que geralmente, a população estudada evidencia um elevado grau de satisfação com as Unidades da RNCCI, num estudo realizado pela RNCCI (2008) conclui-se que 96,6% dos utentes avaliaram a satisfação com as unidades como boa ou muito boa, dando maior valorização à organização dos serviços.

O mesmo autor concluiu relativamente a 2009, que a distribuição percentual da origem da referenciação dos utentes foi de, 69% dos Hospitais e 31% dos Centros de Saúde, e apesar de os Hospitais referenciarem duas vezes mais relativamente aos Centros de Saúde, estes valores demonstraram que relativamente ao ano de 2008, os Centros de Saúde referenciaram mais 10% e os Hospitais menos 4%. Chegaram ainda à conclusão que em 2009, houve um aumento do número de utentes do sexo masculino, que 80,5% dos utentes referenciados tem mais de 65 anos e que 42% dos utentes referenciados tem mais de 80 anos, relativamente ao estado civil verificou-se que os casados estão em maioria sendo que existe um aumento dos solteiros e um decréscimo dos viúvos, aumentando também os utentes sem escolaridade.

Um dos factores subjacentes à satisfação do utente/cliente é a relação médico-utente. De acordo com MACIEL-LIMA (2004) a relação médico-utente tem ultimamente sofrido um revés no que toca à relação tradicional, uma vez que por meio da imprensa tem-se tomado conhecimento de processos, denúncias e escândalos que envolvem médicos, enfermeiros, psicólogos, divulgando a distância cada vez mais existente entre as partes no que diz respeito à ética, à confiança e à credibilidade no tratamento proposto. MACHADO (1995, p.56) refere mesmo que *“a cumplicidade até então existente entre as partes foi rompida.”*

Contudo MACIEL-LIMA (2004) relata que a subjectividade, uma das características da relação médico-utente deu lugar à objectividade. Indo de encontro com as modernas normas

administrativas, os profissionais de saúde são incitados a adoptar atitudes que não os assemelha a profissionais que detêm autonomia técnica mas sim a técnicos controlados burocraticamente.

No entanto, SANTOS (1996) descreve também como determinantes para a satisfação dos utentes/clientes, as competências relacionais do médico, (disponibilidade de comunicação com o utente/cliente e família, preocupação dele e de outros profissionais demonstrada em relação ao utente/cliente e família e resposta às necessidades emocionais do utente/cliente e família), ambiente em que o utente/cliente é atendido (dimensão e enquadramento exterior do edifício, limpeza e conforto, estado de conservação e facilidade de acesso), saber médico (tratamentos médicos utilizados, tecnologia médica empregue, capacidades de diagnóstico e competências dos outros profissionais), organização do trabalho (tempo dispendido de espera de tratamento, prestação eficiente do serviço).

“Contudo encontraram correlações com a satisfação do utente com o seu médico, para além de outras características do regime terapêutico prescrito pelo médico e do tipo de serviços prestados, continuidade de prestação de cuidados médicos, (...) organização adequada da unidade de saúde, vigilância médica contínua da terapêutica, encorajamento à auto-vigilância do utente e regime terapêutico simples;” (HESPANHOL, 2003, p.64)

O mesmo autor, refere que, quando os utentes/clientes experimentam situações semelhantes os relatos de má prática são geralmente frequentes em utentes/clientes insatisfeitos com os seus médicos do que em utentes/clientes satisfeitos com os seus médicos.

FERREIRA (2000) refere também que quando se trata de aspectos respeitantes aos cuidados técnicos que os utentes/clientes não estão aptos para os avaliar, estando por vezes satisfeitos com cuidados inadequados.

Todavia KAIM-CAUDLE e MARSH (1975) referem que o facto de haver um nível elevado de satisfação dos utentes/clientes, não significa necessariamente que existe uma elevada qualidade de cuidados clínicos. O mesmo autor, menciona que os utentes/clientes não têm capacidade de avaliar a qualidade de cuidados que recebem nem a quantidade que necessitam, e alude para o facto de que um utente/cliente insatisfeito com um médico pode ter recebido melhores cuidados que o utente/cliente do mesmo ou de outro médico.

Já Roter *cit in* HJORTDAHL e LAERUM (1992) discorda do juízo atrás mencionado, referindo que a satisfação do utente/cliente geralmente reflecte a capacidade técnica do médico.

FERREIRA (2000) no seu estudo alerta para o facto de que foram detectadas correlações entre a relação médico-utente/cliente e as avaliações realizadas pelos utentes/clientes, isto é, que existe satisfação nos utentes/clientes quando há uma boa comunicação com os médicos, e vice-versa.

No que toca à relação entre satisfação do utente/cliente e qualidade em Enfermagem, segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003), a satisfação que é considerado um indicador da qualidade e produtividade em enfermagem, *“é um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem, pelo facto desta resultar de uma evolução positiva ou modificação operada no estado de diagnóstico de enfermagem após as intervenções”* (p. 6).

Por sua vez a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) descreve inúmeros elementos importantes para a satisfação do utente/cliente relacionada com os procedimentos de prestação de cuidados de enfermagem, entre os quais:

- ◆ Respeito pelas crenças, valores e desejos de natureza individual do utente/cliente;
- ◆ Considerar o utente/cliente e a família como parceiros no planeamento de cuidados;
- ◆ A sucessiva procura da empatia nas interacções com o utente;
- ◆ Compromisso do enfermeiro em minimizar o impacto negativo no utente/cliente, incitado pelas mudanças de ambiente devido à necessidade de assistência na saúde;

De acordo com RIBEIRO (2008), Silva e Dias realizaram um estudo onde verificaram uma correlação entre cuidados de enfermagem, enfermagem e satisfação dos utentes/clientes. O autor acrescenta ainda que Mahon concluiu que estudos recentes demonstram que a satisfação do utente/cliente para com os cuidados de enfermagem é o indicador mais importante de toda a satisfação dos utentes para com os enfermeiros. O mesmo autor, realizou ainda um estudo onde chegou à conclusão que havia uma correlação satisfatória entre a satisfação dos utentes/clientes e os cuidados de enfermagem, salvaguardando que existe sempre medidas que necessitam de ser melhorados.

Segundo CARVALHO E PACHECO (2002, p.21), são os utentes *“que podem fornecer-nos a informação válida acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem que recebem”*, realçando que a satisfação é uma indispensável ferramenta de pesquisa e planeamento. Acrescentam ainda que o enfermeiro na incessante procura da excelência profissional, persegue elevados níveis de satisfação dos utentes/clientes.

Para HESBEEN (2001, p.153), *“a prestação de cuidados com qualidade será fruto, sobretudo e por um lado, do desejo do prestador de cuidados reforçar, potenciar, dar criatividade aos recursos e aptidões pessoais, e, por outro lado, da procura da satisfação pelos resultados obtidos, ou pelo menos, pela sinceridade e pertinência das intenções que impulsionaram a acção desenvolvida”*

Segundo RIBEIRO (2008, p.84), *“para promover a satisfação do utente é fundamental direccionar as nossas intervenções às suas reais necessidades manifestadas e com o utente defender todos os seus interesses e direitos”*.

Na perspectiva de Furlong *cit in* RIBEIRO (2008), existe uma aproximação holística do enfermeiro perante o utente/cliente, na qual as necessidades dos utentes/clientes e familiares são o foco central do cuidar, isto porque o enfermeiro promove uma relação estreita com o utente/cliente através de cuidados individualizados.

Também o estado civil, tempo de internamento, idade e o sexo são variáveis subjacentes à satisfação do utente/cliente.

PEREIRA, SOARES, MCINTYRE (2001), realizaram um estudo onde concluíram que relativamente ao estado civil, não se observam diferenças significativas a nível da satisfação dos utentes, referindo no entanto que os casados ou em união de facto apresentaram índices maiores de satisfação.

Também relativamente ao tempo de internamento é cada vez mais uma necessidade para as organizações de saúde, o estudo da sua relação com a satisfação dos utentes/clientes, num estudo realizado por MARTINS (2009) concluiu-se que não existe uma relação estatisticamente significativa. Também a UMCCI (2010) concluiu que houve uma maior quantidade de utentes assistidos em unidades de convalescença, isto é, até 30 dias de internamento, já a RNCCI (2008) concluiu que a satisfação é idêntica para os utentes com diferente tempo de internamento, salvaguardando que se observa uma maior percentagem de satisfação nos utentes em convalescença e uma menor satisfação para os utentes em cuidados paliativos.

Outra variável subjacente à satisfação do utente/cliente é a escolaridade/habilitações literárias. SOUZA (1997) refere que embora não seja muito comum haver uma associação entre satisfação e escolaridade, há alguns estudos que apontam para haver uma correlação positiva entre satisfação do utente/cliente e escolaridade, afirmando que os utentes/clientes com menor escolaridade apresentem maior satisfação com os serviços. Também MARTINS (2009) menciona que no que toca a habilitações literárias dos inquiridos, existe algumas diferenças, aumentando ligeiramente dos que possuem como habilitações literárias o ensino básico para os que possuem ensino secundário, e volta a descer nos que possuem um curso superior. Já LOPES (1999), observou relativamente à escolaridade/habilitações literárias que utentes/clientes mais velhos comparativamente com os utentes/clientes mais novos, tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados prestados.

SOUZA (1997) refere que a variável idade é uma das variáveis que apresenta maior concordância entre os diferentes estudos. No entanto segundo ASPINAL, ADDINGTON-HALL, HUGHES, HIGGINSON (2003), tal explicação pode dever-se ao facto das características dos grupos, uma vez que são grupos mais idosos logo tendem a possuir um maior carisma ou menores expectativas. Também KURATA, NOGAWA, PHILIPS, HOFMAN, WERBLUN (1992) verificaram relativamente à idade que utentes/clientes mais velhos comparativamente com

os utentes/clientes mais novos, tendem a avaliar os cuidados prestados de uma forma mais positiva. Já na variável sexo, os mesmos autores, referem que através de diferentes estudos não se evidencia qualquer variação, já outros aludem ao facto de que as mulheres estão mais aptas a criticar os serviços, tornando-se ótimas informadoras para as pesquisas.

O mesmo autor, alude também a outros critérios, nomeadamente derivados da opinião dos utentes/clientes, como por exemplo, ser tratado com cortesia pela organização e pela equipa, ter profissionais de saúde disponíveis nas unidades, haver disponibilidades de consulta o mais breve possível, ser possível a execução de exames na unidade, informação adequada, conforto, qualidade dos equipamentos, confiança na equipa, horários de visitas, acessibilidade e privacidade.

Já SAULTZ e ALBEDAIWI (2004) realizaram um estudo onde demonstram a associação existente entre a continuidade de cuidados e satisfação do utente/cliente. Os autores chegaram à conclusão que existe uma significância bastante positiva entre continuidade do cuidado e satisfação do utente/cliente. PEREIRA, SOARES, MCINTYRE (2001), acrescentam ainda que os utentes mais satisfeitos com os serviços recebidos, são também aqueles que revelam um nível mais elevado de atitudes positivas, e têm uma melhor percepção da qualidade técnica e das relações interpessoais com os profissionais de saúde.

HJORTDAHL e LAERUM (1992) mencionam que também relativamente ao estado de saúde existe divergências, já que tendencialmente, os utentes/clientes que se sentem melhor de saúde, têm uma avaliação mais positiva dos cuidados prestados, em relação com os utentes/clientes que se sentem mal ou menos bem.

“A satisfação dos utentes consiste no modo como eles se apercebem dos serviços prestados e depende de duas ordens de factores:

- ❖ *As expectativas conscientes e as suposições inconscientes;*
- ❖ *Os utentes apercebem-se de um determinado aspecto do serviço porque já tinham expectativas conscientes ou suposições inconscientes, que são ou não alcançadas quando experimentam o serviço;*
- ❖ *Experiência com o serviço - muitas vezes os utentes não tomam consciência das suas expectativas ou suposições até experimentarem o serviço.”* (HESPANHOL, 2003, p.69)

XAVIER (1999) refere que o facto de existir cada vez mais exigência dos utentes/clientes dos serviços de saúde fez com que factores como, comunicação/informação, qualidade das instalações e desempenho dos profissionais de saúde fossem diferenciados e relacionados directamente com o processo de satisfação.

3.3 - Teorias da Satisfação

Segundo MARTINS (1984) alguns investigadores da satisfação dissociavam as teorias sobre satisfação em dois grupos, num primeiro reuniam as explicações teóricas relacionadas às causas da satisfação e num segundo reunia as teorias relativas ao conteúdo, mas todavia, segundo o mesmo autor, esta classificação incitava alguma confusão, uma vez que eram utilizadas teorias para explicar a motivação humana e não a satisfação profissional.

Segundo ANDRADE (2001, p.47) *“as principais teorias da motivação/satisfação baseiam-se em pressupostos variados e atendem muitas vezes a diferentes aspectos ou vertentes do processo da motivação/satisfação. Tendo em conta os aspectos que elas valorizam e a forma como centram as suas explicações numa ou noutra perspectiva, tem sido mais ou menos aceite que sejam classificadas como teorias do conteúdo ou do processo.”*

Também OLIVEIRA (2008) menciona que as diferentes teorias sobre motivação/satisfação podem dividir-se em dois grupos: as teorias de conteúdo e as teorias de processo.

As teorias de conteúdo são aquelas que se dedicam à análise do comportamento humano, são teorias estáticas e descritivas. (CUNHA, CABRAL-CARDOSO, CUNHA, REGO, 2007)

De acordo com OLIVEIRA (2008, p.18), *“essas teorias concentram-se nas necessidades internas que motivam o comportamento, ou seja, o conteúdo dos objectivos e aspirações do indivíduo. Sob essa abordagem, as pessoas agem de determinadas maneiras a fim de reduzir ou satisfazer suas necessidades.”*

Relativamente às teorias do processo, NEVES (1998) menciona que são teorias mais dinâmicas que pretendem compreender como é que a motivação e a satisfação ocorre e que processos lhe estão associados, narra ainda que o denominador comum é particularmente responder a uma questão, como é que os eventos e as recompensas interagem para satisfazer/motivar o comportamento numa dada direcção, ou seja, quais os factores que se vão associar e como vão actuar para determinar o sentido para a obtenção resultados que considera positivos.

“Nessa linha de raciocínio, as necessidades seriam apenas um dos elementos que, juntamente com as capacidades do indivíduo, as suas expectativas e a sua compreensão de quais comportamentos são necessários para atingir determinado objectivo, compõem o processo através do qual as pessoas decidem como se comportar.” (OLIVEIRA, 2008, p.24)

Neste sentido irá ser feita uma referência a algumas teorias do conteúdo e do processo relacionadas com a satisfação.

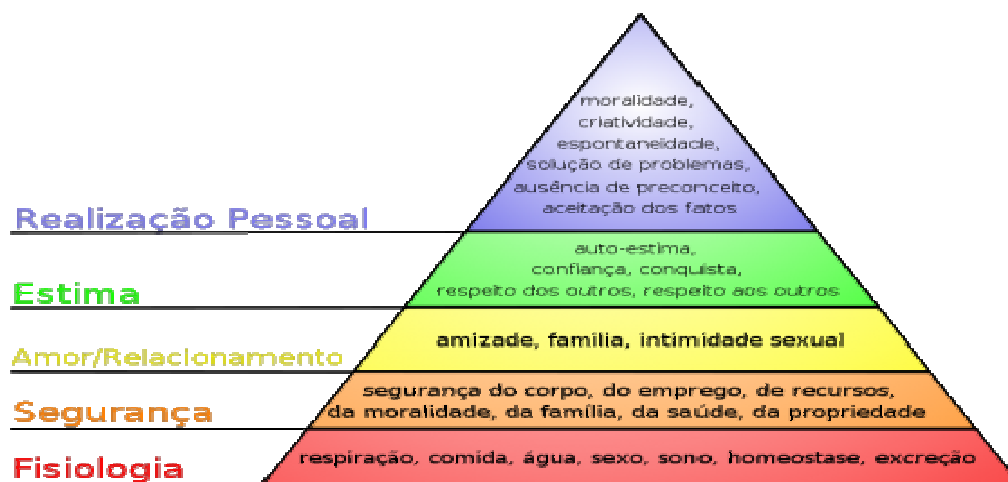
3.3.1 - Teoria da Hierarquia das Necessidades

De acordo com TAVARES (2008b), a teoria da hierarquia das necessidades, desenvolvida por Abraham Maslow (1954), é uma das teorias mais conhecidas. Esta reconhece cinco necessidades humanas obedecendo a uma ordem de prioridade dispostas em forma de pirâmide. Assim e por ordem decrescente de importância desde a base até ao vértice as necessidades são definidas do seguinte modo:

- ✓ Necessidades Fisiológicas: são as necessidades básicas de sobrevivência biológica, onde se inclui a sede, fome, sede, sexo, e outras necessidades corporais.
- ✓ Necessidades de Segurança: são as necessidades que visam a estabilidade do indivíduo, incluem segurança/protecção contra o perigo físico e emocional.
- ✓ Necessidades Sociais: são necessidades que envolvem a necessidade de amor e relacionamento humano, incluem afeição, aceitação social, filiação e amizade.
- ✓ Necessidades de Estima: são necessidades que incluem factores internos e externos de estima, internos como autonomia, senso de competência, auto-respeito, externos, como status, reconhecimento/prestígio e atenção.
- ✓ Necessidades de Auto-Realização: são necessidades que incluem o crescimento pessoal e o alcance da plena potencialidade da pessoa, isto é, impulso de maximizar as aptidões e capacidade potenciais.

Segundo o mesmo autor, Maslow integra no conjunto das necessidades diferentes aspectos da vida do homem, como as necessidades de sobrevivências, necessidades de relacionamento com os outros até às necessidades de se realizar ao mais alto nível, acrescenta ainda, que as necessidades mais altas unicamente influenciam o comportamento quando as necessidades anteriores estejam satisfeitas.

Figura nº 2: Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow



Fonte: http://leanconstruction.files.wordpress.com/2009/05/hierarquia_das_necessidades_de_maslow.png?w=450&h=294

Na teoria da hierarquia das necessidades de Maslow também se pode referir que existem duas classes de necessidades: as denominadas necessidades de baixo nível, que são satisfeitas externamente (remuneração, contracto de trabalho, relacionamento pessoal e profissional, etc.), e nestas incluem-se as necessidades fisiológicas e de segurança; e as denominadas de necessidades de alto nível, que são satisfeitas internamente (dentro da pessoa), nelas incluem-se as necessidades sociais, de estima e de auto-realização. (TAVARES, 2008b)

De acordo com NEVES (1998) o que é desejável é que a organização propicie a satisfação das necessidades, tanto as baixo nível como as de alto nível.

Quanto à sequência da hierarquia, KONDO (1994, p.17) lembra que, na verdade, o próprio Maslow salientou que *“as necessidades humanas não ascendem a hierarquia em sequência ordenada, ou seja, todas as cinco necessidades estão presentes, mas suas importâncias relativas gradativamente variam de um nível baixo para um alto, conforme nosso padrão de vida se eleva.”*

3.3.2 - Teoria dos Dois Factores - Motivadores e Higiénicos

Segundo FERREIRA, NEVES, CAETANO (2001), a Teoria dos Dois Factores é resultado de um estudo que Frederick Herzberg realizou com o objectivo de compreender o que o homem procura em situação de trabalho.

Já MARTINS e SANTOS (2006, p.196) mencionam que a Teoria dos Dois Factores de Herzberg é uma das pioneiras como proposta para explicar a satisfação profissional. *“Ela pressupõe a existência de dois grupos de factores, responsáveis, separadamente, pela satisfação no trabalho os motivadores, tais como o próprio trabalho, o desempenho, a promoção e o reconhecimento pelo trabalho executado; e pela insatisfação no trabalho os factores higiénicos, como supervisão, relações interpessoais no trabalho, política de organização e salário.”* A maior contribuição de Herzberg foi identificar a importância do crescimento psicológico como condição necessária para a satisfação no trabalho e demonstrar que este crescimento vem do próprio trabalho.

Também TAVARES (2008b, p.26) refere que nesta teoria, *“as pessoas têm dois conjuntos de necessidades - intrínsecas (ligadas ao próprio trabalho) e extrínsecas, sendo que estas últimas não produzem satisfação, mas apenas ajudam a evitar o descontentamento”*, sendo que as necessidades intrínsecas conduzem mais para o aumento da satisfação e as necessidades extrínsecas, quando não gratificadas, resultavam em atitudes negativas e insatisfação na actividade. Neste sentido, Vala *et al* (1983) *cit in* TAVARES (2008b) referem que os factores extrínsecos estão associados à decisão de permanecer na organização, já os intrínsecos à decisão de produzir.

Similarmente, Santos *cit in* HESPANHOL (2008, p.666) menciona que “Herzberg preconizou, na sua Teoria da Higiene-motivação, a existência de dois tipos de factores de trabalho:

- *Intrínsecos, factores de motivação que promovem a satisfação profissional, como por exemplo a realização de tarefas, o reconhecimento por essa realização, a natureza do próprio trabalho, a responsabilidade envolvida e o crescimento ou avanço proporcionado;*

- *Extrínsecos, factores higiénicos que impedem a satisfação profissional, como por exemplo a política e administração da companhia, supervisão, relações interpessoais com o supervisor, colegas e subordinados, condições de trabalho, salário, estatuto e segurança.”*

Também FERREIRA, NEVES, CAETANO (2001), e OLIVEIRA (2008), relatam que Herzberg defendeu que os factores intrínsecos produzem um efeito estável de satisfação e por consequência aumento da produtividade, isto é, quando excelentes elevam a satisfação, quando insuficientes, provocam ausência de satisfação. Já os factores extrínsecos ou higiénicos, que são relativos ao contexto de trabalho e neutros em relação à satisfação, quando existem em grau elevado, evitam a insatisfação. A figura seguinte apresenta alguns exemplos de factores motivacionais e factores higiénicos.

Quadro nº 1: Exemplos de Factores Motivacionais e Higiénicos

O diagrama apresenta dois colunas de fatores. A coluna da esquerda, intitulada 'Motivacionais', foca no 'Conteúdo do Cargo' e no 'Sentimento em relação ao seu cargo', listando cinco itens: 1 - O trabalho em si, 2 - Realização, 3 - Reconhecimento, 4 - Progresso, e 5 - Responsabilidade. A coluna da direita, intitulada 'Higiênicos', foca no 'Contexto do Cargo' e no 'Sentimento em relação a sua empresa', listando cinco itens: 1 - As condições de trabalho, 2 - Administração da empresa, 3 - Salário, 4 - Relações com o Supervisor, e 5 - Benefícios e incentivos sociais.

<i>Fatores</i>	
<i>Motivacionais</i>	<i>Higiênicos</i>
☞ Conteúdo do Cargo	☞ Contexto do Cargo
☞ Sentimento em relação ao seu cargo	☞ Sentimento em relação a sua empresa
☞ 1 - O trabalho em si	☞ 1 - As condições de trabalho
☞ 2 - Realização	☞ 2 - Administração da empresa
☞ 3 - Reconhecimento	☞ 3 - Salário
☞ 4 - Progresso	☞ 4 - Relações com o Supervisor
☞ 5 - Responsabilidade	☞ 5 - Benefícios e incentivos sociais

Fonte: http://www.portaladm.adm.br/ARH/arh1_arquivos/arh1.h3.jpg

De acordo com ROBBINS (1999), e como se observa na figura 3, Herzberg defende que satisfação e insatisfação não são opostos, isto é, retirar os factores relativos à insatisfação de um trabalho não provoca obrigatoriamente satisfação. Então, o oposto de Satisfação é Não-Satisfação e o oposto de Insatisfação é Não insatisfação.

Figura nº 3: Exemplo de Herzberg sobre os opostos de satisfação e insatisfação



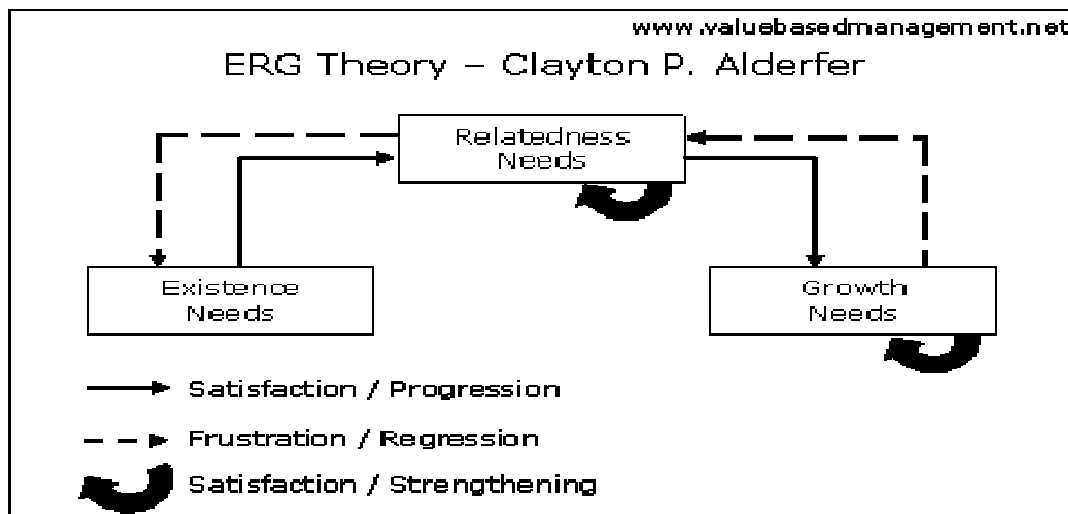
Fonte: http://br.monografias.com/trabalhos3/estimulos-semelhantes-efeitos-diferentes/estimulos-semelhantes-efeitos-diferentes_image003.gif

3.3.3 - Teoria ERG (existence, relatedness, growth)

Segundo OLIVEIRA (2008) esta teoria foi proposta por Alderfer e é bastante semelhante à teoria da hierarquia das necessidades de Maslow. Sugere-se que existam três grupos de necessidades numa relação sequencial, necessidades de existência (assimilam tanto as necessidades básicas fisiológicas como as de segurança), necessidades de relacionamento (dizem respeito a conseguir ser significativo e obter bom relacionamento social) e necessidades de crescimento (incluem as necessidades de estima e de auto-realização).

Segundo o mesmo autor, esta teoria ao contrário da teoria de Maslow, afirma que pode entrar em acção ao mesmo tempo mais de uma necessidade e por enfatizar que quando fracassam as necessidades superiores, as inferiores retornam, mesmo já tendo sido satisfeitas, ou seja, “*enquanto Maslow via as pessoas subindo sempre em sua hierarquia de necessidades, Alderfer via as pessoas subindo e descendo na hierarquia das necessidades de tempos em tempos e de situação em situação*”. (STONER e FREEMAN, 1985, p.326)

Figura nº 4: Teoria ERG



Fonte: http://www.valuebasedmanagement.net/images/picture_alderfer_erg.gif

3.3.4 - Modelo das Características da Função

Segundo CUNHA, CABRAL-CARDOSO, CUNHA, REGO (2007, p.163) “*As características do trabalho têm sido apontadas como uma das principais causas de (des)motivação.*” Segundo o mesmo autor, “*com base em evidência empírica, Hackman e Oldham chegaram à conclusão de que são cinco as características ou dimensões do trabalho que contribuem para fazer da função uma fonte de motivação.*” (2007, p.163)

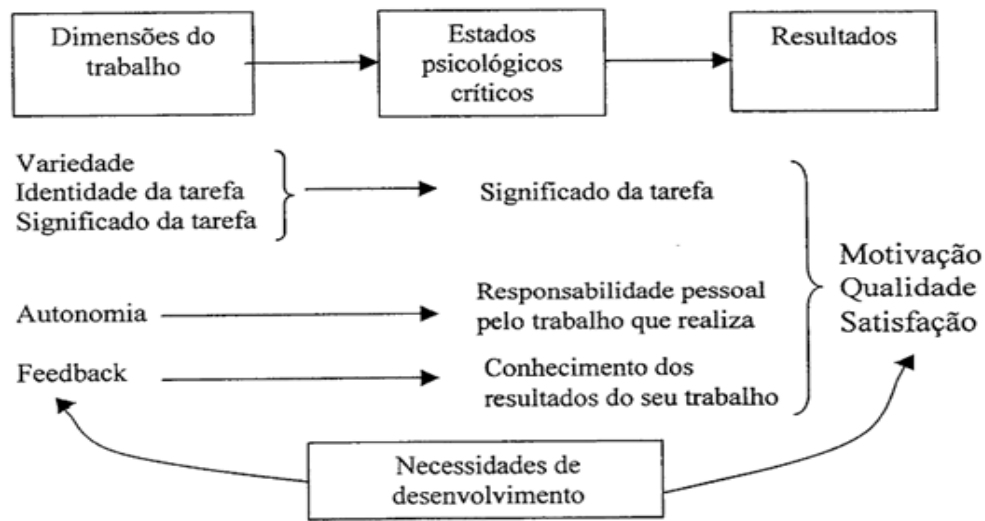
NEVES (1998) menciona que esta teoria tem duas ideias chave, primeiro, o trabalho deve ter cinco dimensões (variedade, identidade, significado, autonomia e feedback), que são tidas como fundamentais para que o indivíduo possua motivação e satisfação no trabalho, baixo absentismo e qualidade no desempenho; estas dimensões do trabalho proporcionam estados psicológicos experimentados pelo indivíduo (significação percebida, responsabilidade percebida e conhecimento dos resultados). No entanto Hackman e Lawler *cit in* (NEVES, 1998) relatam que motivação, satisfação no trabalho e qualidade no desempenho são recompensas pessoais que reforçam o comportamento e incentivam o indivíduo a continuar a empenhar-se no trabalho através de um ciclo de auto-motivação. Este ciclo mantém-se enquanto um dos três estados psicológicos estiver presente. A segunda ideia chave relaciona-se com a necessidade de desenvolvimento.

FERREIRA, DIOGO, FERREIRA, VALENTE (2006, p.188) referem que, “*De acordo com Hackman e Oldham (1980), os estados psicológicos associados à aquisição de conhecimentos, aumento de responsabilidades e conhecimento dos resultados são determinantes na forma como afectam a motivação/satisfação no local de trabalho.*”

Segundo CUNHA, CABRAL-CARDOSO, CUNHA, REGO (2007) baseando-se na figura 5, a seguir exposto, concluí-se que os três primeiros factores - Variedade, Identidade e Significado, estão relacionados com estado psicológico crítico, significado experimentado, ou seja, contribuem para dar maior importância ao trabalho; a Autonomia está relacionada com o estado psicológico crítico, responsabilidade experimentada, isto é, faz o trabalhador sentir o crescimento de sua responsabilidade pelo trabalho, enquanto o Feedback está relacionado com o estado psicológico crítico, conhecimento dos resultados, ou seja, proporciona ao trabalhador o conhecimento dos resultados de seu trabalho.

Todavia, Lima *cit in* ANDRADE (2001), refere que as cinco dimensões que compõem a tarefa não assumem todas a mesma importância, isto é, a autonomia e feedback são proeminentes relativamente às outras dimensões, particularmente quando assumem o valor zero. O autor, refere ainda que há também uma outra variável importante, que consiste numa variável intra-individual que está relacionado com o desenvolvimento, acrescenta ainda que a intervenção ao nível das características e conteúdo do trabalho está directamente relacionada com a necessidade de desenvolvimento do indivíduo.

Figura nº 5 - O modelo das Características da Função



Fonte: Adaptado CUNHA, CABRAL-CARDOSO, CUNHA, REGO (2007, p.163)

É neste sentido importante realizar uma operacionalização das dimensões do trabalho e dos estados psicológicos:

- ✓ Variedade: baseia-se no grau de exigências e habilidades que as actividades pertencentes a uma dada função requerem.
- ✓ Identidade: alude ao grau de identificação que a função propicia em termos de conjunto.
- ✓ Significado: reporta-se ao impacto que as tarefas têm para os outros trabalhadores, para a organização ou para a comunidade.
- ✓ Autonomia: está relacionado com a independência que o indivíduo desfruta no que se refere à delineação das tarefas e aos procedimentos a usar.
- ✓ Feedback: está relacionado com o modo como o indivíduo é informado acerca da eficácia do seu desempenho.
- ✓ Significado do trabalho: está relacionado com a noção que o indivíduo tem do trabalho, devendo a noção ser de um trabalho importante e influente.
- ✓ Responsabilidade: está relacionado com o facto de o indivíduo se sentir responsável e responder pelos resultados da função que desempenha.
- ✓ Conhecimento dos resultados: está relacionado com o facto do indivíduo dever ter um conhecimento regular sobre a forma como desempenha as suas funções. (NEVES. 1998)

3.3.5 - Teoria da Expectativa

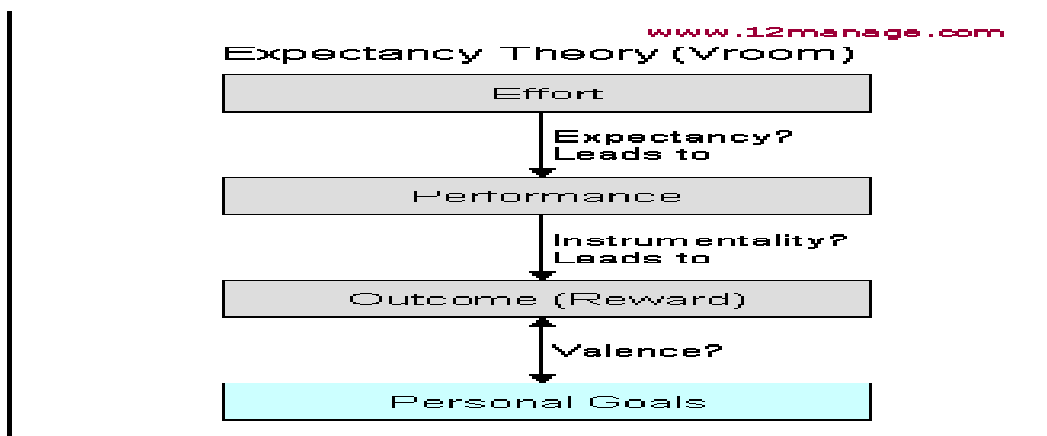
Segundo MARTINS e SANTOS (2006) existe também a teoria da expectativa de Vroom (1964), esta teoria afirmava que variáveis situacionais e de personalidade produzem satisfação. O autor da teoria, descreveu satisfação como uma reacção antecipada a um resultado ou expectativa que o utente/cliente espera conseguir. Locke cit in MARTINS e SANTOS (2006) foi um dos críticos da definição elaborada por Vroom, isto porque a teoria da expectativa só explicava os efeitos previstos, no caso de efeitos imprevistos, a relação afectiva está dependente da direcção da expectativa, ou seja, se a expectativa é positiva, seria agradável, se fosse negativa seria desagradável.

De acordo com ANDRADE (2001), Vroom organizou uma teoria onde se destacam as escolhas que os indivíduos realizam sequencialmente, condicionando por isso a sua conduta e empenho no sentido das metas ou recompensas organizacionais. Acrescenta ainda que esta teoria emprega três conceitos chave (expectativa, instrumentalidade e valência) que explicam como se processa todo o sistema, desde o esforço individual até às metas/recompensas.

Assim, de acordo com ROBBINS (1999), expectativa é a analogia estabelecida entre o esforço que o indivíduo depende e com o objectivo de alcançar um determinado desempenho; a instrumentalidade está relacionada com a percepção que o indivíduo possui da possibilidade de receber uma recompensa pelo seu desempenho; já a valência representa o significado/importância que o indivíduo dá aos objectivos que pode ou quer atingir, daí esta ideia chave condicionar as outras duas.

Sintetizando, segundo ANDRADE (2001, p.59), “o indivíduo está motivado a fazer um esforço elevado quando acredita que este possibilita um desempenho do qual resultam recompensas organizacionais que irão satisfazer as suas metas pessoais.”

Figura nº 6: Teoria da Expectativa



Fonte: http://www.12manage.com/images/picture_vroom_expectancy_theory.gif

FERREIRA, NEVES, CAETANO (2001), acrescentam que também existem dois importantes pilares desta teoria, os resultados (que são os aspectos tangíveis ou intangíveis que são proporcionados pela contrapartida do trabalho, e estes podem ser positivos (como salário, promoções, tempo de férias, segurança, etc.) ou negativos (fadiga, frustração, ansiedade, etc.) e a força (está relacionada com a quantidade de esforço ou de pressão que cada indivíduo tem internamente com a capacidade de motivar).

Já NEVES (1998) refere que neste modelo as recompensas têm um papel determinante na satisfação, especialmente em função do modo como são compreendidas. Assim, o indivíduo esforça-se para atingir os objectivos se possuir uma expectativa razoável de o alcançar.

A Teoria da Expectativa ou Expectância apresentada por Vroom (1964) propõe que *“o esforço para se atingir um alto desempenho é resultante de se perceber a possibilidade de que esse alto desempenho possa ser alcançado e recompensado se alcançado e que a recompensa valerá o esforço dispendido”* (STONER e FREEMAN, 1985, p.328).

3.3.6 - Teoria da Equidade

Segundo NEVES (1998) a teoria da equidade de Adams (1963) assenta no pressuposto de que a quantidade de esforço que o indivíduo emprega no seu trabalho está dependente da comparação que este faz com o esforço dispendido por outros indivíduos relevantes. O autor acrescenta ainda que a satisfação resulta do equilíbrio da comparação atrás referida.

Já FERREIRA, NEVES, CAETANO (2001), apresentam quatro elementos essenciais para esta teoria, o indivíduo comparado e o indivíduo com quem se compara, os *inputs* ou recursos da pessoa (nível de escolaridade, experiência, antiguidade, etc.) e os *outputs* (pagamentos, condições de trabalho, estatuto, etc.).

Assim, e segundo o autor atrás referido, aquando da situação de trabalho os *inputs* são o meio de obter recompensas, ou seja, os *outputs*, se estes forem adequados à situação subsiste satisfação, se estão acima ou abaixo daquilo que o indivíduo acha que merece, subsiste insatisfação.

Assim e de acordo com ANDRADE (2001, p.63), *“todo o esforço e a satisfação que daí pode resultar está condicionada pela percepção que o indivíduo tem e da avaliação que faz comparativamente do seu esforço e do outro que considera relevante. A sua satisfação reside essencialmente na comparação que ele faz entre si e o outro ou outros.”*

Segundo MAXIMILIANO (2004) a percepção da falta de equidade pode produzir os seguintes comportamentos, alteração do esforço exercido, alteração nos resultados produzidos, distorção da auto-percepção, distorção da percepção dos outros, procura comparações com colegas em situação inferior, abandono da situação presente.

STONER e FREEMAN (1985, p.331) destacam que entre as várias implicações da teoria da equidade, *“a mais importante delas é que, para a maioria dos indivíduos, as recompensas devem ser vistas como justas para que sejam motivadoras”*.

Existe também a teoria da equidade que determinava que a insatisfação era um efeito desagradável de cognições discordantes que constituía uma fonte de tensão a ser reduzida, isto é, nesta teoria a satisfação era definida como a ausência de insatisfação. MARTINS e SANTOS (2006)

3.3.7 - Teoria do Reforço ou Condicionamento Operante

Segundo OLIVEIRA (2008, p.24) a teoria do reforço foi proposta por Skinner e aponta para que as próprias consequências do indivíduo reforcem o comportamento do indivíduo. *“Assim, quando uma conduta produz um efeito desejado, a pessoa tende a repeti-la em situações de carência, ao passo que se o resultado for indesejado, o comportamento tende a ser evitado. Esse fato remete a dois elementos chave desse referencial teórico: o Reforço Positivo e o Reforço Negativo.”*

O mesmo autor, refere que os reforços positivos funcionam como estímulos, recompensas ou resultados que surgem após a acção, produzindo satisfação e levando ao aumento da repetição da acção, já os reforços negativos são relativos aos acontecimentos que levam à diminuição da repetição da acção, podendo mesmo levar ao seu desaparecimento.

Contudo, Bergamini *cit in* OLIVEIRA (2008) tece várias críticas a esta teoria, primeiro porque não têm em conta as desigualdades entre os indivíduos, segundo, porque sugerem que o comportamento dos indivíduos pode ser moldado, terceiro, por incitar o pensamento de que os indivíduos prendem-se aos empregos devido às recompensas externas e não por estarem intrinsecamente motivadas, e por último, porque não dão relevo os aspectos referentes às intenções dos indivíduos.

Existem ainda outras teorias, menos desenvolvidas e estudadas, como refere MARTINS e SANTOS (2006), que é a teoria das necessidades de realização (resultante dos estudos de Lofquist e Davis (1969), Porter (1962) e Wofford (1971)). Esta teoria solícita para o facto de a satisfação profissional ser determinada pelo grau no qual o trabalho atende às necessidades básicas para a realização e bem-estar do indivíduo.

Há também a teoria de Orpen (1981) que defende a influência dos valores na satisfação profissional. O autor, relativamente à teoria, alertava para o facto de que se os valores do indivíduo não estão a ser respeitados nas situações de trabalho, presumivelmente evidenciar-se-á a insatisfação. MARTINS e SANTOS (2006)

Capítulo II - Metodologia de Investigação

1 - Opções Metodológicas do Estudo

Segundo FERRARI (1982, p.173), nesta fase, *“o pesquisador é um observador passivo, considera os dados, factos, acontecimentos, eventos ou fenómenos como se dão no mundo empírico”*

Do ponto de vista de outro autor, é *“um conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (...), é também uma “secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizados no quadro dessa investigação.”* (FORTIN, 1999, p. 372)

Na perspectiva de FORTIN (1999, p.40) *“no decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas.”*

A fase metodológica *“operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenvolve o estudo e a população”.* (FORTIN, 1999, p.108)

O presente capítulo vai abordar os conceitos teóricos relacionados com a metodologia a utilizar no presente trabalho, apresentando os métodos utilizados na pesquisa exploratória, na pesquisa descritiva, na construção do questionário e na determinação da amostra.

Assim, apresentam-se os objectivos e as hipóteses da investigação bem como a selecção da amostra. Faz-se também referência ao método de obtenção dos dados, explicando detalhadamente o mesmo, que neste caso é o questionário. Indicam-se também quais os instrumentos escolhidos para efectuar a análise dos dados.

1.1-Propósito/Objectivo da Investigação

Segundo FORTIN (1999), o objectivo de um estudo prediz o porquê da investigação.

A investigação neste trabalho tem como objectivo geral, revelar qual o nível de satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes de duas unidades de cuidados continuados.

Tem como objectivos específicos:

- a) Verificar qual o nível de satisfação dos profissionais de saúde nas duas unidades de cuidados continuados.
- b) Verificar qual o nível de satisfação dos utentes de saúde nas duas unidades de cuidados continuados.
- c) Verificar qual as diferenças no nível de satisfação entre profissionais e utentes das duas unidades de cuidados continuados.
- d) Enumerar quais os principais factores que interferem com a satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes de duas unidades de cuidados continuados.
- e) Comparar/analisar os dados obtidos nas diferentes instituições de saúde, para observar se existem diferenças significativas nos resultados encontrados.

1.2- Questões de Investigação

Segundo POLIT e HUNGLER (1995) esta fase deve ter o potencial de cooperar para o conhecimento de uma maneira significativa.

Pretende-se com o estudo desta investigação responder a várias questões, sendo a questão central a seguinte:

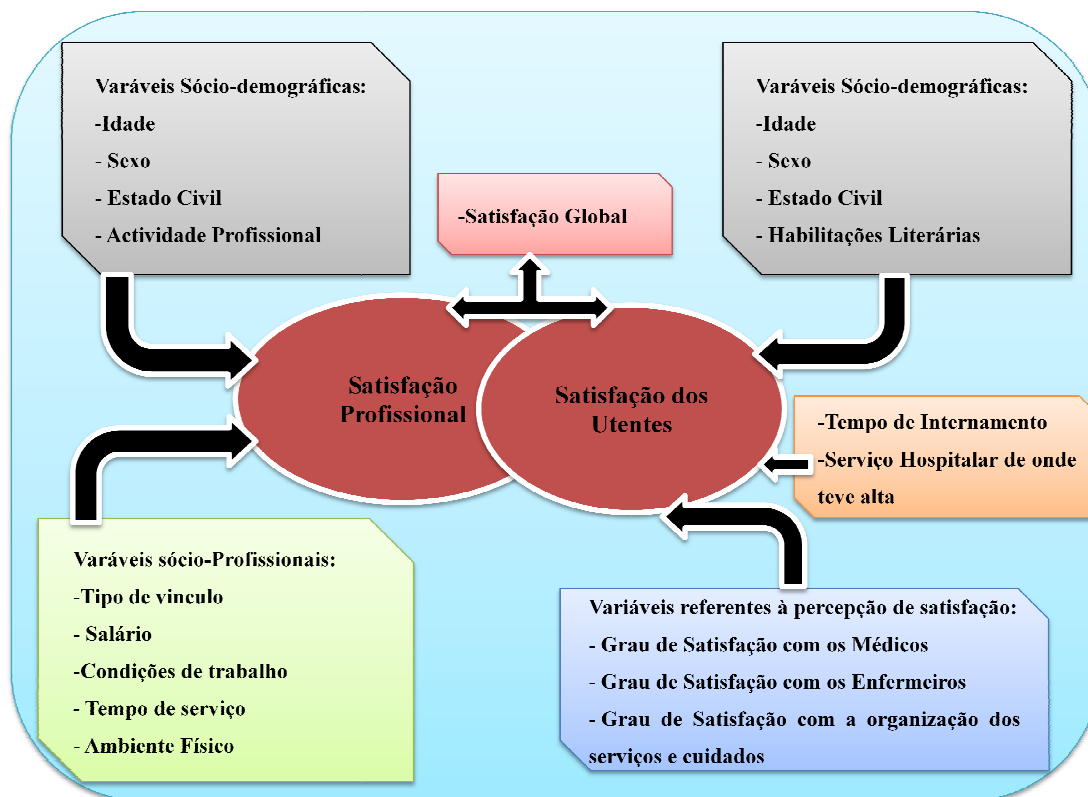
- a) Qual o grau de satisfação nos profissionais de saúde e nos utentes das duas unidades de cuidados continuados?

Do decorrer da investigação aqui projectada espera-se encontrar também resposta para outras questões:

- b) Quais os principais factores de satisfação/insatisfação, apontados pelos profissionais de saúde e pelos utentes das duas unidades de cuidados continuados?
- c) Como é que as opiniões, intenções e atitudes dos profissionais de saúde influenciam a satisfação dos utentes?
- d) Qual o nível de satisfação em cada instituição estudada ao nível dos profissionais de saúde e dos utentes?

1.3 - Desenho da Investigação

Figura nº 7: Desenho/Modelo da Metodologia de Investigação



1.4 - Tipo de Estudo

Tendo por base FORTIN (1999), pode definir-se investigação como um processo que tem como objectivo principal resolver problemas relacionados com o conhecimento de fenómenos reais do quotidiano. “É um método particular de aquisição de conhecimentos, de forma ordenada e sistemática de encontrar respostas.” (FORTIN, 1999, p.15)

Considera-se o presente estudo uma investigação empírica, pois, e de acordo com HILL e HILL (2002, p.19), “Uma investigação empírica é uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar. Todas as ciências naturais, bem como todas as ciências sociais, têm por base investigações empíricas porque as observações deste tipo de investigação podem ser utilizadas para construir explicações ou teorias mais adequadas.”

Este estudo foi baseado num procedimento metodológico quantitativo, onde se procura quantificar variáveis independentes relativamente à variável dependente, descritivo e exploratório onde se procura observar, descrever e explorar uma situação, recorrendo a um

instrumento de colheita de dados que será posteriormente colocado a uma amostra seleccionada.

Como instrumento para colheita de dados foram construídos/adaptados questionários para o presente estudo, através da construção de uma Escala do tipo *Likert*.

CARMO e FERREIRA (1998) referem que os objectivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos, testar teorias de forma a generalizar os resultados a uma determinada população, estabelecer causa-efeito e prever os fenómenos.

Os estudos do tipo descritivo-correlacional, visam descobrir relações e descrever as mesmas. De acordo com FORTIN (1999), as pesquisas do tipo descritivo-correlacional pretendem por parte do investigador explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações, e tendo como objectivo principal a descoberta de factores ligados a um fenómeno.

1.5 - Variáveis

A definição das variáveis constitui igualmente um passo marcante do estudo de investigação e tem por objectivo, segundo GIL (1996), conferir maior precisão aos enunciados científicos.

Já FORTIN (1999, p.36) menciona que, *“as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.”*

MARCONI e LAKATOS (1999, p.104) referem *“um conceito que contem ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços, etc.”*

1.5.1 - Variável dependente

Esta variável é definida como a *“variável de resultado que interessa ao pesquisador, a variável que é formulada como uma hipótese para depender de outra variável (chamada de variável independente), ou para ser causada por outra variável, por vezes chamada de variável de critério”*. (POLIT e HUNGLER, 1995, p.373)

FORTIN (1999, p.37) refere também que *“a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.”*

Assim a variável dependente seleccionada para este estudo é: Satisfação dos profissionais / Satisfação dos utentes;

1.5.2 - Variável Independente

Segundo POLIT e HUNGLER (1995) estas variáveis são conceituadas como variáveis que, segundo a crença ou causa, influenciam a variável dependente, ou seja, numa pesquisa experimental a variável independente é aquela que é manipulada.

Já FORTIN (1999, p.37) menciona que a “*variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente*”.

Assim as variáveis independentes seleccionadas para este estudo são:

✘ Variáveis Sócio-demográficas:

- Comuns: Idade; Sexo; Estado Civil;
- Profissionais: Actividade Profissional;
- Uteses: Habilitações literárias; Tempo de Internamento; Serviço

Hospitalar de onde teve alta.

✘ Variáveis sócio-Profissionais:

- Profissionais: Tipo de Vinculo; Salário; Condições de Trabalho; Tempo de serviço; Ambiente físico.

✘ Variáveis referentes à percepção de satisfação:

- Uteses: Grau de satisfação com os Médicos; Grau de satisfação com os Enfermeiros; Grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados.

1.6 - Formulação de Hipóteses

A formulação das hipóteses de investigação é um passo crucial para o desenvolvimento de um estudo de investigação, uma vez que dos seus resultados dependem inteiramente a relevância, clareza, consistência lógica e verificabilidade das hipóteses formuladas, exigindo do investigador originalidade, reflexão sobre a sua experiência pessoal, interesse e conhecimentos acerca da temática a investigar.

A hipótese é “*uma previsão experimental, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis. Em outras palavras, uma hipótese traduz o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados*”. (POLIT e HUNGLER, 1995, p.76)

É também definida como “*um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta (proposição), (...)*”

combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo.” (FORTIN, 1999, p.102)

Já GIL (1996, p.35) refere-se a *“uma proposição, ou seja uma expressão verbal susceptível de ser declarada verdadeira ou falsa (...) é a proposição testável que pode vir a ser solução do problema.”*

Em função do problema de investigação, dos objectivos delineados e tendo por base as questões de investigação propostas e a revisão bibliográfica efectuada, resta agora proceder à formulação das hipóteses a testar.

H1: Existem diferenças no nível de satisfação dos profissionais em relação às variáveis Sócio-demográficas nas duas unidades de cuidados continuados.

H1a: A idade influencia a satisfação profissional.

H1b: O sexo influencia a satisfação profissional.

H1c: O Estado civil influencia a satisfação profissional.

H1d: A actividade Profissional influencia a satisfação profissional.

H2: Existem diferenças no nível de satisfação dos profissionais em relação às variáveis sócio-Profissionais nas duas unidades de cuidados continuados.

H2a: O tipo de vínculo influencia a satisfação profissional.

H2b: O salário influencia a satisfação profissional.

H2c: As condições de trabalho influenciam a satisfação profissional.

H2d: O tempo de serviço influencia a satisfação profissional.

H2e: O ambiente físico influencia a satisfação profissional.

H3: Existem diferenças no nível de satisfação dos utentes em relação às variáveis Sócio-demográficas nas duas unidades de cuidados continuados.

H3a: A idade influencia a satisfação dos utentes.

H3b: O sexo influencia a satisfação dos utentes.

H3c: O Estado civil influencia a satisfação dos utentes.

H3d: As habilitações Literárias influenciam a satisfação dos utentes.

H4: O tempo de internamento influencia a satisfação dos utentes.

H5: O Serviço Hospitalar de onde teve alta influencia a satisfação dos utentes.

H6: Existem diferenças no nível de satisfação dos utentes em relação às variáveis referentes à percepção de satisfação nas duas unidades de cuidados continuados.

H6a: O grau de satisfação com os Médicos influencia a satisfação dos utentes.

H6b: O grau de satisfação com os Enfermeiros influencia a satisfação dos utentes.

H6c: O grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados influencia a satisfação dos utentes.

H7: Existem diferenças no nível de satisfação dos profissionais e dos utentes nas duas unidades de cuidados continuados.

1.7 - População/Amostra

MARCONI e LAKATOS (1999) referem que na conceptualização de um trabalho de investigação torna-se imprescindível precisar a população sobre a qual se realizará o estudo, com o intuito fulcral de obter toda a informação ligada ao fenómeno em estudo.

A população *“compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”*. (FORTIN, 1999, p. 41).

Na visão de outros autores pode-se conceituar população como o *“conjunto ou totalidade de objectos, sujeitos ou membros que estão em conformidade com um conjunto de especificações.”* (POLIT e HUNGLER, 1995, p.34)

FORTIN (1999, p.202) *“a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas de uma população é escolhida com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.”*

Neste estudo o critério de amostragem é não probabilística por conveniência.

De acordo com MATTAR (1996, p.132), a amostragem não probabilística *“é aquela em que a selecção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador”*, ou seja, o pesquisador escolhe as instituições a serem pesquisadas.

Por conveniência *“porque os entrevistados são seleccionados com base na sua semelhança presumida com a população útil e na sua disponibilidade imediata.”* REA e PARKER (2000, p.150), isto é, o pesquisador selecciona membros da população mais acessíveis.

A unidade de análise, do presente estudo de investigação, foi os profissionais de saúde e os utentes de duas unidades de cuidados continuados da região centro de Portugal.

Isto manifesta que a população em estudo será constituída por todos os profissionais de saúde que exercem função nas duas unidades de cuidados continuados e por utentes que utilizarão estas unidades de cuidados continuados nos meses de Abril e Maio.

Foram então enviados vários pedidos a diferentes Unidades de Cuidados Continuados da região centro, sendo que houve bastante dificuldade obter a aceitação por parte das Unidades, para a aplicação dos questionários, tendo sido rejeitados vários pedidos. As Unidades de Cuidados Continuados que acederam ao pedido foram a Associação de Beneficência Popular de Gouveia (ABPG) e a Santa Casa da Misericórdia do Fundão (SCMF), limitando desde logo, a aplicação dos questionários a Unidades de Cuidados Continuados com Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, uma vez que estas Unidades não possuem Unidades de Internamento de Convalescença.

A população deste estudo incide sobre a totalidade dos profissionais com formação na área de saúde (57) e dos utentes (45) das Unidades de Cuidados Continuados da ABPG e da SCMF.

1.8 - Instrumento de recolha de dados

Para FORTIN (1999), a recolha de informação é desenvolvida tendo como suporte os instrumentos de colheita de dados.

Segundo o mesmo autor, a escolha do instrumento prende-se com as variáveis e a sua operacionalização, tendo em conta determinados factores, nomeadamente os objectivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida.

Encarando que se pretende efectuar um estudo de carácter exploratório, parece pertinente a realização da aplicação de um questionário. Como refere FORTIN (1999) uma das vantagens da aplicação de questionários é este poder ser aplicado junto de um grande número de sujeitos, a natureza impessoal do questionário, facilitar as comparações entre os sujeitos e garantir o anonimato das respostas permitindo que as pessoas se expressem mais livremente.

FORTIN (1999, p. 249) menciona ainda que *“um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...), é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência; pode ser enviado e reenviado de retorno pelo correio”*.

Segundo FORTIN, (1999, p.365) a colheita diz respeito “ao processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis, junto dos sujeitos que participam numa investigação.”

Apesar de haver um vasto leque de instrumentos já disponíveis para a avaliação e quantificação da satisfação, quer profissional, quer dos utentes, face aos objectivos do estudo, houve a necessidade de construir/adaptar os questionários a utilizar. (Anexo a)

Os inquéritos são baseados em perguntas fechadas, pois são de resposta imediata e motivadora para os inquiridos. Este inquérito incorrerá essencialmente em questões que permitam ajudar a responder às questões de investigação.

As questões fechadas oferecem a vantagem de serem simples de utilizar, de permitir codificar as respostas facilmente e de propiciar uma análise rápida e de baixo custo, estas respostas fornecem um quadro de referência ao sujeito, o que evita respostas inapropriadas e não comparáveis. (FORTIN, 1999)

No questionário é construída e utilizada uma Escala de Ensinos de Tipo *Likert*, que é “uma escala de medida que permite o sujeito exprimir em que medida este de acordo ou em desacordo com cada um dos enunciados propostos, o score total fornece uma indicação da atitude ou da opinião do sujeito” (FORTIN, 1999, p.368).

Relativamente ao questionário utilizado para a avaliação da satisfação dos profissionais de saúde, o questionário foi subdividido em três partes: na primeira parte obteve-se a informação relativa à caracterização da amostra (constituída por quatro questões fechadas). Na segunda parte foi construída/adaptada e utilizada uma Escala de Ensinos de Tipo *Likert* de cinco pontos. Deste modo, foram construídos e seleccionados itens através do questionário concebido por GRAÇA (2000), relativas a diferentes dimensões da satisfação profissional. Foram ao todo seleccionados 45 itens onde se pedia aos inquiridos que seleccionassem a opção que melhor definia o seu grau de satisfação, sendo que um significa (totalmente insatisfeito) e cinco (totalmente satisfeito). Na terceira parte existe uma questão onde se pede ao inquirido que indicasse qual o seu grau de satisfação com a organização onde trabalha, sendo pontuada com a seguinte legenda, um significa (totalmente insatisfeito) e cinco (totalmente satisfeito).

Relativamente ao questionário utilizado para a avaliação da satisfação dos utentes, o questionário foi também subdividido em três partes: na primeira parte obteve-se a informação relativa à caracterização da amostra (constituída por cinco questões fechadas e uma questão aberta). Na segunda parte foi construída/adaptada e utilizada uma Escala de Ensinos de Tipo *Likert* de cinco pontos. Deste modo, foram construídos e seleccionados itens através do questionário EORTC IN-PATSAT32 (este questionário é constituído por 32 itens onde se pretende avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados recebidos dos profissionais de

Saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros e avaliar a apreciação que os utentes têm do hospital;¹ Foram ao todo seleccionados 31 itens onde se pedia aos inquiridos que seleccionassem a opção que melhor definia o seu grau de satisfação com os profissionais de saúde e com a organização, sendo que um significa (totalmente insatisfeito) e cinco (totalmente satisfeito). Na terceira parte existe uma questão onde se pede ao inquirido que indicasse qual o seu grau de satisfação com a organização onde está internado, sendo pontuada com a seguinte legenda, um significa (totalmente insatisfeito) e cinco (totalmente satisfeito).

Salienta-se que foi realizado um pré-teste a fim de verificar possíveis dificuldades no preenchimento dos questionários, sendo convidados aleatoriamente, três profissionais de saúde e três utentes, que receberam e preencheram os questionários. Relativamente aos profissionais não demandaram alterações, no que toca ao questionário dos utentes, na questão quatro da primeira parte, “Habilitações literárias”, não fazia referência aos utentes que não possuíam “Habilitações literárias”, sendo colocado a alínea “e) outros”, nas restantes questões e itens, não demandaram alterações.

Os questionários revelaram-se de fácil compreensão quer para os utentes quer para os profissionais de saúde, não suscitando grandes dificuldades, tendo a escala sido facilmente percebida. Assim, dadas as reduzidas falhas detectadas, e após as correcções necessárias, considerou-se desnecessário recorrer a um novo teste.

Os questionários foram aplicados nos meses de Abril e Maio de 2010 nas duas instituições (ABPG e SCMF).

Quadro nº 2 - Estrutura dos questionários

PROFISSIONAIS DE SAÚDE	UTENTES
1ª Parte - caracterização dos inquiridos	1ª Parte - caracterização dos inquiridos
2ª Parte - satisfação com Tipo de vínculo; Salário; condições de trabalho; Tempo de Serviço; Ambiente Físico; Geral;	2ª Parte - satisfação com os médicos; Enfermeiros e organização dos serviços e cuidados;
3ª Parte - satisfação global com a organização	3ª Parte - satisfação global com a organização

1.9 - Tratamento dos dados

De acordo com POLIT e HUNGLER (1995), os dados recolhidos são raramente passíveis de serem submetidos a análise, pelo que se deve proceder previamente à tradução dos dados

¹ http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_eortcinpatsat32.htm

nominais em categorias ou formas numéricas e seguidamente à transferência dos dados para que possam ser analisados por computador.

Segundo FORTIN (1999), o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo quer este vise descrever relações, verificar relações entre as variáveis ou comparar o grupo.

A estatística descritiva, segundo FORTIN (1999), refere-se ao valor numérico ou observação que descreve um conjunto de dados numéricos, nomeadamente através da média, desvio padrão, coeficiente de correlação, entre outros.

Para POLIT e HUNGLER (1995), esta é a estatística utilizada com o fim não só de descrever, mas também de resumir o conjunto de dados de um investigador.

Por outro lado, a estatística inferencial relaciona-se com *“o valor numérico ou operação que permite a generalização dos resultados obtidos junto de uma amostra à população da qual provém a amostra”* (FORTIN, 1999, p.369).

Já POLIT e HUNGLER (1995) mencionam que esta estatística permite inferir se as relações observadas na amostra apresentam alguma probabilidade de ocorrer numa população de maior interesse. A inferência estatística tem como principais objectivos a estimação de parâmetros e a verificação de hipóteses.

O primeiro aspecto a considerar para se realizar os diferentes testes, refere-se ao tipo de variáveis em estudo, pois isto é determinante quanto ao teste a utilizar, e escolhido o teste adequado, deve atender-se à verificação dos seus pressupostos PESTANA e GAGEIRO (2003, p.156).

De acordo com MELO (1995, p.59) quando as distribuições são normais ou no caso de grandes amostras, os testes paramétricos são, em geral, mais potentes, caso contrário preferem-se os testes não paramétricos. Caso os testes apontem estatísticos apontem para a existência de uma relação significativa entre as variáveis interessa situar onde essas diferenças ocorrem, feita através da estatística descritiva.

O tratamento estatístico foi realizado informaticamente através do programa SPSS - 17.0, utilizando estatística descritiva, com base em medidas de tendência central, como a moda e a média, e medidas de dispersão, como o desvio padrão, Frequências absolutas e relativas; Estatística inferencial ou analítica recorrendo-se a testes de hipóteses.

Na inferência estatística foram utilizados testes de ajustamento, como Kolmogorov-Smirnov, utilizou-se testes paramétricos (Análise variância e o Teste t para diferença de médias), pois de acordo com PESTANA e GAGEIRO (2003, p.252), apenas se a amostra for menor ou igual a 30 é que os Testes T (testes paramétricos) exigem a verificação da

normalidade, e utilizou-se testes não paramétricos, como o teste Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis.

1.10 - Questões éticas/consentimento livre e esclarecido

Os conceitos associados às questões éticas levaram à necessidade de respeitar certas normas relacionadas com a aplicação dos questionários.

Foi então solicitado por escrito, ao responsável máximo das instituições a autorização para a realização do referido estudo (anexo b).

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte *“é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.”* (FORTIN, 1999, p.116)

Segundo o mesmo autor, um consentimento para ser legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida (Código Civil do Quebec, 1994, capítulo 6.4, artigo 10). O consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais. Para que o consentimento seja esclarecido, a Lei estabelece o dever de informação.

Antes de se iniciar foi pedido o consentimento aos utentes e profissionais para a realização do questionário, bem como a explicação dos objectivos deste estudo.

Capítulo III - Apresentação/Discussão dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através das várias técnicas de análise estatística utilizadas para esse efeito e já apresentadas no capítulo anterior.

Assim, esta parte prática resulta da aplicação das conjecturas teóricas permitindo desta forma visualizar o funcionamento da teoria.

Os resultados obtidos podem servir tanto para determinar qual o nível de satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes de duas unidades de cuidados continuados, quer para verificar qual o nível de satisfação dos profissionais de saúde nas duas unidades de cuidados continuados. E ainda de verificar qual o nível de satisfação dos utentes de saúde nas duas unidades de cuidados continuados.

Muitos são os autores para quem discussão e interpretação constituem sinónimos, assim GIL (1995) menciona que a interpretação procura um sentido mais amplo para os dados, através da ligação a conhecimentos já obtidos.

O mesmo autor refere que o processo de discussão dos resultados, é, pois, uma actividade intelectual que procura dar um significado mais amplo aos dados, vinculando-se a outros conhecimentos anteriores.

Pois, estes resultados fornecem importantes informações para a definição de projectos de melhoria da satisfação dos profissionais e também da satisfação dos utentes.

1 - Caracterização das Unidades de Saúde

A Santa Casa da Misericórdia do Fundão possui duas Unidades de Cuidados Continuados, uma Unidade de Média Duração e Reabilitação com dez vagas, que iniciou funções como projecto-piloto em 2006, e uma Unidade de Longa Duração e Manutenção com dez vagas, que iniciou funções em 2007. Afectos a estas duas unidades estão, dez enfermeiros, um médico, um fisioterapeuta, uma nutricionista, um psicólogo clínico, dez auxiliares de Enfermagem, um terapeuta da fala, um assistente social, um animador sociocultural e um administrativo, totalizando 28 profissionais.

Relativamente à ABPG, esta possui duas Unidades de Cuidados Continuados, uma Unidade de Média Duração e Reabilitação com doze vagas, que iniciou funções em 2008, e

uma Unidade de Longa Duração e Manutenção com treze vagas, que também iniciou funções em 2008. Afectos a estas duas unidades estão, onze enfermeiros, cinco médicos, quatro fisioterapeutas, uma técnica superior de educação especialista em reabilitação, uma nutricionista, uma psicóloga clínica, quinze auxiliares de Enfermagem, três auxiliares de serviços gerais, uma terapeuta da fala, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, e uma administrativa, totalizando 45 profissionais.

2 - Caracterização da amostra dos Profissionais de Saúde

Da análise dos questionários, em termos de “Instituição Proveniente do Questionário” verifica-se que se conseguiu obter a resposta de 41 profissionais de saúde, de acordo com o apresentado no quadro seguinte (Quadro 3) sendo um total de 21 provenientes de ABPG e os restantes 20 de SCMF. Estes 41 profissionais de saúde representam 72,0% da população em estudo.

Quadro nº 3 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a instituição proveniente do questionário

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
ABPG	21	51,2
SCMF	20	48,8
Total	41	100,0

2.1- Idade

Ao realizar-se a análise em função dos grupos etários verifica-se que, e com base no quadro 4, está-se perante uma amostra de profissionais de saúde em que mais de 53% da amostra tem menos de 30 anos de idade, 31,7% têm entre 31 e 50 anos de idade e por último os restantes 14,6% têm mais de 50 anos.

Quadro nº 4 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a Idade.

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Até 30 anos	22	53,7
De 31 a 50 anos	13	31,7
Mais de 50 anos	6	14,6
Total	41	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela UMCCI (2010) e outro por RATO, RODRIGUES e RANDO (2010), se verificou que os profissionais de saúde nas Unidades de Cuidados Continuados são maioritariamente jovens.

2.2 - Sexo

A amostra de profissionais de saúde em estudo é composta por 28 profissionais de saúde do sexo feminino (68,3%) e 13 profissionais de saúde do sexo masculino (31,7%) o que perfaz um total de 41 indivíduos (Quadro 5).

Quadro nº 5 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo o sexo

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Feminino	28	68,3
Masculino	13	31,7
Total	41	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela UMCCI (2010) e outro por RATO, RODRIGUES e RANDO (2010), se verificou que os profissionais de saúde nas Unidades de Cuidados Continuados são maioritariamente mulheres.

2.3 - Estado Civil

Ao analisar-se o quadro 6 pode-se concluir que, para a variável estado civil, a amostra de profissionais de saúde apresenta 53,7% dos indivíduos casados ou em união de facto, seguidos dos indivíduos solteiros com 39%, depois os indivíduos divorciados/separados que representam 4,9% e apenas com 2,4% ou seja, um indivíduo viúvo.

Quadro nº 6 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo o Estado Civil

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Casado/União de Facto	22	53,7
Solteiro (a)	16	39,0
Divorciado/Separado	2	4,9
Viúvo (a)	1	2,4
Total	41	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela UMCCI (2010), se verificou que os profissionais de saúde nas Unidades de Cuidados Continuados são maioritariamente casados/união de facto.

2.4 - Actividade Profissional

Quando abordada a variável actividade profissional, verifica-se que a amostra é composta na sua maioria por enfermeiros, representando 51,2% da amostra. O grupo dos administrativos/pessoal auxiliar é segundo mais representativo sendo 43,9% da amostra. Apenas dois inquiridos são médicos (4,9%).

Quadro nº 7 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a sua actividade profissional

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Enfermeiro	21	51,2
Administrativo / Pessoal Auxiliar	18	43,9
Médico	2	4,9
Total	41	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela UMCCI e outro por RATO, RODRIGUES e RANDO (2010), se verificou que os profissionais de saúde nas Unidades de Cuidados Continuados são maioritariamente enfermeiros e auxiliares.

Relativamente aos elementos caracterizadores da população (profissionais de saúde) realça-se aqui os dados mais evidentes deste trabalho dando resposta às questões de investigação.

Quanto à **faixa etária** constata-se o predomínio da faixa etária até 30 anos, a partir da qual se verifica uma redução dos valores, o que leva a ter uma amostra de uma população jovem, uma vez que mais de 50% da amostra tem idade inferior a 30 anos, no que toca ao **sexo** constata-se o predomínio do sexo feminino, o que demonstra que as instituições são constituídas maioritariamente por profissionais do século feminino. Constata-se também quanto ao **estado civil** que mais de 50% da amostra está casado/união de facto, relativamente à **actividade profissional** verifica-se que existem valores idênticos para enfermeiros e administrativos/pessoal auxiliar.

2.5 - Satisfação dos Profissionais de Saúde

A segunda parte do questionário visa a avaliação da satisfação dos profissionais de saúde. Esta avaliação é referente a seis dimensões a saber, Tipo de Vínculo; Salário; Condições de Trabalho; Tempo de Serviço; Ambiente Físico e Geral. Cada uma destas dimensões é composta por um conjunto de itens e cada um desses itens é avaliado segundo uma grelha de avaliação, escala de Likert, como anteriormente referido.

2.5.1 - Dimensão tipo de vínculo

Relativamente a esta dimensão constatou-se que a nível geral em todas as afirmações os inquiridos optaram por todas as opções, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que não há unanimidade entre os inquiridos e que existem inquiridos totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, insatisfeitos e totalmente insatisfeitos.

No entanto existem algumas excepções, como as afirmações “A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos que tenho desempenhado, resultado do vínculo que possuo com a organização,” e “O tipo de vínculo que estabeleci com a organização foi determinante para o facto de trabalhar nesta organização”, onde nenhum inquirido refere estar totalmente insatisfeito.

Verifica-se ainda que a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “O tipo de vínculo que estabeleci com a organização foi determinante para o facto de trabalhar nesta organização” com 61,0% (25 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos insatisfeitos ou totalmente insatisfeitos é “O tipo de vinculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de desenvolvimento e progressão da minha carreira”, com 31,8% (13 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos que tenho desempenhado, resultado do vinculo que possuo com a organização,” com 48,8% (20 inquiridos). (quadro 1 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 8), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, os profissionais de saúde apresentam satisfação mais elevada no que diz respeito à adequação dos horários de trabalho ao tipo de vínculo.

Quadro nº 8 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Tipo de Vínculo”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.

Itens da Dimensão:	Media
Os horários de trabalho são adequados com o tipo de vínculo que possuo com a organização.	3,59
O tipo de vínculo que estabeleci com a organização foi determinante para o facto de trabalhar nesta organização.	3,56
O sentimento de segurança no emprego devido ao tipo de vinculo que tenho com a organização.	3,49
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, criativo e interessante do que noutros sítios que conheço.	3,37
A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos que tenho desempenhado, resultado do vinculo que possuo com a organização.	3,34
A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar nesta organização.	3,24
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do seu funcionamento.	3,12
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de desenvolvimento e progressão da minha carreira.	3,00
Média global da dimensão (Média das médias)	3,34

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Tipo de vínculo” apresenta como afirmação mais positiva “Os horários de trabalho são adequados com o tipo de vínculo que possuo com a organização”, e como afirmação menos positiva, “O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de desenvolvimento e progressão da minha carreira”.

2.5.2 - Dimensão Salário

Relativamente a esta dimensão denota-se que em todas as afirmações os inquiridos optaram por todas as opções, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que não há unanimidade entre os inquiridos e que existem inquiridos totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, insatisfeitos e totalmente insatisfeitos.

Constatou-se ainda que a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “A percepção de que se tivesse uma remuneração vinculada à minha performance, teria um maior incentivo para realizar as minhas tarefas” com 61,0% (25 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma

maior percentagem de inquiridos insatisfeitos ou totalmente satisfeitos é “A percepção de que a minha remuneração está de acordo com a minha responsabilidade e a minha experiência como profissional”, com 46,3% (19 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei (por ex. 35h com ou sem exclusividade),” com 51,2% (21 inquiridos). (quadro 2 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 9), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, os profissionais de saúde apresentam satisfação mais elevada relativamente ao facto de a percepção de que se tivesse uma remuneração vinculada à performance, teria um maior incentivo na realização das suas tarefas.

Quadro nº 9 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Salário”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão

Itens da Dimensão:	Media
A percepção de que se tivesse uma remuneração vinculada à minha performance, teria um maior incentivo para realizar as minhas tarefas.	3,59
A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho (por ex. rural ou urbano) a que pertence a organização.	3,02
A percepção de que a minha remuneração ser a suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas da vida.	3,00
A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei (por ex. 35h com ou sem exclusividade).	2,90
A remuneração que recebo está de acordo com o tempo de serviço que tenho com a organização.	2,90
A percepção de estar relativamente bem pago, por comparação com outros funcionários com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas.	2,76
A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional.	2,71
A percepção de que a minha remuneração está de acordo com a minha responsabilidade e à minha experiência como profissional.	2,63
Média global da dimensão (Média das médias)	2,94

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Salário” apresenta como afirmação mais positiva “A percepção de que se tivesse uma remuneração vinculada à minha performance, teria um maior incentivo para realizar as minhas tarefas”, e como afirmação menos positiva, “A percepção de que a minha remuneração está de acordo com a minha responsabilidade e a minha experiência como profissional”.

2.5.3 - Dimensão condições de trabalho

Relativamente a esta dimensão verifica-se que a nível geral em todas as afirmações os inquiridos optaram por todas as opções, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que não há unanimidade entre os inquiridos e que existem inquiridos totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, insatisfeitos e totalmente insatisfeitos.

No entanto existem algumas exceções, como as afirmações “O apoio com que posso contar por parte dos membros da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda,” onde nenhum inquirido refere estar totalmente insatisfeito.

Constatou-se ainda que a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “A independência e a autonomia técnico-científicas, indispensáveis ao exercício das minhas funções” com 58,6% (24 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos insatisfeitos ou totalmente insatisfeitos é “Adequação entre o numero de profissionais da organização e a quantidade de trabalho”, com 46,3% (19 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex. telefone, reuniões),” com 46,3% (19 inquiridos). (quadro 3 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 10), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, os profissionais de saúde mostram que têm boas relações com os membros da sua equipa, e que a maior satisfação resulta do apoio que podem contar pelos membros da sua equipa.

Quadro nº 10 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Condições de Trabalho”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão

Itens da Dimensão:	Media
O apoio com que posso contar por parte dos membros da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda.	3,66
A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar.	3,61
A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilidade e transparência.	3,56
A independência e a autonomia técnico-científica, indispensáveis ao exercício das minhas funções.	3,51
A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a	3,46

que estou sujeito diariamente (por ex. telefone, reuniões).	
A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais.	3,32
A percepção de que a direcção da organização dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos.	3,32
O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham nesta organização, independentemente da sua profissão ou carreira.	3,22
Adequação entre o número de profissionais da organização e a quantidade de trabalho.	2,78
Média global da dimensão (Média das médias)	3,38

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Condições de trabalho” apresenta como afirmação mais positiva “O apoio com que posso contar por parte dos membros da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda,” e como afirmação menos positiva, “Adequação entre o número de profissionais da organização e a quantidade de trabalho”.

2.5.4 - Dimensão tempo de serviço

Relativamente a esta dimensão denota-se que em todas as afirmações os inquiridos optaram por todas as opções, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que não há unanimidade entre os inquiridos e que existem inquiridos totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, insatisfeitos e totalmente insatisfeitos.

Verifica-se ainda que a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “O horário que exerço está de acordo com o meu tempo de serviço na organização” com 51,1% (21 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos insatisfeitos ou totalmente insatisfeitos é “O tempo de serviço que tenho na organização já me permite tomar decisões importantes e vitais para a mesma”, com 34,2% (14 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “As funções que desempenho estão de acordo com o tempo de serviço na organização,” com 46,3% (19 inquiridos). (quadro 4 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 11), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, os profissionais de saúde mostram que o horário que exercem está de acordo com o tempo de serviço na organização.

Quadro nº 11 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Tempo de Serviço”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.

Itens da Dimensão:	Media
O horário que exerço está de acordo com o meu tempo de serviço na organização.	3,56
As funções que desempenho estão de acordo com o tempo de serviço na organização.	3,49
O tempo de serviço que tenho na organização influencia o modo como sou visto no seio do grupo.	3,34
A oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal que aqui tenho, no âmbito da minha carreira.	3,29
A minha evolução como profissional está relacionada com o tempo de serviço que tenho na organização.	3,17
O tempo de serviço que tenho na organização já me permite tomar decisões importantes e vitais para a mesma.	3,05
Média global da dimensão (Média das médias)	3,34

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Tempo de serviço” apresenta como afirmação mais positiva “O horário que exerço está de acordo com o meu tempo de serviço na organização”, e como afirmação menos positiva, “O tempo de serviço que tenho na organização já me permite tomar decisões importantes e vitais para a mesma”.

2.5.5. - Dimensão ambiente físico

Relativamente a esta dimensão apurou-se que em todas as afirmações os inquiridos optaram por todas as opções, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que não há unanimidade entre os inquiridos e que existem inquiridos totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, insatisfeitos e totalmente insatisfeitos.

Denota-se ainda que a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “As condições físicas do local de trabalho” com 58,7% (24 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos insatisfeitos ou totalmente insatisfeitos é “A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex. conflitos com os utentes e colegas, sobrecarga no trabalho)”, com 48,8% (20 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “A disponibilidade de equipamentos/meios necessários à realização da actividade profissional,” com 36,6% (15 inquiridos). (quadro 5 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 12), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, os profissionais de saúde apresentam satisfação mais elevada relativamente às condições físicas do local de trabalho.

Quadro nº 12 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Ambiente Físico”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão

Itens da Dimensão:	Media
As condições físicas do local de trabalho	3,63
O conforto e o bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho nesta organização (por ex. equipamentos, instalações, parque de estacionamento)	3,46
A disponibilidade de equipamento/meios necessários à realização da actividade profissional	3,37
A forma como a organização se encontra organizada para que se consiga trabalhar de forma adequada.	3,24
A adequada protecção contra os riscos profissionais, de natureza física, química e/ou biológica, a que estou exposto no meu local de trabalho	3,20
A disponibilidade de recursos humanos e técnicos (incluindo meios complementares de diagnóstico), de modo a poder desempenhar bem as minhas funções	3,05
A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex. conflitos com os utentes e colegas, sobrecarga no trabalho)	2,78
Média global da dimensão (Média das médias)	3,25

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Ambiente físico” apresenta como afirmação mais positiva “As condições físicas do local de trabalho”, e como afirmação menos positiva, “A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex. conflitos com os utentes e colegas, sobrecarga no trabalho)”.

2.5.6. - Dimensão geral

Relativamente a esta dimensão constatou-se que a nível geral em todas as afirmações os inquiridos optaram pelas opções, totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que existe alguma unanimidade entre os inquiridos.

No entanto existem algumas excepções, como as afirmações “A certeza de que a forma como os utentes são informados acerca dos exames prescritos, da necessidade de preparação prévia e dos cuidados a ter é a mais correcta,”, que é a única afirmação onde é seleccionada a opção totalmente insatisfeita, apenas um inquirido refere estar totalmente insatisfeito, e outro inquirido insatisfeito, “A percepção da garantia de qualidade de cuidados

e serviços que são prestados aos utentes desta organização, por mim e pelos demais profissionais”, “A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades de saúde de cada um dos utentes”, onde em ambas apenas um inquiridos referiu estar insatisfeito, e “O orgulho que sinto por trabalhar uma organização com uma boa imagem para os utentes nela internados e junto da comunidade em que está inserida”, onde três inquiridos referiram estar insatisfeitos.

Apurou-se ainda que a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “O respeito, o apreço e a confiança que me manifestam os utentes” com 80,5% (33 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos insatisfeitos ou totalmente insatisfeitos é “O orgulho que sinto por trabalhar uma organização com uma boa imagem para os utentes nela internados e junto da comunidade em que está inserida”, com 7,3% (3 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes no que diz respeito à relação terapêutica,” com 41,5% (17 inquiridos). (quadro 6 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 13), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, os profissionais de saúde mostram satisfação pelo respeito, apreço e confiança manifestada pelos utentes.

Quadro nº 13 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Geral”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.

Itens da Dimensão:	Media
O respeito, o apreço e a confiança que me manifestam os utentes	4,05
A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades de saúde de cada um dos utentes	4,00
A certeza de estar a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências em prol dos utentes	4,00
A percepção da garantia de qualidade de cuidados e serviços que são prestados aos utentes desta organização, por mim e pelos demais profissionais	3,98
O orgulho que sinto por trabalhar numa organização com uma boa imagem para os utentes nela internados e junto da comunidade em que está inserida.	3,78
A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes, no que diz respeito à relação terapêutica	3,73
A certeza de que a forma como os utentes são informados acerca dos exames prescritos, da necessidade de preparação prévia e dos cuidados a ter é a mais correcta.	3,68
Média global da dimensão (Média das médias)	3,89

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Geral” apresenta como afirmação mais positiva “O respeito, o apreço e a confiança que me manifestam os utentes”, e como afirmação menos positiva, “A certeza de que a forma como os utentes são informados acerca dos exames prescritos, da necessidade de preparação prévia e dos cuidados a ter é a mais correcta”.

2.6 - Satisfação dos Profissionais de Saúde com a organização onde trabalham

A terceira e última parte do questionário visa a avaliação da satisfação dos profissionais de saúde com a organização onde trabalham, utilizando-se para o efeito uma grelha de avaliação, escala de Likert, como referido anteriormente.

Assim, pela leitura do quadro seguinte (quadro 14) verifica-se que a maioria dos inquiridos, ou seja, 65,8% considera-se satisfeito e Totalmente satisfeito, verificando-se ainda que nenhum inquirido referiu estar totalmente insatisfeito.

Quadro nº 14 - Grau de satisfação com a Organização onde trabalha

	Nº de inquiridos	Percentagem %
Totalmente Insatisfeito	0	0
Insatisfeito	4	9,8
Nem Satisfeito, nem Insatisfeito	10	24,4
Satisfeito	19	46,3
Totalmente Satisfeito	8	19,5
Total	41	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela UMCCI (2010), se verificou que 91% dos profissionais de saúde nas Unidades de Cuidados Continuados se referem como completamente satisfeitos, muito satisfeitos e satisfeitos.

O quadro seguinte, quadro 15, apresenta a média global da satisfação com a organização onde trabalha sendo esta de 3,76 numa escala de 1 a 5, ou seja, aproxima-se de 4 o que indica claramente que o nível de satisfação é bastante satisfatório.

Quadro nº 15 - Grau de satisfação com a Organização onde trabalha

	Nº de inquiridos	Média
Grau de satisfação com a Organização onde trabalha	41	3,76

2.7 - Análise global da satisfação dos Profissionais de Saúde

Nesta parte é apresentada a análise global da satisfação relativamente aos profissionais de saúde. Assim, o quadro 16, apresenta a análise global dos 45 itens referentes às seis dimensões, por ordem decrescente, mostra as médias aritméticas para cada item e respectivo desvio padrão bem como os valores máximos e mínimos atribuídos em cada questão.

Quadro nº 16 - Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação demonstrado em termos de valores médios.

	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão
O respeito, o apreço e a confiança que me manifestam os utentes	3	5	4,05	0,669
A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades de saúde de cada um dos utentes	2	5	4,00	0,742
A certeza de estar a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências em prol dos utentes	3	5	4,00	0,742
A percepção da garantia de qualidade de cuidados e serviços que são prestados aos utentes desta organização, por mim e pelos demais profissionais	2	5	3,98	0,790
O orgulho que sinto por trabalhar numa organização com uma boa imagem para os utentes nela internados e junto da comunidade em que está inserida.	2	5	3,78	0,936
A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes, no que diz respeito à relação terapêutica	3	5	3,73	0,708
A certeza de que a forma como os utentes são informados acerca dos exames prescritos, da necessidade de preparação prévia e dos cuidados a ter é a mais correcta.	1	5	3,68	0,907
O apoio com que posso contar por parte dos membros da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda.	2	5	3,66	0,990
As condições físicas do local de trabalho	1	5	3,63	1,199
A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar.	1	5	3,61	0,945

“A Satisfação dos profissionais de saúde vs a satisfação dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados.”

	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão
Os horários de trabalho são adequados com o tipo de vínculo que possuo com a organização.	1	5	3,59	0,921
A percepção de que se tivesse uma remuneração vinculada à minha performance, teria um maior incentivo para realizar as minhas tarefas.	1	5	3,59	1,048
A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilidade e transparência.	1	5	3,56	1,074
O tipo de vínculo que estabeleci com a organização foi determinante para o facto de trabalhar nesta organização.	2	5	3,56	0,867
O horário que exerço está de acordo com o meu tempo de serviço na organização.	1	5	3,56	0,896
A independência e a autonomia técnico-científica, indispensáveis ao exercício das minhas funções.	1	5	3,51	1,075
O sentimento de segurança no emprego devido ao tipo de vínculo que tenho com a organização.	1	5	3,49	0,978
As funções que desempenho estão de acordo com o tempo de serviço na organização.	1	5	3,49	0,952
A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex. telefone, reuniões).	1	5	3,46	0,925
O conforto e o bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho nesta organização (por ex. equipamentos, instalações, parque de estacionamento)	1	5	3,46	1,227
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, criativo e interessante do que noutros sítios que conheço.	1	5	3,37	1,178
A disponibilidade de equipamento/meios necessários à realização da actividade profissional	1	5	3,37	1,220
A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos que tenho desempenhado, resultado do vínculo que possuo com a organização.	2	5	3,34	0,883
O tempo de serviço que tenho na organização influencia o modo como sou visto no seio do grupo.	1	5	3,34	0,965
A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais.	1	5	3,32	1,083
A percepção de que a direcção da organização dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos.	1	5	3,32	1,234
A oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal que	1	5	3,29	1,230

“A Satisfação dos profissionais de saúde vs a satisfação dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados.”

	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão
aqui tenho, no âmbito da minha carreira.				
A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar nesta organização.	1	5	3,24	1,135
A forma como a organização se encontra organizada para que se consiga trabalhar de forma adequada.	1	5	3,24	1,356
O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham nesta organização, independentemente da sua profissão ou carreira.	1	5	3,22	1,061
A adequada protecção contra os riscos profissionais, de natureza física, química e/ou biológica, a que estou exposto no meu local de trabalho	1	5	3,20	1,269
A minha evolução como profissional está relacionada com o tempo de serviço que tenho na organização.	1	5	3,17	0,972
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do seu funcionamento.	1	5	3,12	1,053
O tempo de serviço que tenho na organização já me permite tomar decisões importantes e vitais para a mesma.	1	5	3,05	1,048
A disponibilidade de recursos humanos e técnicos (incluindo meios complementares de diagnóstico), de modo a poder desempenhar bem as minhas funções	1	5	3,05	1,303
A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho (por ex. rural ou urbano) a que pertence a organização.	1	5	3,02	1,012
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de desenvolvimento e progressão da minha carreira.	1	5	3,00	1,140
A percepção de que a minha remuneração ser a suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas da vida.	1	5	3,00	1,118
A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei (por ex. 35h com ou sem exclusividade).	1	5	2,90	1,044
A remuneração que recebo está de acordo com o tempo de serviço que tenho com a organização.	1	5	2,90	1,068
Adequação entre o número de profissionais da organização e a quantidade de trabalho.	1	5	2,78	1,107
A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex. conflitos com os utentes e colegas, sobrecarga no trabalho)	1	5	2,78	1,314
A percepção de estar relativamente bem pago, por comparação com outros funcionários com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas.	1	5	2,76	1,220

	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão
A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional.	1	5	2,71	1,167
A percepção de que a minha remuneração está de acordo com a minha responsabilidade e à minha experiência como profissional.	1	5	2,63	1,043
Média Global dos 45 itens das 6 dimensões			3,34	1,04

Após a leitura do quadro 17 verifica-se que apenas três afirmações apresentam uma média acima de 4,00, isto é, apenas 7,3% afirmações apresentam satisfação elevada, sendo que as três afirmações pertencem à dimensão “geral”, são também estas três afirmações as que apresentam menor desvio padrão, ou seja, estas afirmações são as que apresentam uma menor dispersão de resultados relativamente à média. No lado oposto, verifica-se que existem nove afirmações que apresentam uma média de 3,00 ou inferior a 3,00, isto é, apresentam valor negativo, ou seja, fraca satisfação. Das nove afirmações que apresentam fraca satisfação, seis pertencem à dimensão “salário”, uma à dimensão “condições de trabalho”, uma à dimensão “tipo de vínculo” e uma à dimensão “ambiente físico”. Relativamente aos três itens que apresentam maior desvio padrão, ou seja, apresentam uma maior dispersão de resultados relativamente à média, um pertence à dimensão “geral”, uma à dimensão “condições de trabalho” e uma à dimensão “ambiente físico”, sendo que, apenas uma se encontra entre as afirmações que apresentam fraca satisfação.

2.7.1 - Análise de grupos de coorte

Depois da soma dos valores de cada questão chegou-se a um valor mínimo de 45 (1*45 afirmações) e a um valor máximo de 225 (5*45 afirmações). De acordo com a diferença obtida entre os valores médios e o desvio padrão, e para uma melhor compreensão e análise da variável dependente foram criados grupos de coorte da seguinte forma:

Satisfação Elevada: corresponde ao indivíduo com pontuação inferior à média - (0,25 x desvio padrão) ou seja, ($< \text{média} - (0,25 \times \text{desvio padrão})$);

Satisfação Moderada: corresponde ao indivíduo com pontuação no intervalo $\geq \text{média} - (0,25 \times \text{desvio padrão})$ e $\leq \text{média} + (0,25 \times \text{desvio padrão})$;

Fraca Satisfação: corresponde ao indivíduo com uma pontuação superior à média + (0,25 x desvio padrão) ou seja, ($> \text{média} + (0,25 \times \text{desvio padrão})$).

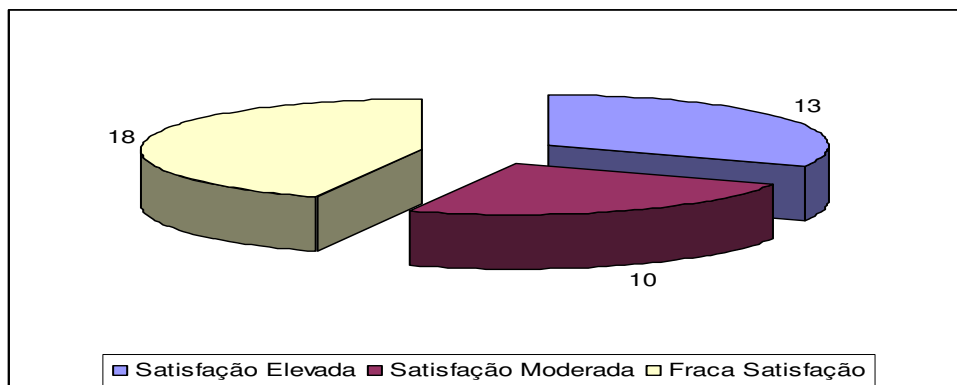
Quadro nº 17 - Estatística dos indivíduos relativa ao nível satisfação

	Total de Indivíduos	Valor Máximo Obtido	Valor Mínimo Obtido	Média global de satisfação	Desvio Padrão
Satisfação dos inquiridos	41	220	81	3,34	1,04

Quadro nº 18 - Distribuição dos indivíduos segundo o nível de satisfação.

Satisfação dos inquiridos	Nº de inquiridos	Percentagem %
Satisfação Elevada	13	31,7
Satisfação Moderada	10	24,4
Fraca Satisfação	18	43,9
Total	41	100,0

Gráfico nº 1 - Distribuição dos indivíduos (profissionais de saúde) segundo o nível de satisfação



Analisando o quadro 18 e o gráfico 1, é possível constatar que na sua maioria (56,1%) os inquiridos apresentam satisfação moderada ou elevada pois vinte e três inquiridos demonstram ter uma satisfação moderada e/ou elevada, e 18 inquiridos demonstram uma fraca satisfação.

2.7.2 - Análise de dimensões

Pela leitura do quadro seguinte verificamos que a dimensão salário é aquela que apresenta menor nível de satisfação e a dimensão geral apresenta a satisfação mais elevada. No entanto, em termos globais a média das médias é de 3,34 o que indica que a satisfação é moderada muito próxima do 3 ou seja o limite razoável.

Quadro nº 19 - Média das Dimensões.

Dimensões	Média das dimensões
Geral	3,81
Condições de Trabalho	3,38
Tipo de Vínculo	3,34
Tempo de Serviço	3,34
Ambiente Físico	3,25
Salário	2,94
Média das Médias	3,34

3 - Caracterização da amostra dos Utes

Da análise dos questionários, em termos de “Instituição Proveniente do Questionário” verifica-se que se conseguiu obter a resposta de 30 utentes, de acordo com o apresentado no quadro seguinte (Quadro 20) sendo um total de 17 provenientes de ABPG e os restantes 13 de SCMF. Estes 30 utentes representam 66,7% da população em estudo.

Quadro nº 20 - Caracterização da amostra dos utentes segundo a instituição proveniente do questionário

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
ABPG	17	56,7
SCMF	13	43,3
Total	30	100,0

3.1 - Idade

Se se fizer a análise em função dos grupos etários verifica-se que, e com base no quadro 21, estamos perante uma amostra de utentes em que a maioria da amostra tem mais de 50 anos de idade, e 20,0% têm de 31 a 50 anos de idade por último os restantes 13,3% têm menos de 30 anos.

Quadro nº 21 - Caracterização da amostra dos utentes segundo a Idade.

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Mais de 50 anos	20	66,7
De 31 a 50 anos	6	20,0
Até 30 anos	4	13,3
Total	30	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela RNCCI (2009), se verificou que os utentes/clientes das Unidades de Cuidados Continuados são uma população envelhecida, referindo mesmo que são uma população com uma média superior a 71,3 anos.

3.2 - Sexo

A amostra de utentes em estudo é composta por 16 utentes do sexo feminino (53,3%) e 14 utentes do sexo masculino (46,7%) o que perfaz um total de 30 indivíduos (Quadro 23).

Quadro nº 22 - Caracterização da amostra dos utentes segundo o sexo

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Feminino	16	53,3
Masculino	14	46,7
Total	30	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela RNCCI (2009), se verificou que os utentes/clientes das Unidades de Cuidados Continuados são na maioria feminina.

3.3 - Estado civil

Ao analisar-se o quadro 23 pode-se concluir que, para a variável estado civil, a amostra de utentes apresenta 50,0% dos indivíduos casados ou em união de facto, seguidos dos indivíduos solteiros e viúvos com 23,3% e por último apenas com 3,3% ou seja, um indivíduo divorciado.

Quadro nº 23 - Caracterização da amostra dos utentes segundo o Estado Civil

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Casado/União de Facto	15	50,0
Solteiro (a)	7	23,3
Viúvo (a)	7	23,3
Divorciado/Separado	1	3,3
Total	30	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela UMCCI (2010), se verificou que os utentes/clientes das Unidades de Cuidados Continuados são na maioria casados/união de facto, no entanto verifica-se que existe um aumento na referenciação de utentes/clientes solteiros e um decréscimo dos viúvos.

3.4 - Habilitações literárias

Quando abordada a variável habilitações literárias, verifica-se que a nossa amostra é composta na sua maioria por utentes com habilitações até ao 3º ciclo representando 76,6% da amostra. O grupo com o ensino secundário é segundo mais representativo sendo 10,0% da amostra. Apenas um inquirido tem o ensino superior (3,3%).

Quadro nº 24 - Caracterização da amostra dos utentes segundo as habilitações literárias

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Ensino Básico	13	43,3
2º ou 3º Ciclo	10	33,3
Ensino Secundário	3	10,0
Ensino Superior	1	3,3
Outros	3	10,0
Total	30	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela RNCCI (2009), se verificou que os utentes/clientes das Unidades de Cuidados Continuados são uma população pouco escolarizada, isto é, com ensino básico ou sem escolaridade.

3.5 - Tempo de internamento

Quanto à variável Tempo de Internamento, verifica-se que 50% dos inquiridos fica até 90 dias. Depois com mais de 90 dias de internamento temos 33,3% e por último até 30 dias apenas 16,7%.

Quadro nº 25 - Caracterização da amostra dos utentes segundo o tempo de internamento

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Até 90 dias	15	50,0
Mais de 90 dias	10	33,3
Até 30 dias	5	16,7
Total	30	100,0

Estes resultados não vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela UMCCI (2010) se verificou que a maioria dos utentes/clientes estão internados até 30 dias, no entanto este resultado é aceitável uma vez que das duas unidades onde foi realizado o estudo nenhuma possuía unidade de convalescença, isto é, unidade onde os utentes/clientes estão até 30 dias de internamento.

3.6 - Serviço hospitalar de onde teve alta

Quanto ao serviço hospitalar de onde teve alta, obteve-se um variado leque de opções pelo que para um melhor entendimento, no *output* os inquiridos foram agrupados em três pontos (provenientes do Hospital, do Centro de Saúde e de outra Unidade de Cuidados Continuados). Pela leitura do quadro 26, verifica-se que 50% dos inquiridos são provenientes do Hospital, depois 40% de Centros de Saúde e por último, de Unidades de Cuidados Continuados apenas 10%.

Quadro nº 26 - Caracterização da amostra dos utentes segundo o serviço hospitalar onde teve alta.

	Nº de Inquiridos	Percentagem %
Hospital	15	50,0
Centro de Saúde	12	40,0
Unidade de Cuidados Continuados	3	10,0
Total	30	100,0

Estes resultados vão de encontro ao referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela UMCCI (2010), se verificou que a origem da referenciação dos utentes/clientes em 2009 foi maioritariamente de Hospitais (69%) e as restantes de Centros de Saúde (31%), não existe no entanto referências a utentes/clientes que provêm de outras unidades de cuidados continuados.

Comparativamente aos elementos caracterizadores da população (utes) realça-se aqui os dados mais evidentes deste trabalho dando resposta às questões de investigação.

Quanto à **faixa etária** constata-se o predomínio da faixa etária mais de 50 anos, o que leva a ter uma amostra de uma população idosa, uma vez que mais de 66% da amostra tem idade superior a 50 anos, no que toca ao **sexo** constata-se que existem valores idênticos entre o sexo feminino e masculino, havendo no entanto um pequeno predomínio do sexo feminino. Constata-se também quanto ao **estado civil** que 50% da amostra está casado/união de facto, relativamente às **habilitações literárias** constata-se o predomínio de utentes detentores de ensino básico e uma reduzida amostra de utentes com o ensino superior, o que não confere um bom grau académico da amostra, já no que toca ao **tempo de internamento** verifica-se o maior predomínio em utentes com tempo de internamento até 90 dias, o que demonstra que temos uma amostra com algum tempo de ligamento às instituições.

3.7 - Satisfação dos Utes

A segunda parte do questionário visa a avaliação da satisfação dos utentes. Esta avaliação é referente a três dimensões a saber, grau de satisfação com os médicos; grau de satisfação com os enfermeiros e por último grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados. Cada uma destas dimensões é composta por um conjunto de itens e cada um desses itens é avaliado segundo uma grelha de avaliação, escala de Likert, como anteriormente referido.

3.7.1 - Dimensão - médicos

Relativamente a esta dimensão constatou-se que em todas as afirmações os inquiridos optaram por todas as opções, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que não há unanimidade entre os inquiridos e que existem inquiridos totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, insatisfeitos e totalmente insatisfeitos.

Verifica-se ainda que as afirmações em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “Conhecimento e experiência sobre a sua doença” e “O conforto e apoio que lhe deram”, ambas com 66,7% (20 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos insatisfeitos ou totalmente insatisfeitos é “A frequência das suas visitas/consultas”, com 36,6% (11 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos,” com 46,7% (14 inquiridos). (quadro 7 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 27), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, verifica-se que quanto ao grau de satisfação com os médicos os utentes demonstram que a maior satisfação provém do conhecimento e experiência sobre a sua doença, demonstrado pelos médicos.

Quadro nº 27 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Médicos”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.

Itens da Dimensão:	Media
Conhecimento e experiência sobre a sua doença.	3,80
O conforto e apoio que lhe deram.	3,63
Atenção que deram aos seus problemas físicos.	3,60
O interesse que demonstram por si.	3,57
O tratamento e acompanhamento médico proporcionados.	3,53
A informação que lhe deram sobre o seu tratamento.	3,43
A disponibilidade para escutar todas as suas preocupações.	3,37
A informação que lhe deram sobre a sua doença.	3,30
O tempo que lhe foi dedicado durante as visitas/consultas.	3,30
A frequência das suas visitas/consultas.	3,27
A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos.	3,17
Média global da dimensão (Média das médias)	3,45

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Grau de satisfação com os médicos” apresenta como afirmação mais positiva “Conhecimento e experiência sobre a sua doença”, e como afirmação menos positiva, “A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos”.

3.7.2 - Dimensão enfermeiros

Relativamente a esta dimensão apurou-se que a nível geral em todas as afirmações os inquiridos optaram pelas opções, totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que existe alguma unanimidade entre os inquiridos.

No entanto existem algumas excepções, como as afirmações “O tempo que lhe dedicaram”, que é a única afirmação onde é seleccionada a opção totalmente insatisfeita, apenas um inquirido refere estar totalmente insatisfeito, e outros dois inquirido insatisfeito, “O interesse que demonstraram por si”, “O conforto e apoio que lhe deram”, “A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos” onde em ambas apenas um inquiridos referiu

estar insatisfeito, e “A informação que lhe deram sobre o seu tratamento”, onde dois inquiridos referiram estar insatisfeitos.

Constatou-se ainda que a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “A forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação...)” com 96,7% (29 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos insatisfeitos ou totalmente insatisfeitos é “O tempo que lhe dedicaram”, com 10,0% (3 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos,” com 50,0% (15 inquiridos). (quadro 8 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 28), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, verifica-se que quanto ao grau de satisfação com os enfermeiros os utentes demonstram que a maior satisfação provém da forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação) demonstrado pelos enfermeiros.

Quadro nº 28 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Enfermeiros”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.

Itens da Dimensão:	Media
A forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação...)	4,47
A forma como trataram de si (dar os medicamentos, dar injeções...)	4,47
As suas qualidades humanas (educação, respeito, sensibilidade, paciência...)	4,40
A prontidão com que responderam às suas chamadas (de campainha).	4,40
A atenção que deram ao seu conforto físico.	4,37
O interesse que demonstraram por si.	4,27
O conforto e apoio que lhe deram.	4,27
A informação que lhe deram sobre os cuidados a ter consigo.	4,10
O tempo que lhe dedicaram.	4,10
A informação que lhe deram sobre o seu tratamento.	3,90
A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos.	3,70
Média global da dimensão (Média das médias)	4,22

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Grau de satisfação com os enfermeiros” apresenta como afirmação mais positiva “A forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação...)”, e como afirmação menos positiva, “A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos”.

3.7.3 - Dimensão organização dos serviços e cuidados

Relativamente a esta dimensão verifica-se que em todas as afirmações os inquiridos optaram por todas as opções excepto a opção totalmente insatisfeito, o que num primeiro ponto de vista se pode referir que não há unanimidade entre os inquiridos e que existem inquiridos totalmente satisfeitos, satisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, e insatisfeitos.

No entanto existem algumas excepções, como as afirmações “O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade)”, que é o única afirmação onde não é seleccionada a opção insatisfeita.

Apurou-se ainda que a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos satisfeitos ou totalmente satisfeitos é “O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade)” com 93,4% (28 inquiridos), no lado oposto, a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos insatisfeitos são “O tempo de espera pelos resultados dos exames médicos” e “A rapidez na realização de exames e/ou tratamentos médicos”, ambas com 20,0% (6 inquiridos), a afirmação em que existe uma maior percentagem de inquiridos que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos é “Troca de informação entre profissionais de saúde,” com 36,7% (11 inquiridos). (quadro 9 do anexo c)

Contudo pela leitura do quadro seguinte (quadro 29), que apresenta as afirmações por ordem de importância em termos médios, verifica-se que quanto ao grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados os utentes demonstram que a maior satisfação provém do ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade).

Quadro nº 29 - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Organização dos Serviços e Cuidados”, por ordem decrescente de importância e ainda a respectiva média global da dimensão.

Itens da Dimensão:	Media
O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade).	4,50
A simpatia e ajuda do pessoal técnico, de recepção e de laboratório.	4,20
A facilidade de localizar os diferentes serviços.	4,07
A informação dada na altura da sua admissão.	3,97
A facilidade de acesso (meios de transporte, estacionamento...).	3,93
A informação dada na altura da sua alta.	3,90
Troca de informação entre profissionais de saúde.	3,73
O tempo de espera pelos resultados dos exames médicos.	3,53
A rapidez na realização de exames e/ou tratamentos médicos.	3,50
Média global da dimensão (Média das médias)	3,93

Em resumo pela leitura dos dois quadros verifica-se que a dimensão “Grau de satisfação com os serviços e cuidados” apresenta como afirmação mais positiva “O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade)”, e como afirmação menos positiva, “A rapidez na realização de exames e/ou tratamentos médicos”.

3.8 - Satisfação dos Utesntes com a organização onde está internado

A terceira e última parte do questionário visa a avaliação da satisfação dos utentes com a organização onde estão internados, utilizando-se para o efeito uma grelha de avaliação, escala de Likert, como anteriormente referido.

Assim, pela leitura do quadro seguinte (quadro 30) verifica-se que a maioria dos inquiridos, ou seja, 90% considera-se satisfeita e totalmente satisfeita, verificando-se ainda que nenhum inquirido referiu estar totalmente insatisfeito ou insatisfeito.

Quadro nº 30 - Grau de satisfação com a Organização onde está internado

	Nº de inquiridos	Percentagem %
Totalmente Insatisfeito	0	0
Insatisfeito	0	0
Nem Satisfeito, nem Insatisfeito	3	10,0
Satisfeito	16	53,3
Totalmente Satisfeito	11	36,7
Total	30	100,0

O quadro seguinte, quadro 31, apresenta a média global da satisfação com a organização onde se encontra internado sendo esta de 4,27 numa escala de 1 a 5, ou seja, é superior a 4 o que indica claramente que o nível de satisfação é bastante bom.

Quadro nº 31 - Grau de satisfação com a Organização onde está internado

	Nº de inquiridos	Média
Grau de satisfação com a Organização onde está internado?	30	4,27

3.9 - Análise global da satisfação dos Utesntes

Nesta parte apresenta-se a análise global da satisfação relativamente aos utentes. Assim, o quadro 32, apresenta a análise global dos 31 itens referentes às três dimensões, por

ordem decrescente, mostra as médias aritméticas para cada item e respectivo desvio padrão bem como os valores máximos e mínimos atribuídos em cada questão.

Quadro nº 32 - Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação demonstrado em termos de valores médios.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade).	30	3	5	4,50	0,630
A forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação...)	30	3	5	4,47	0,571
A forma como trataram de si (dar os medicamentos, dar injecções...)	30	3	5	4,47	0,681
As suas qualidades humanas (educação, respeito, sensibilidade, paciência...)	30	3	5	4,40	0,724
A prontidão com que responderam às suas chamadas (de campainha).	30	3	5	4,40	0,675
A atenção que deram ao seu conforto físico.	30	3	5	4,37	0,765
O interesse que demonstraram por si.	30	2	5	4,27	0,868
O conforto e apoio que lhe deram.	30	2	5	4,27	0,907
A simpatia e ajuda do pessoal técnico, de recepção e de laboratório.	30	2	5	4,20	0,961
A informação que lhe deram sobre os cuidados a ter consigo.	30	3	5	4,10	0,759
O tempo que lhe dedicaram.	30	1	5	4,10	1,094
A facilidade de localizar os diferentes serviços.	30	2	5	4,07	0,907
A informação dada na altura da sua admissão.	30	2	5	3,97	0,999
A facilidade de acesso (meios de transporte, estacionamento...).	30	2	5	3,93	0,868
A informação que lhe deram sobre o seu tratamento.	30	2	5	3,90	0,923
A informação dada na altura da sua alta.	30	2	5	3,90	0,923
Conhecimento e experiência sobre a sua doença.	30	1	5	3,80	0,961
Troca de informação entre profissionais de saúde.	30	2	5	3,73	0,785
A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos.	30	2	5	3,70	0,915
O conforto e apoio que lhe deram.	30	1	5	3,63	1,245
Atenção que deram aos seus problemas físicos.	30	1	5	3,60	1,070
O interesse que demonstram por si.	30	1	5	3,57	1,194
O tratamento e acompanhamento médico proporcionados.	30	1	5	3,53	1,042
O tempo de espera pelos resultados dos exames médicos.	30	2	5	3,53	1,008
A rapidez na realização de exames e/ou tratamentos médicos.	30	2	5	3,50	1,042
A informação que lhe deram sobre o seu tratamento.	30	1	5	3,43	1,073
A disponibilidade para escutar todas as suas preocupações.	30	1	5	3,37	1,159
A informação que lhe deram sobre a sua doença.	30	1	5	3,30	1,149

O tempo que lhe foi dedicado durante as visitas/consultas.	30	1	5	3,30	1,179
A frequência das suas visitas/consultas.	30	1	5	3,27	1,202
A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos.	30	1	5	3,17	1,020
Média global dos 31 itens das 3 dimensões				3,86	0,95

Após a leitura do quadro 32 verifica-se que doze afirmações apresentam uma média acima de 4,00, isto é, 40% das afirmações apresentam satisfação elevada, sendo que três afirmações pertencem à dimensão “grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados” e nove afirmações pertencem à dimensão “grau de satisfação com os enfermeiros”, é também neste conjunto de afirmações que se encontram as três afirmações que apresentam menor desvio padrão, ou seja, estas afirmações são as que apresentam uma menor dispersão de resultados relativamente à média, sendo que uma pertence à dimensão “grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados” e duas afirmações pertencem à dimensão “grau de satisfação com os enfermeiros”. No lado oposto, não se verifica a existência de afirmações que apresentam uma média de 3,00 ou inferior a 3,00, isto é, apresentam valor negativo, ou seja, fraca satisfação. Relativamente aos três itens que apresentam maior desvio padrão, ou seja, apresentam uma grande dispersão de resultados relativamente à média, ambos pertence à dimensão “grau de satisfação com os médicos”.

3.9.1 - Análise de grupos de coorte

Depois da soma dos valores de cada questão chegou-se a um valor mínimo de 31 (1*31 afirmações) e a um valor máximo de 155 (5*31 afirmações). De acordo com a diferença obtida entre os valores médios e o desvio padrão, e para uma melhor compreensão e análise da variável dependente foram criados grupos de coorte da seguinte forma:

Satisfação Elevada: corresponde ao indivíduo com pontuação inferior à média - (0,25 x desvio padrão) ou seja, ($< \text{média} - (0,25 \times \text{desvio padrão})$);

Satisfação Moderada: corresponde ao indivíduo com pontuação no intervalo $\geq \text{média} - (0,25 \times \text{desvio padrão})$ e $\leq \text{média} + (0,25 \times \text{desvio padrão})$;

Fraca Satisfação: corresponde ao indivíduo com uma pontuação superior à média + (0,25 x desvio padrão) ou seja, ($> \text{média} + (0,25 \times \text{desvio padrão})$).

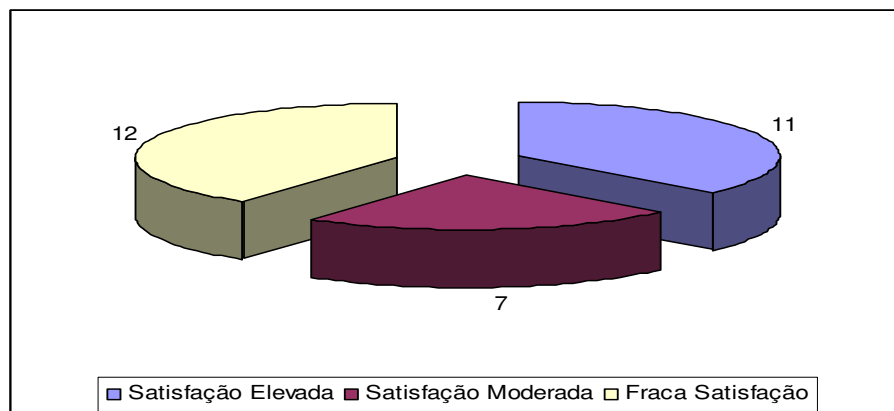
Quadro nº 33 - Estatística dos indivíduos relativa ao nível satisfação

	Total de Indivíduos	Valor Máximo Obtido	Valor Mínimo Obtido	Média global de satisfação	Desvio Padrão
Satisfação dos inquiridos	30	151	73	3,86	0,95

Quadro nº 34 - Distribuição dos indivíduos segundo o nível de satisfação.

Satisfação dos inquiridos	Nº de inquiridos	Percentagem %
Satisfação Elevada	11	36,7
Satisfação Moderada	7	23,3
Fraca Satisfação	12	40,0
Total	30	100,0

Gráfico nº 2 - Distribuição dos indivíduos (utentes) segundo o nível de satisfação



Analisando o quadro 34 e o gráfico 2, é possível constatar que na sua maioria (60%) os inquiridos apresentam satisfação moderada ou elevada pois dezoito inquiridos demonstram ter uma satisfação moderada e/ou elevada, e 12 inquiridos demonstram uma fraca satisfação, pode-se no entanto também concluir que os inquiridos com satisfação moderada estão muito próximos da fraca satisfação.

Estes resultados vão um pouco contra o referido na fundamentação teórica, onde num estudo realizado pela RNCCI (2009), se verificou que os utentes/clientes das Unidades de Cuidados Continuados estão satisfeitos, num estudo mais recente realizada pela UMCCI (2010), também se verifica que 91% da população estudada apresenta-se como satisfeita, muito satisfeita ou completamente satisfeita com as unidades da RNCCI. Também ESPERIDIÃO e TRAD (2005) mencionam que na generalidade da literatura é particular observar que existem resultados com altas taxas de satisfação, no entanto WILLIAM, COYLE, HEALY (1998) mencionam que o facto de não se compreender o termo satisfação pode servir de explicação para as altas taxas de satisfação observadas.

3.9.2 - Análise de dimensões

Pela leitura do quadro seguinte, quadro 35, verifica-se que a dimensão “satisfação com os médicos” é aquela que apresenta menor nível de satisfação e a dimensão “satisfação com os enfermeiros” apresenta a satisfação mais elevada. No entanto, em termos globais a média das médias é de 3,87 o que indica que a satisfação é boa pois está muito próxima do 4.

Quadro nº 35 - Média das Dimensões.

Dimensões	Média das dimensões
Satisfação com os Enfermeiros	4,22
Satisfação com a organização dos serviços e cuidados	3,93
Satisfação com os médicos	3,45
Média das Médias	3,87

4 - Análise Inferencial

A inferência estatística pretende estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses (FORTIN, 1999). Esta tem como objectivo analisar as possíveis relações entre as variáveis e, como tal, recorreu-se a vários testes para confirmar as hipóteses formuladas.

Nesta análise as hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

O tratamento dos dados foi feito informaticamente através do programa SPSS 17.0, em que se utilizam os seguintes níveis de significância: $p > 0,05$ - não significativo; $p < 0,05$ - significativo; $p < 0,01$ - bastante significativo; $p < 0,001$ - altamente significativo.

4.1. Teste de Normalidade

A fim de verificar a existência de uma distribuição normal utilizou-se o teste de Kolmogorov - Smirnov. Sabendo que a hipótese de normalidade é rejeitada quando $p < 0,05$. No entanto, e de acordo com o quadro seguinte, verifica-se que o nível de significância do

teste é de 0,000, o que leva à rejeição da hipótese nula da distribuição da satisfação ser normal. Visto que temos uma grande amostra (41 inquiridos) utiliza-se os testes paramétricos pois são mais robustos.

Em todos os casos assumiu-se como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses $\alpha = 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I for inferior a este valor ($p < 0,05$).

O nível de significância do teste é de 0,000, o que leva à rejeição da hipótese nula da distribuição da satisfação ser normal (quadro seguinte).

Quadro nº 36 - Teste K-S com a correcção de Lilliefors para os profissionais de saúde

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
satisfação global	,282	41	,000	,761	41	,000

a. Lilliefors Significance Correction

De acordo com o quadro seguinte verifica-se no caso da amostra de utentes que o nível de significância do teste é de 0,000, o que leva à rejeição da hipótese nula da distribuição da satisfação ser normal. Assim e devido ao facto de se ter uma amostra até 30 indivíduos então usa-se testes não paramétricos e para o efeito usa-se o Teste Mann-Whitney e o Teste Kruskal-Wallis.

Quadro nº 37 - Teste K-S com a correcção de Lilliefors para os utentes

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Satisfação Global	,261	30	,000	,762	30	,000

a. Lilliefors Significance Correction

4.2. Hipóteses - Profissionais da Saúde

Passa-se a descrever as hipóteses complexas que foram criadas para a amostra dos profissionais de saúde (41 inquiridos) incluídos no estudo.

A primeira hipótese levantada procura identificar se características demográficas, individuais e profissionais, inerentes aos profissionais de saúde, tais como a idade, sexo, estado civil, actividade profissional.

H1: Existem diferenças no nível de satisfação dos profissionais da Saúde em relação às variáveis Sócio-demográficas nas duas unidades de cuidados continuados.

Com a criação desta hipótese considera-se que a satisfação, como entidade complexa que é, deverá depender e ser influenciada por múltiplos factores que se procuram identificar.

H1a: A idade influencia a satisfação profissional.

Procurou-se identificar se a idade do enfermeiro influenciaria a sua satisfação profissional. Para tal realizou-se uma análise de variância a um factor entre a idade e a satisfação global tendo-se verificado que se rejeita a H1a uma vez que não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,499$), nos profissionais da SCMF no entanto, ABPG não se rejeita pois ($p= 0,027$).

Quadro nº 38 - Análise de variância a um factor entre a idade e a satisfação profissional

	ABPG								Variância Explicada
	Até 30 anos		31 - 50 anos		Mais 51 anos		F	p	
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Satisfação Profissional	3,13	0,354	2,85	0,801	2,57	0,746	5,712	0,027	65%
	SCMF								Variância Explicada
	Até 30 anos		31 -50 anos		Mais 50 anos		F	p	
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Satisfação Profissional	1,81	0,778	1,00	0,775	1,65	0,765	0,477	0,499	41%

Pode-se assim afirmar que a idade do enfermeiro não influencia a satisfação profissional, sendo que no estudo os profissionais de saúde com idades entre os 31 e os 50 anos são os mais satisfeitos profissionalmente e os que possuem até 30 anos são os mais insatisfeitos (Quadro 38).

Ao analisar-se a hipótese que relaciona a idade com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem um pouco contra a teoria de que a satisfação profissional é influenciada pela variável idade, apesar de como refere ANDRADE (2001) ser difícil

estabelecer uma relação entre a variável idade e satisfação profissional e de como refere ROBBINS (1999) a relação idade - satisfação profissional não ser tão linear, apresentando resultados contraditórios, o mesmo pode-se verificar na análise desta hipótese através da separação da amostra entre instituições, verificando-se que na instituição SCMF a idade não influencia a satisfação profissional e na instituição ABPG a idade influencia a satisfação profissional.

Contudo verifica-se que existe relação entre a variável idade e satisfação profissional, ROBBINS (1999) vai mais longe, e menciona que a satisfação profissional tende a aumentar com o evoluir da idade, também BATISTA, SANTOS, SANTOS, DUARTE (2010) verificaram através da realização de estudos que existe uma relação entre estas duas variáveis.

H1b: O sexo influencia a satisfação profissional.

Procurou-se identificar se o sexo do profissional da saúde influenciaria a sua satisfação profissional. Para tal realizou-se um teste t entre o sexo e a satisfação profissional tendo-se verificado que se rejeita a relação uma vez que não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,420$ e $p=0,164$). Pode-se assim afirmar que o sexo do profissional de saúde não influencia a satisfação profissional, sendo que no presente estudo são os enfermeiros do sexo feminino (média superior) os que apresentam uma maior satisfação profissional (quadro seguinte).

Quadro nº 39 - Teste t para diferença de médias entre o sexo e a satisfação profissional

		ABPG							
SEXO	Masculino			Feminino			t	P	
Satisfação Profissional	N	Média	Dp	N	Média	Dp			
	8	2,50	0,535	13	2,69	0,480	0,832	0,420	
		SCMF							
SEXO	Masculino			Feminino			t	P	
Satisfação Profissional	N	Média	Dp	N	Média	Dp			
	5	1,00	0,352	15	1,13	0,000	1,468	0,164	

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o sexo com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem de encontro com a teoria de que a satisfação profissional não é influenciada pela variável sexo, apesar de como refere ANDRADE (2001) a variável sexo ser uma das variáveis mais estudadas, e de ser uma variável que pode estar dependente de

outras índoles, o resultado da análise da hipótese vai de encontro aos resultados obtidos por ROBBINS (1999), onde refere que não existem diferenças relevantes na correlação sexo e satisfação profissional.

H1c: O Estado civil influencia a satisfação profissional.

Para identificar se estado civil influenciaria satisfação profissional, realizou-se uma análise de variância a um factor entre o estado civil e a satisfação profissional tendo-se verificado que a relação é parcialmente aceite uma vez que na ABPG se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p=0,004$), e na SCMF não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,773$). Os profissionais de saúde que apresentam uma satisfação mais elevada são os casados.

Quadro nº 40 - Análise de variância a um factor entre o estado civil e a satisfação profissional

	ABPG										
	Solteiro		Casada(o) /União de Facto		Divorciado /Separado		Viúvo(a)		F	p	Variância Explicada
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Satisfação Profissional	2,62	0,354	2,85	0,555	2,97	0,598			10,714	0,004	60%
	SCMF										
	Solteiro		Casada(o) /União de Facto		Divorciado /Separado		Viúvo(a)		F	p	Variância Explicada
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Satisfação Profissional	1,10	0,234	1,76	0,342	1,64	0,556	1,50	0,632	0,086	0,773	45%

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o estado civil com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação se verifica parcialmente, uma vez que numa das instituições existem diferenças estatisticamente significativas, sendo os casados os que apresentam uma satisfação mais elevada, o resultado obtido na ABPG vem um pouco contra a teoria de que a satisfação profissional não é influenciada pela variável estado civil, como observaram MARTINEZ, PARAGUAY e LATORRE (2004) através da realização de um estudo que se verificou que não existe diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis.

H1d: A actividade Profissional influencia a satisfação profissional.

Para identificar se a actividade profissional do profissional de saúde influenciaria a sua satisfação profissional, realizou-se uma análise de variância a um factor entre actividade profissional e a satisfação global tendo-se verificado que se aceita a relação uma vez que se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p=0,000$). Assim, os melhores valores de satisfação profissional são apresentados pelos enfermeiros e pelos médicos.

Quadro nº 41 - Análise de variância a um factor entre a actividade profissional e a satisfação profissional

	ABPG								
	Médico		Enfermeiro		Administrativo/ Pessoal Auxiliar		F	p	Variância Explicada
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Satisfação Profissional	2,13	0,354	2,46	0,776	2,33	0,658	1,315	0,000	76%
	SCMF								
	Médico		Enfermeiro		Administrativo/ Pessoal Auxiliar		F	p	Variância Explicada
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Satisfação Profissional	2,44	0,511	1,95	0,707	1,45	0,510	0,020	0,088	52%

Ao analisar-se a hipótese que relaciona a actividade profissional com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação se verifica, uma vez que existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem em parte de encontro com a teoria de que a satisfação profissional é influenciada pela variável actividade profissional, tal como diz GRAÇA (1999c) os médicos revelam estar geralmente mais satisfeitos, relativamente aos enfermeiros e ao pessoal de apoio, administrativos e auxiliares. No entanto num estudo mais recente realizada pela UMCCI (2010) na apresentação da distribuição da satisfação global por profissões, em primeiro lugar aparece os enfermeiros, em segundo os auxiliares e por último os médicos, o que leva a verificar que não é tão consensual a relação actividade profissional e satisfação profissional. No entanto ANDRADE (2001) menciona que quanto maior for a variedade de habilitações necessárias para a execução de um determinado trabalho maior será a satisfação profissional, acrescentando ainda que a actividade profissional que gozar de maior autonomia tende a estar mais satisfeita, uma vez que a autonomia é uma característica que muito contribui para a satisfação profissional.

A segunda hipótese levantada procura identificar se características individuais e profissionais, inerentes aos profissionais de saúde, tais como o tipo de vínculo o salário as condições de trabalho o tempo de serviço e o ambiente físico. Com a criação desta hipótese consideramos que a satisfação, como entidade complexa que é, deverá depender e ser influenciada por múltiplos factores.

H2: Existem diferenças no nível de satisfação dos profissionais em relação às variáveis sócio-Profissionais nas duas unidades de cuidados continuados.

H2a: O tipo de vínculo influencia a satisfação profissional.

Procurou-se identificar se a satisfação profissional dos profissionais de saúde seria influenciada pela satisfação com o tipo de vínculo e os aspectos globais inerentes ao mesmo. Para tal realizou-se um teste t entre a instituição e a satisfação com o tipo de vínculo tendo-se verificado que se aceita a relação uma vez que se verificam diferenças estatísticas significativas ($p = 0,011$).

Quadro nº 42 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com o tipo de vínculo

Instituição	ABPG		SCMF		t	P
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação com o tipo de vínculo	2,89	0,238	2,20	1,45	10,554	0,011 n.s.

n.s. $p < 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o tipo de vínculo com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação se verifica, uma vez que existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem um pouco contra a teoria de que a satisfação profissional não é influenciada pela variável tipo de vínculo, como referem SANTOS, CUNHA, QUINTINHA (2008) que relativamente ao tipo de vínculo com a organização, existe uniformidade de resultados, mas que ligeiramente positivo, pode ser considerado baixo, por estar perto do valor médio, concluindo que a variável tipo de vínculo não influencia significativamente o nível de satisfação profissional, no entanto considerando a especialização/qualificação parte integrante do tipo de vínculo, verifica-se como refere Baldamus *cit in* FRANCÊS (1984) que existe uma relação negativa forte entre este e as taxas de despedimento e por consequência influência e muito a satisfação profissional.

H2b: O salário influencia a satisfação profissional.

Procurou-se identificar se a satisfação profissional dos profissionais de saúde seria influenciada pela satisfação com o salário e os aspectos globais inerentes ao mesmo. Para tal realizou-se um teste t entre a instituição e a satisfação com o salário tendo-se verificado que se aceita a relação uma vez que se verificam diferenças estatísticas significativas ($p=0,000$).

Quadro nº 43 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com o salário

Instituição	ABPG		SCMF		t	P
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação com o salário	2,92	0,113	2,75	0,231	11,643	0,000 n.s.

n.s. $p < 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o salário com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação se verifica, uma vez que existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem de encontro com a teoria de que a satisfação profissional é influenciada pela variável salário, como refere ANDRADE (2001) que apesar de considerar a remuneração como uma finalidade do trabalho ou um factor extrínseco subjacente à satisfação profissional, chegou à conclusão de que esta variável influencia a satisfação profissional, embora também considere que a influência é variável para os diferentes indivíduos. No entanto existem estudos que não atribuem muita importância à variável salário, sendo FRANCÊS (1984) um dos maiores críticos relativamente à importância da variável salário, dando mais importância a aspectos intrínsecos. Contudo DEL CURA e RODRIGUES (1999) consideram o salário como um factor causador de insatisfação. Também GONÇALVES (1998) menciona que Herzberg, Mausner e Snyderman consideram a dimensão salário como uma causa de insatisfação profissional, no entanto TAVARES (2008b) menciona também que Herzberg na sua teoria dos dois factores menciona que o salário não produz satisfação, mas já Maslow na sua teoria da hierarquia das necessidades considera o salário como uma necessidade de baixo nível, isto é, são satisfeitas externamente, que pertencem às necessidades básicas para a existência de satisfação.

H2c: As condições de trabalho influenciam a satisfação profissional.

Procurou -se identificar se a satisfação profissional dos profissionais de saúde seria influenciada pela instituição e os aspectos globais inerentes á mesma. Para tal realizou-se um

teste t entre a instituição e a satisfação com as condições de trabalho tendo-se verificado que se rejeita a H2c uma vez que não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,282$)

Quadro nº 44 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com as condições de trabalho

Instituição	ABPG		SCMF		t	P
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação com as condições de trabalho	2,12	0,313	1,72	1,84	13,412	0,282 n.s.

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona as condições de trabalho com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem um pouco contra a teoria de que a satisfação profissional é influenciada pela variável condições de trabalho, como refere GONÇALVES (1998) que Herzberg, Mausner e Snyderman consideram a dimensão condições de trabalho como uma causa de insatisfação profissional, sendo que DEL CURA e RODRIGUES (1999) também o consideram como um factor causador de insatisfação, já a UMCCI (2010) chegou à conclusão que se existirem boas condições de trabalho existe satisfação profissional.

H2d: O tempo de serviço influencia a satisfação profissional.

Procurou -se identificar se a satisfação profissional dos profissionais de saúde seria influenciada pela instituição e os aspectos globais inerentes á mesma. Para tal realizou-se um teste t entre a instituição e a satisfação com o tempo de serviço tendo-se verificado que se rejeita a H2d uma vez que não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,345$)

Quadro nº 45 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com o tempo de serviço

Instituição	ABPG		SCMF		t	P	
	Média	Dp	Média	Dp			
Satisfação com o tempo de serviço	2,45	0,460	1,90	3,23	11,441	0,345	n.s.

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o tempo de serviço com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças

estaticamente significativas, este resultado vem um pouco contra a teoria de que a satisfação profissional é influenciada pela variável tempo de serviço, como refere ANDRADE (2001) esta variável é uma das variáveis intensamente estudadas e que possui forte correlação com a satisfação, ROBBINS (1999) acrescenta ainda que a correlação que existe entre a variável tempo de serviço e satisfação profissional é uma correlação positiva, DEL CURA e RODRIGUES (1999) vão mais longe e mencionam que quanto maior é o tempo de serviço maior é o nível de satisfação evidenciado.

H2e: O ambiente físico influencia a satisfação profissional.

Procurou-se identificar se a satisfação profissional dos profissionais de saúde seria influenciada pela instituição e os aspectos globais inerentes á mesma. Para tal realizou-se um teste t entre a instituição e a satisfação com o ambiente físico tendo-se verificado que se rejeita a H2e uma vez que não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p=0,157$)

Quadro nº 46 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação com o ambiente físico

Instituição	ABPG		SCMF		t	P
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação com o ambiente físico	2,78	0,281	2,14	2,67	11,648	0,157 n.s.

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o ambiente físico com a satisfação profissional, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem um pouco contra a teoria de que a satisfação profissional é influenciada pela variável ambiente físico, já a UMCCI (2010) chegou à conclusão que existe satisfação profissional relativamente ao ambiente físico do serviço. No entanto FERREIRA, NEVES, CAETANO (2001) e OLIVEIRA (2008) mencionam que segundo a teoria dos dois factores de Herzberg o ambiente físico é considerado um factor extrínseco, isto é, factores higiénicos que impedem a satisfação profissional.

4.3. Hipóteses - Utesentes

Passa-se a descrever as hipóteses complexas que foram criadas para a amostra dos utentes (30 inquiridos) incluídos no estudo.

A primeira hipótese levantada procura identificar se características demográficas, individuais e profissionais, inerentes aos utentes, tais como a idade, sexo, estado civil, actividade profissional.

H3: Existem diferenças no nível de satisfação dos utentes em relação às variáveis Sócio-demográficas nas duas unidades de cuidados continuados.

Com a criação desta hipótese considera-se que a satisfação, como entidade complexa que é, deverá depender e ser influenciada por múltiplos factores que se procuram identificar.

H3a: A idade influencia a satisfação dos utentes.

Para identificar se a idade do utente influenciaria a sua satisfação global, realizou-se um Teste Kruskal - Wallis entre a classe etária e a satisfação tendo-se verificado que se rejeita a hipótese uma vez que se não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p=0,534$; $p=0,174$).

Quadro nº 47 - Teste Kruskal - Wallis entre a idade do inquirido e a satisfação global

ABPG					
Variável	Idade do Utente	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Até 30 anos	7,50	2,82	5,29	0,534*
	De 31 a 50 anos	14,00			
	Mais de 50 anos	8,77			
SCMF					
Variável	Idade do Utente	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Até 30 anos	4,50	2,15	0,801	0,174*
	De 31 a 50 anos	5,90			
	Mais de 50 anos	9,60			

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona a idade com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem um pouco contra a teoria de que a satisfação dos utentes é influenciada pela variável idade, como refere SOUZA (1997) a variável idade é uma das variáveis que apresenta maior concordância entre os diferentes estudos, o que segundo ASPINAL, ADDINTON-HALL, HUGHES, HIGGINSON (2003) pode ser devido ao facto das características dos grupos, uma vez que são grupos mais idosos e que tendem a possuir um

maior carisma ou menores expectativas, contudo KURATA, NOGAWA, PHILIPS, HOFMAN, WERBLUN (1992) mencionam que esta correlação entre a variável idade e satisfação do utente está relacionada com o facto de utentes/clientes mais velhos comparativamente com os mais novos, tenderem a avaliar os cuidados prestados de uma forma mais positiva.

H3b: O sexo influencia a satisfação dos utentes.

O estudo das diferenças entre o género fez-se com a utilização do teste de Mann Whitney, em substituição do teste t, pelo facto de existir violação da normalidade nas distribuições.

Recorreu-se a um procedimento que compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes.

Em vez de se basear em parâmetros da distribuição normal como a média e a variância, o teste de Mann Whitney baseia-se nas ordenações da variável.

A estatística do teste U, evidenciada no quadro seguinte possibilita verificar as diferenças na satisfação entre os inquiridos do sexo masculino e do sexo feminino.

Quadro nº 48 - Associação entre o género e a satisfação.

ABPG					
	sexo	n	Rank médio	U	p
Satisfação	Feminino	10	10,25	22,50	0,193*
	Masculino	7	7,21		
	Total	17			
SCMF					
	sexo	n	Rank médio	U	p
Satisfação	Feminino	6	8,00	15,000	0,320*
	Masculino	7	6,14		
	Total	13			

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Deste modo, pode observar-se que a satisfação dos inquiridos não varia em função do sexo e o rank médio não é considerado significativamente diferente entre mulheres (10,25) e homens (7,21) com um nível de significância de $p=0,193$. O valor mais elevado, das mulheres, está associado a maior satisfação do que os homens, no entanto como as diferenças não são significativas não se confirma a hipótese. A satisfação dos inquiridos não é influenciada pelo género.

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o sexo com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem de encontro com a teoria de que a satisfação dos utentes é influenciada pela variável sexo, como referem KURATA, NOGAWA, PHILIPS, HOFMAN, WERBLUN (1992), em diferentes estudos efectuados não foi evidenciado qualquer variação ou correlação entre a variável sexo e satisfação dos utentes, contudo os mesmos autores referem que existem determinados estudos que aludem para o facto de que as mulheres podem estar mais aptas a criticar os serviços, sendo óptimas informadoras para as pesquisas.

H3c: O Estado civil influencia a satisfação dos utentes.

Para identificar se o estado civil do inquirido influenciaria a sua satisfação global, realizou-se um Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e a satisfação tendo-se verificado que se rejeita a hipótese uma vez que se não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p=0,261$; $p=0,706$).

Quadro nº 49 - Teste Kruskal - Wallis entre o estado civil do inquirido e a satisfação global

		ABPG			
Variável	Estado civil	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Solteiro	14,00	2,35	0,996	0,261*
	Casada(o)/União de Facto	8,05			
	Divorciado/Separado				
	Viúvo(a)	9,13			
		SCMF			
Variável	Estado civil	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Solteiro	6,80	2,15	0,947	0,706*
	Casada(o)/União de Facto	6,25			
	Divorciado/Separado	4,50			
	Viúvo(a)	9,17			

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o estado civil com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem de encontro com a teoria de que a satisfação dos utentes é influenciada pela variável estado civil, como referem PEREIRA, SOARES, MCINTYRE (2001) através da realização de estudo chegaram à conclusão que relativamente à variável estado civil não se observam diferenças significativas a nível da satisfação dos

utentes, acrescentando no entanto que os utentes/clientes casados ou em união de facto são os que apresentam índices maiores de satisfação.

H3d: As habilitações Literárias influenciam a satisfação dos utentes.

Para identificar se as habilitações literárias do inquirido influenciariam a sua satisfação global, realizámos um Teste Kruskal - Wallis entre as habilitações literárias e a satisfação tendo-se verificado que se rejeita a hipótese uma vez que se não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,183$; $p= 0,224$).

Quadro nº 50 - Teste Kruskal - Wallis entre as habilitações literárias do inquirido e a satisfação global

		ABPG			
Variável	Habilitações literárias	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Ensino Básico	9,10	2,18	0,809	0,183*
	2º ou 3º Ciclo	5,00			
	Ensino Secundário	14,00			
	Ensino Superior	14,00			
	Outros	14,00			
		SCMF			
Variável	Habilitações literárias	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Ensino Básico	6,83	2,38	1,325	0,224*
	2º ou 3º Ciclo	6,42			
	Ensino Secundário	4,50			
	Ensino Superior				
	Outros	11,50			

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona as habilitações literárias com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estaticamente significativas, este resultado vem um pouco contra a teoria de que a satisfação dos utentes é influenciada pela variável habilitações literárias, como refere SOUZA (1997) embora não seja muito comum haver associação entre satisfação e escolaridade, há alguns estudos que apontam para haver uma correlação positiva entre satisfação do utente/cliente e escolaridade, acrescentando que os utentes/clientes com menor escolaridade apresentam maiores índices de satisfação. Também MARTINS (2009) menciona que existe algumas diferenças relativamente à relação satisfação dos utentes/clientes e habilitações literárias, aumentando ligeiramente dos que possuem como habilitações literárias o ensino básico para

os que possuem ensino secundário, e volta a diminuir nos que possuem um curso superior. Contudo LOPES (1999) observou também que mesmo em utentes/clientes com as mesmas habilitações literárias, utentes/clientes mais velhos tendem a ter uma maior satisfação comparativamente com os mais novos.

H4: O tempo de internamento influencia a satisfação dos utentes.

Para identificar se o tempo de internamento do inquirido influenciaria a sua satisfação global, realizámos um Teste Kruskal - Wallis entre o tempo de internamento e a satisfação tendo-se verificado que se rejeita a hipótese uma vez que se não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,274$; $p= 0,193$).

Quadro nº 51 - Teste Kruskal - Wallis entre o tempo de internamento do inquirido e a satisfação global

		ABPG			
Variável	Tempo de internamento	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Até 30 dias	14,00	2,586	2,0	0,274*
	Até 90 dias	8,56			
	Mais de 90 dias	8,00			
		SCMF			
Variável	tempo de internamento	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Até 30 dias	4,50	3,287	2,2	0,193*
	Até 90 dias	6,83			
	Mais de 90 dias	9,13			

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o tempo de internamento com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estatísticas significativas, este resultado vem de encontro com a teoria de que a satisfação dos utentes não é influenciada pela variável tempo de internamento, tal como refere MARTINS (2009), no entanto o mesmo autor acrescenta ainda que o tempo de internamento é cada vez mais uma necessidade para as organizações de saúde avaliar a sua relação com a satisfação dos utentes/clientes. Também a RNCCI (2008) menciona que a satisfação é idêntica para os utentes/clientes com diferente tempo de internamento, ressaltando no entanto que se observa uma maior percentagem de satisfação nos utentes em convalescença, isto é, utentes com tempo de internamento até 30 dias.

H5: O Serviço Hospitalar de onde teve alta influencia a satisfação dos utentes.

Para identificar se o serviço hospitalar de onde o inquirido teve alta influenciaria a sua satisfação global, realizou-se um Teste Kruskal - Wallis entre o serviço hospitalar e a satisfação tendo-se verificado que se aceita a relação uma vez que se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,008$).

Quadro nº 52 - Teste Kruskal - Wallis entre o Serviço Hospitalar de onde teve alta e a satisfação global

Variável	Serviço Hospitalar de onde teve alta	Nº inquiridos	Mean Rank	Média	D.p.	P
Satisfação global	Hospital	15	13,37	5,015	2,0	0,008*
	Centro de Saúde	12	15,79			
	Unidade de Cuidados Continuados	3	25,00			

n.s. $p < 0,05$ * $p < 0,05$

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o serviço hospitalar de onde teve alta com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação se verifica, uma vez que existem diferenças estatísticas significativas, no entanto não se encontra na literatura argumentos para discutir esta questão.

H6: Existem diferenças no nível de satisfação dos utentes em relação às variáveis referentes à percepção de satisfação nas duas unidades de cuidados continuados:

H6a: O grau de satisfação com os Médicos influencia a satisfação dos utentes.

O estudo das diferenças entre as duas unidades de cuidados continuados segundo o nível de satisfação dos utentes em relação aos médicos fez-se com a utilização do teste de Mann Whitney, em substituição do teste t, pelo facto de existir violação da normalidade nas distribuições. A estatística do teste U, evidenciada no quadro seguinte possibilita verificar as diferenças de satisfação com os médicos relativamente às duas unidades.

Quadro nº 53 - Associação entre a unidade de cuidados continuados e a satisfação com os médicos.

	Unidade de Cuidados Continuados	n	Rank médio	U	p
Satisfação com os médicos	ABPG	17	17,47	-1,499	0,134
	SCMF	13	12,92		
	Total	30			

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Deste modo, pode observar-se que a satisfação com os médicos não varia em função da instituição, não influenciando assim o grau de satisfação dos doentes, e o rank médio não é considerado significativamente diferente entre os da ABPG (17,47) e os da SCMF (12,92) com um nível de significância de $p=0,134$.

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o grau de satisfação com os Médicos, com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação não se verifica, uma vez que não existem diferenças estatísticas significativas, este resultado vem um pouco contra a teoria de que a satisfação dos utentes é influenciada pela variável satisfação com os Médicos, como referem HESPANHOL (2003) e FERREIRA (2000) existe correlação entre a satisfação utente/cliente e o médico, também MACIEL-LIMA (2004) menciona que a relação médico-utente é um factor subjacente à satisfação dos utentes, isto porque a relação tem sofrido ultimamente um revés no que toca à relação tradicional. Contudo SANTOS (1996) descreve também relativamente à satisfação dos utentes/clientes com os médicos determinantes como competências relacionais do médico, ambiente em que é atendido, saber médico, entre outros.

H6b: O grau de satisfação com os Enfermeiros influencia a satisfação dos utentes.

O estudo das diferenças entre as duas unidades de cuidados continuados segundo o nível de satisfação dos utentes em relação aos enfermeiros fez-se com a utilização do teste de Mann Whitney, em substituição do teste t, pelo facto de existir violação da normalidade nas distribuições. A estatística do teste U, evidenciada no quadro seguinte possibilita verificar as diferenças de satisfação com os enfermeiros relativamente às duas unidades.

Quadro nº 54 - Associação entre a unidade de cuidados continuados e a satisfação com os enfermeiros.

	Unidade de Cuidados Continuados	n	Rank médio	U	p
Satisfação com os enfermeiros	ABPG	17	17,77	-1,239	0,012
	SCMF	13	12,62		
	Total	30			

n.s. $p < 0,05$ * $p < 0,05$

Deste modo, pode observar-se que a satisfação com os enfermeiros varia em função da instituição com um nível de significância de $p=0,012$. Confirma-se assim a hipótese que o grau de satisfação com os enfermeiros influencia a satisfação dos utentes.

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o grau de satisfação com os Enfermeiros, com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação se verifica, uma vez que existem diferenças estatísticas significativas, este resultado vem de encontro com a teoria de que a satisfação dos utentes é influenciada pela variável satisfação com os Enfermeiros, como refere RIBEIRO (2008), Silva e Dias realizaram um estudo onde verificaram a existência de correlação entre enfermeiros e satisfação dos utentes/clientes, RIBEIRO (2008) através do seu estudo chegou também à conclusão que havia uma relação satisfatória entre estas duas variáveis, salvaguardando que existem diferentes pontos nesta relação que necessitam de ser melhorados.

H6c: O grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados influencia a satisfação dos utentes.

O estudo das diferenças entre as duas unidades de cuidados continuados segundo o nível de satisfação dos utentes em relação à organização dos serviços e cuidados fez-se com a utilização do teste de Mann Whitney, em substituição do teste t, pelo facto de existir violação da normalidade nas distribuições. A estatística do teste U, evidenciada no quadro seguinte possibilita verificar as diferenças de satisfação com a organização dos serviços e cuidados relativamente às duas unidades.

Quadro nº 55 - Associação entre a unidade de cuidados continuados e a satisfação com a organização dos serviços e cuidados.

	Unidade de Cuidados Continuados	n	Rank médio	U	p
Satisfação com a organização dos serviços e cuidados	ABPG	17	16,83	-1,114	0,017
	SCMF	13	13,17		
	Total	30			

n.s. p <0,05 * p < 0,05

Deste modo, pode observar-se que a satisfação com a organização dos serviços e cuidados varia em função da instituição com um nível de significância de $p=0,017$. Confirma-se assim a hipótese que o grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados influencia a satisfação dos utentes.

Ao analisar-se a hipótese que relaciona o grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados, com a satisfação dos utentes, efectua-se que esta relação se verifica, uma vez que existem diferenças estatísticas significativas, este resultado vem de encontro com a teoria de que a satisfação dos utentes é influenciada pela variável satisfação com a organização dos serviços e cuidados, como refere Amado *et al cit in* RIBEIRO (2008) factores inerentes à organização dos serviços e cuidados são factores causadores de insatisfação do utente/cliente, factores como aspectos organizacionais, recursos existentes, tempo de espera demasiado alargado e informação recebida, no entanto GOMES (2008) acrescenta ainda que para haver satisfação nos utentes/clientes é necessário que os profissionais de saúde ofereçam atenção, carinho, dedicação, que manifestem paciência, compreensão e se preocupem com a sua privacidade, já o estudo realizado pela RNCCI (2008) vai mais longe e menciona que dos 96,6% dos utentes que avaliam a satisfação com a unidade como boa e muito boa, dão maior valorização à organização dos serviços.

H7: Existem diferenças no nível de satisfação dos profissionais e dos utentes nas duas unidades de cuidados continuados.

O estudo das diferenças entre as duas unidades de cuidados continuados segundo o nível de satisfação global dos utentes fez-se com a utilização do teste de Mann Whitney, em substituição do teste t, pelo facto de existir violação da normalidade nas distribuições. A estatística do teste U, evidenciada no quadro seguinte possibilita verificar as diferenças de satisfação relativamente às duas unidades.

Quadro nº 56 - Associação entre os utentes e a satisfação.

	Unidade de Cuidados Continuados	n	Rank médio	U	p
Satisfação Global	Utentes de ABPG	17	17,12	-1,589	0,253
	Utentes de SCMF	13	13,88		
	Total	30			

n.s. $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Assim, pode observar-se que a satisfação dos utentes não varia em função da instituição, e o rank médio não é considerado significativamente diferente entre os da ABPG e os da SCMF, no entanto, os utentes da ABPG apresentam uma satisfação superior (17,12), com um nível de significância de $p=0,253$.

Procurou-se identificar também se a satisfação profissional dos profissionais de saúde seria influenciada pela instituição e os aspectos globais inerentes á mesma. Para tal realizou-se um teste t entre a instituição e a satisfação profissional tendo-se verificado que se aceita a relação uma vez que se verificam diferenças estatísticas significativas ($p= 0,000$). Pode-se assim afirmar que os profissionais de saúde da ABPG são os que apresentam uma maior satisfação profissional, ao passo que os profissionais de saúde da SCMF são os que se apresentam mais insatisfeitos profissionalmente. (Quadro 57)

Quadro nº 57 - Teste t para diferença de médias entre a instituição e a satisfação profissional

Instituição	ABPG		SCMF		t	P
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação global	2,62	0,498	1,10	3,08	11,816	0,000 n.s.

n.s. $p < 0,05$ * $p < 0,05$

5 - Conclusão, limitações e sugestões de estudo

“A velhice é um fenómeno que se verifica desde sempre. Esta tem sido avaliada de diferentes formas tendo em conta as várias sociedades. No entanto, este fenómeno deixou de ter uma dimensão individual e tornou-se bastante abrangente na medida que se pode falar do envelhecimento da sociedade. As preocupações com o envelhecimento demográfico são alvo de muitas reflexões e debates, facto este que nos leva a constatar que o envelhecimento é um problema social.” JESUS (2008, p.74)

Quanto aos resultados do estudo, é importante evidenciar as principais conclusões alcançadas. Estas surgem da análise e interpretação dos dados, dos objectivos propostos, das questões formuladas e do enquadramento teórico estruturador da investigação.

Todos os procedimentos foram executados sem sacrificar qualquer rigor, de forma que a abordagem se tenha centrado numa exposição, tanto quanto possível, acessível a uma vasta gama de leitores.

Ainda que este trabalho seja de inteira responsabilidade do autor, o seu conteúdo resultou em larga medida da leitura de obras e artigos de autores nacionais e estrangeiros.

A partir da análise dos dados e considerando os objectivos proposto para este estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

Relativamente aos elementos caracterizadores da população (profissionais de saúde) realça-se aqui que entre os inquiridos constata-se o predomínio da faixa etária até 30 anos, o predomínio do sexo feminino, que mais de 50% da amostra está casado/união de facto e que existem valores idênticos para enfermeiros e administrativos/pessoal auxiliar.

Comparativamente aos elementos caracterizadores da população (utesntes) realça-se aqui que existe o predomínio da faixa etária mais de 50 anos e do sexo feminino, que 50% da amostra está casado/união de facto, que existe o predomínio de utentes detentores de ensino básico e no que toca ao tempo de internamento, verifica-se um maior predomínio em utentes com tempo de internamento até 90 dias.

Quanto ao nível de satisfação profissional do grupo estudado em relação às dimensões estudadas, concluiu-se que os inquiridos estavam mais satisfeitos com as dimensões “geral” e condições de trabalho”, já o componente com o qual os profissionais de saúde do grupo estudado têm menor nível de satisfação profissional foi a dimensão “salário”.

No que toca ao nível de satisfação dos utentes/clientes do grupo estudado em relação às dimensões estudadas, concluiu-se que os inquiridos estavam mais satisfeitos com a dimensão “satisfação com os enfermeiros”, já o componente com o qual os utentes/clientes

do grupo estudado têm menor nível de satisfação foi a dimensão “satisfação com os médicos”.

Na globalidade do estudo, com base nas respostas dos profissionais de saúde e dos utentes/clientes ao inquérito de satisfação, foi também possível sistematizar os pontos de maior e menor satisfação profissional.

Quanto aos profissionais de saúde os pontos em que os inquiridos evidenciaram maior satisfação foram, “O respeito, o apreço e a confiança que me manifestam os utentes”; “A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades de saúde de cada um dos utentes” e “A certeza de estar a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências em prol dos utentes”, pertencendo os três à dimensão “geral”.

No que toca aos pontos em que os inquiridos evidenciaram menor satisfação foram, “A percepção de estar relativamente bem pago, por comparação com outros funcionários com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas”; “A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional” e “A percepção de que a minha remuneração está de acordo com a minha responsabilidade e à minha experiência como profissional”, pertencendo os três à dimensão “salário”.

Relativamente aos utentes/clientes os pontos em que os inquiridos evidenciaram maior satisfação foram, “O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade)”; “A forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação...)” e “A forma como trataram de si (dar os medicamentos, dar injeções...)”, pertencendo o primeiro ponto à dimensão “grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados” e as restantes à dimensão “grau de satisfação com os enfermeiros”.

Quanto aos pontos em que os inquiridos evidenciaram menor satisfação foram, “O tempo que lhe foi dedicado durante as visitas/consultas”; “A frequência das suas visitas/consultas” e “A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos”, pertencendo os três à dimensão “grau de satisfação com os médicos”.

Respeitante aos testes de hipóteses deste estudo, respeitante aos profissionais de saúde os dados confirmam a existência de correlação entre as dimensões salário, tipo de vínculo, actividade profissional e estado civil com a satisfação profissional, sendo que relativamente ao estado civil esta correlação é parcial (apenas observada na ABPG), já no que concerne aos utentes/clientes os dados confirmam a existência de correlação entre as dimensões organização do serviço e cuidados, enfermeiros e serviço hospitalar de onde teve alta com a satisfação dos utentes/clientes, no que respeita ao serviço hospitalar de onde teve alta, esta avaliação é algo de inovador.

Quando se referem à satisfação com a instituição, dos profissionais de saúde, nenhum referiu estar totalmente insatisfeito com a instituição, sendo que apenas quatro referiram estar insatisfeitos, no pólo oposto vinte e sete inquiridos, isto é, 65,8%, referiram estar satisfeitos ou totalmente satisfeitos com a instituição, isto é, um valor aproximado dos inquiridos que apresentam satisfação moderada ou elevada (56,1%), apresentando os restantes fraca satisfação.

No que respeita aos utentes, nenhum referiu estar insatisfeito ou totalmente insatisfeito com a instituição, sendo que vinte e sete dos inquiridos, ou seja, 90%, referiram estar satisfeitos ou totalmente satisfeitos com a instituição, ao contrário dos valores obtidos através da análise dos grupos de coorte, em que apenas 60% dos utentes apresentam satisfação moderada a elevada, apresentando os restantes fraca satisfação.

Concluiu-se também que se verifica a existência de diferenças na satisfação dos profissionais de ambas as unidades, já relativamente à satisfação dos utentes não varia em função da instituição.

É importante salientar também que a realização desta dissertação proporciona às administrações das unidades estudadas o conhecimento do nível de satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes a elas afectas, tendo conhecimento das dimensões em que há uma maior satisfação ou insatisfação, tendo assim a possibilidade de apurar/estudar alternativas para intervir no sentido de proporcionar uma maior satisfação. Sendo mesmo recomendável que as administrações devam monitorizar frequentemente a satisfação, quer dos profissionais, quer dos utentes, no sentido de ter um constante *feedback*, uma vez que a satisfação é um dos principais pontos para o sucesso de uma organização.

Algumas das limitações encontradas na execução deste estudo foram a disponibilidade dos colaboradores, uma vez que se sentiu uma enorme dificuldade em obter a colaboração/autorização das unidades de cuidados continuados, isto é, as unidades de cuidados continuados ainda não estão despertas para a importância deste tipo de investigações, uma vez que foram inúmeras as unidades que rejeitaram o pedido de colaboração/autorização e por consequência a implementação do instrumento de análise.

Também o facto dos utentes/clientes das unidades de cuidados continuados serem demasiados idosos, não estando lúcidos e possuírem diagnósticos que dificultam a obtenção de uma maior amostra, isto é, os doentes não apresentarem disponibilidade, nem disposição mental para o preenchimento do questionário devido à carga emocional e psíquica provocada pela doença e seu tratamento.

Outra limitação é o facto de os resultados poderem ter sido influenciados pelo facto de ter sido um profissional de enfermagem a lançar os questionários pois, embora estivesse previsto inicialmente o seu auto preenchimento (sem interferência dos profissionais) o mesmo

não aconteceu devido a problemas essencialmente de iliteracia. Assim, propõe-se que em futuros trabalhos sobre a satisfação com os cuidados de saúde, os elementos que apliquem os instrumentos de colheita de dados não sejam os profissionais envolvidos na prestação de cuidados aos utentes/clientes.

Acresce a tudo isto a morosidade resultante do preenchimento do formulário, pela extensão, relativamente aos profissionais de saúde, uma vez que estes, dispõem de muito pouco tempo para colaborarem com estes estudos.

Estas limitações no seu conjunto, exigiram ao investigador um esforço físico e anímico muito grande. O facto de se constituir único interveniente na recolha de dados, no sentido de evitar eventual subjectividade de ideias e consensualização de interpretações, transformou o processo num consumidor de tempo dilatando a calendarização previamente estabelecida.

Pode-se dizer ter sido muito estimulante e enriquecedor, apesar de algumas dificuldades sentidas no decurso do mesmo, considerando-se que as questões de investigação que orientaram o estudo obtiveram as suas respostas de forma evidente. Sendo para tal, determinante os objectivos delineados que com evidência foram alcançados. Este trabalho permitiu o debruçar sobre um problema real, obter uma visão necessária e essencial, para a intervenção e mudança, reflectindo e analisando o fenómeno em estudo.

As sugestões de investigação podem ser inúmeras, indo desde a replicação dos estudos realizados em diferentes populações/amostras, de modo a verificar se os dados obtidos neste estudo vão de encontro ao que eventualmente se poderia encontrar noutras populações, nomeadamente em outras unidades de cuidados continuados. Desta forma poder-se-ia aumentar a amostra o que permitiria outro tipo de análise recorrendo a outras possibilidades estatísticas. Este aumento da amostra permitiria ter conclusões mais robustas, uma vez que seria uma amostra mais representativa da população das unidades de cuidados continuados existente em Portugal; Procurar construir questionários mais específicos para os diferentes grupos profissionais.

Seria também importante numa futura investigação compreender/analisar as razões da existência de diferenças na satisfação dos profissionais de ambas as unidades.

Em jeito de conclusão deste estudo, pode-se afirmar que esta trajectória deixou no investigador alguns sentimentos contraditórios. Por um lado, o sentimento de dever cumprido associado à convicção de ter atingido os objectivos inicialmente propostos. Por outro lado, surge o sentimento de que existiram pistas que não foram investigadas, de que se poderia ter seguido outros rumos e de que os frutos finais poderiam ser maiores ou, pelo menos, mais consistentes.

Ao terminar-se este primeiro trabalho de investigação, considera-se que o autor teve o melhor empenho. Houve o esforço, no sentido de dar resposta aos objectivos propostos,

mesmo enfrentando as adversidades da falta de experiência e maturidade no domínio da investigação, a escassez de bibliografia em algumas temáticas e o pouco tempo atribuído para esta dissertação. Torna-se muito difícil, neste período de tempo, contribuir grandemente para a comunidade científica.

Contudo, os resultados obtidos não são definitivos, dada a reduzida dimensão da amostra, sendo por isso a interpretação dos mesmos bastante limitativos e perspectivando futuras investigações nesta área.

6 - Bibliografia

- ✓ ALMEIDA, T. L. (2005) - “*Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde e da família*”, Dissertação da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto;
- ✓ ALVIM, A. (2002) - “*A reforma da Saúde - O sistema de Saúde no Estado de Mercado Social*”, Rolo e Filhos, Mafra;
- ✓ ANDERSON, E. W. (1998) - “*Customer satisfaction and word-of-mouth.*” NQRC (National Quality Research Center): The University of Michigan, July;
- ✓ ANDERSON, E. W; FORNELL, C; LEHMANN, D. R. (1992) - “*Perceived quality, customer satisfaction, market share, and profitability*”, Working Paper, NQRC (National Quality Research Center): The University of Michigan;
- ✓ ANDRADE, L. M. da C. (2001) - “*A Satisfação Profissional nos Enfermeiros de Pediatria;*” Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem-Pediatria, Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto;
- ✓ ANDRÉ, C. (2002) - “*Cuidados Continuados um modelo de intervenção na comunidade*”, *Revista Sinais Vitais*, 44, p.40-44;
- ✓ ASPINAL F; ADDINGTON-HALL; HUGHES R; HIGGINSON I. J; (2003) - “*Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature.*” *J Adv Nurs*; 42 p.324-339;
- ✓ BATISTA, V. L. D; SANTOS, M. F; SANTOS, P. M. F; DUARTE, J. C. (2010) - “*Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois modelos de Gestão Hospitalar*”, *Revista Referência*, II série, nº 12, Março, p. 57-69;
- ✓ BILRO, M. E. S. (2004) - “*Articulação de Cuidados*”, In: Bilro, M. E. S; Cruz, A. G. - *Enfermagem Oncológica*, 1ªed. Formasau, Coimbra, p.195-200;
- ✓ BISCAIA, A; OSVALDO, S. O; ANTUNES, A. R; CRAVEIRO, I.; JÚNIOR, A; CALDEIRA, C. P. (2007) - “*Os centros de saúde em Portugal - a satisfação dos utentes e dos profissionais (Portuguese Health Centres - citizens and professionals' satisfaction).*” Missão para os Cuidados de Saúde Primários; Lisboa; consultado em 02/05/09 às 02h10m (www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/E9627F69-87AE-440B-AC70-46077532A87A/0/Centros_Saude_Estudo.pdf);
- ✓ BOLANDER, V. B. (1998) - “*Saúde, doença e cuidados de saúde - conceitos em mudança*”. In Bolander, V. B. *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*, 3ª ed., Lusodidacta, Lisboa, p.31-52;
- ✓ CABETE, D. G. (1999) - “*Cuidados Continuados e Continuidade de Cuidados*”, Manual de Sinais Vitais, Formasau, Coimbra;
- ✓ CARÂP, L. J. (1997) - “*A satisfação do usuário como meta de gestão pela qualidade total: qual sua real dimensão nos serviços de assistência médico hospitalar*”; A experiência do Hospital Orêncio de Freitas, Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo;

- ✓ CARMO, H; FERREIRA, M. M. (1998) - “*Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem*”, Universidade Aberta, Lisboa;
- ✓ CARVALHO, P. C. De S; PACHECO, S. C. C. (2002) - “Consulta de enfermagem de hipertensão: o grau de satisfação dos utentes”, *Nursing*, volume: 166, nº14, p.21-26;
- ✓ COLLINS, K; NICOLSON, P. (2002) - “The meaning of “satisfaction” for people with dermatological problems: Reassessing approaches to qualitative health psychology research”, *J Health Psychol*; 7, p.615-629;
- ✓ COMISSÃO EUROPEIA (2008) - “*Cuidados de Longa Duração na União Europeia*”, publicações da Direcção-Geral do Emprego, Assuntos Sociais, Abril, consultado em 12/03/10 às 23h00m http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/studies_on_health_care_en.htm;
- ✓ CREUTZBERG, M; SANTOS, A. L. (2003) - “Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de Saúde”, *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº6, volume 56, p.624-629;
- ✓ CUNHA M., CABRAL-CARDOSO, C., CUNHA, R. C., REGO, A. (2007) - “*Manual de comportamento organizacional e gestão*,” 6ª Edição, Editora RH, Lisboa;
- ✓ DAVIES, K.; NEWSTROM, J.W. (1992) - “*Comportamento humano no trabalho: Uma abordagem psicológica*”, Pioneira, São Paulo;
- ✓ DEJOURS C. (2007) - “*A carga psíquica do trabalho*”. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jaye C, organizadores. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Atlas; São Paulo (SP), p.21-32;
- ✓ DEL CURA, M. L. A.; RODRIGUES, A. R. F. (1999) - “Satisfação profissional do enfermeiro”, *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, volume 7, nº. 4, Out, p. 21-28;
- ✓ DETZEL, D. H; DESATNICK, R. L. (1995) - “*Gerenciar bem é manter o cliente*,” Pioneira, São Paulo;
- ✓ ESPERIDIÃO, M.; TRAD, Leny. A. B. (2005) - “Avaliação de satisfação de usuários”; *User satisfaction assessment; Ciência & Saúde Colectiva*, 10 (sup); p.303-312;
- ✓ FERRARI, A. T. (1982) - “*Metodologia da Pesquisa Científica*,” McGraw-Hill, São Paulo;
- ✓ FERREIRA, A., DIOGO, C., FERREIRA, M., VALENTE, A. C; (2006) - “Construção e validação de uma Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho (Multi-Moti).” *Comportamento Organizacional e Gestão*, Volume.12, nº.2, p.187-198;
- ✓ FERREIRA. J. M. C; NEVES, J; CAETANO, A. (2001) - “*Psicossociologia das Organizações*.”, McGraw Hill de Portugal, Amadora
- ✓ FERREIRA, P. L; SECO, O. M. (1993) - “Algumas estratégias para a melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde”; *Revista Critica de Ciências Sociais*, nº 37, Junho, p.159-172;
- ✓ FERREIRA, L. (2000) - “Pensar Enfermagem”, *Servir*, volume 48, nº2, p.93-96;
- ✓ FORATTINI, O. P. (1996) - “*Epidemiologia geral*.” 2. Edição, Artes Médicas, São Paulo;

- ✓ FORTIN, M. F. (1999) - “O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização;” Lusociência, Loures;
- ✓ FORTUNA, A. M; AMADO J; MOTA C; LIMA M. R; PINTO M. (2001) - “Avaliação da qualidade do Centro de diagnóstico pré-natal do Instituto de Genética Médica / Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.” *Avaliação da Qualidade*; volume 19, nº2, p.55-80;
- ✓ FRANCÉS, R. (1984) - “Satisfação no trabalho e no emprego”, Rés Editora Lda, Porto;
- ✓ FRANCO, M. J. B; FLORENTIM, R. J. Dos S. (2006) - “A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira;” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 24, nº.1 – janeiro/Junho, p.21-35;
- ✓ GASQUET, M. (2000) - “Satisfaction des patients et performance hospitalière”, consultado em 10/03/10, às 01h00m, <http://www.atmedica.com/article>;
- ✓ GIL, A. C. (1996) - “Como elaborar projectos de pesquisa”, 3ª edição, Editora Atlas S.A, São Paulo;
- ✓ GOMES, C. F. P. (2008) - “Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente”; Tese de Licenciatura; Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima;
- ✓ GONÇALVES, Á. A. (1998) - “Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas”; *Revista Referência*, nº1 Setembro, p.41-48;
- ✓ GRAÇA, L. (2000) - “A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS.”, consultado em 22/02/10, às 23h00m em <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos36.html>;
- ✓ GRAÇA, L. (1999a) - “A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde”, Direcção Geral de Saúde, Lisboa;
- ✓ GRAÇA, L. (1999b) - “Instrumentos para a melhoria contínua da Qualidade: A Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde”, 1ª ed. Sub-Direcção Geral para a Qualidade, Direcção Geral da Saúde, Lisboa;
- ✓ GRAÇA, L. (1999c) - “Satisfação profissional: o melhor do SNS é nós” consultado em em 10/03/10, às 01h10m, URL: www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos26.html;
- ✓ GRAÇA, L; REIS, M. J. (1993) - “Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos na saúde”, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa;
- ✓ GUERREIRO, I. (2009) - “Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)”; Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social; UMCCI; Lisboa;
- ✓ GUERREIRO, I. (2006) - “Cuidados Continuados e Paliativos - Desafios”, *Gestão & Saúde (trimestral)*, nº 4, Janeiro, p.21-26;
- ✓ HESBEEN, W. (2001). “Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar”. Lusociência, Camarate;
- ✓ HESPANHOL, A. A. O. P. (2008) - “Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006) ”; *Revista Portuguesa Clínica Geral*; 24 p.665-670;

- ✓ HESPANHOL, A. A. O. P. (2003) - “*Motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João*”, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto;
- ✓ HILL, M. M. e HILL, A. (2002) - “*Investigação por Questionário*”, Edições Sílabo Lda., 2ª Edição, Lisboa.
- ✓ HJORTDAHL, P; LAERUM, E. (1992) - “Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction”. *BMJ*; 304, p.1287-1290;
- ✓ IDVALL, E; ROOKE, L; HAMRIN, E. (1997) - “Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature.” *Journal of Advanced Nursing*, London, 25, p. 6-17;
- ✓ JESUS, É. H. (2005) - “Satisfação dos Utentes”, in *Jornal da Madeira*, edição 14 de Agosto, consultado em 02/05/09 às 02h00m (<http://www.Ordem.enfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=126&print=1>);
- ✓ KAIM-CAUDLE P. R; MARSH, G. N. (1975) - “Patient-satisfaction survey in General Practice.” *BMJ*; 1, p.262-264;
- ✓ KENAGY, J. W; BERWICK, D. M.; SHORE, M. F. (1999) - “Service quality in health care”, *Journal of the American Medical Association - JAMA*, Chicago, v. 281, nº 7, Feb, p. 661-665;
- ✓ KONDO, Y. (1994) - “*Motivação humana: um fator chave para o gerenciamento*”, Tradução: Dário Ikuo Miyake. Editora Gente, São Paulo;
- ✓ KOTLER, P; KELLER, K. L. (2005) - “*Administração de Marketing;*” 12ª edição; Editora Prentice Hall, São Paulo;
- ✓ KOTLER, P. (1996) - “*Administração de Marketing, análise, planeamento, implementação e controle*”, 4ª edição, Editora Atlas, São Paulo;
- ✓ KURATA J. H; NOGAWA A. N; PHILIPS D. M; HOFMAN S; WERBLUN, M. N. (1992) - “Patient and provider satisfaction with medical care.” *The Journal of Family Practice*, 35 (2), p.176-179;
- ✓ LEMME, A. C; NORONHA, G; RESENDE, J. B. (1991) - “A Satisfação do Usuário em Hospital Universitário”; *Revista Saúde Pública*, São Paulo, volume 25 nº1, p.41-46;
- ✓ LINO, M. M. (2004). “*Qualidade de Vida e Satisfação profissional de de enfermeiras de unidades de terapia intensiva.*” Tese de Doutoramento da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo;
- ✓ LOPES, F. P. (1999) - “*A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar*”, Questionário Europep. laed. Direcção Geral da Saúde, Lisboa;
- ✓ LUCAS, M. H. C. G. (2002) - “*A satisfação dos utentes: estudo realizado no Centro de Saúde de Santiago do Cacém*”; Dissertação de Mestrado em Saúde Pública; Escola Nacional de Saúde Pública; Lisboa;
- ✓ MACHADO, M. H. (1995) - “Trabalhadores da saúde: um bem público.” *Saúde em Debate*; 48, p.54-57;

- ✓ MACIEL-LIMA, S. M. (2004) - “Sympathetic listening or steamrolling? Quality in the health professional - patient relationship in light of new information technology;” *Cad. Saúde Pública*, março-Abril, Rio de Janeiro, volume 20, nº2, p.502-511;
- ✓ MARCONI, M. A. e LAKATOS, E. M. (1999) - “*Metodologia científica*”, 2ª edição, Atlas, São Paulo;
- ✓ MARQUIS, B. L; HUSTON, C. J. (1999) - “*Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação.*” Trad. Regina Machado Garcez, Eduardo Schaan. 2. ed., Artes Médicas Sul, Porto Alegre;
- ✓ MARTINEZ, M. C; PARAGUAY, S. I. B; LATORRE, M. do R. D. (2004) - “Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores”; *Revista Saúde Pública* 2004; volume 38, nº1, p.5-61;
- ✓ MARTINEZ, M. C. (2002) - “*As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*”, Dissertação de Mestrado, Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo;
- ✓ MARTINS, J. C. A. (2009) - “Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTIC IN-PATSAT 32 na população portuguesa”, *Revista Referencia*, II série, nº9, Março, p.41-49;
- ✓ MARTINS, M. C. F; SANTOS, G. E. (2006) - “Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho”, *Psico-USF*, v. 11, n. 2, jul./dez., p. 195-205;
- ✓ MARTINS, M. C. F. (1984) - “*Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afectam a satisfação*”, Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; Brasília;
- ✓ MATTAR, F. (1996) - “*Pesquisa de marketing*”. Atlas, São Paulo: Atlas;
- ✓ MAXIMILIANO, A. C. A. (2004) - “*Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital*”. 4. Ed, atlas, São Paulo;
- ✓ MELO, F. G. (1995) - “*Métodos estatísticos em Estudos Comparativos - Comparação de tratamentos*; Edição: Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa;
- ✓ NEVES, A. (2002) - “*Gestão na Administração Pública*”, Editora Pergaminho, Lda, Cascais;
- ✓ NEVES, A. (1998) - “*Motivação para o trabalho: dos conceitos às aplicações*;” Editora RH, Lisboa;
- ✓ NOGUEIRA, J. M. A. (2009) - “*Cuidados Continuados - Desafios*”, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados;
- ✓ NÚCLEO DE QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO (2004) - “*Estudo sobre a satisfação dos profissionais*”; Centro de Saúde de Carnaxide; consultado em 08/03/10, às 22h00m em www.cscarnaxide.min-saude.pt/.../relatorio-sp2004--public.pdf;
- ✓ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) (2001) - “*Saúde que rupturas? - Relatório de Primavera 2001*”, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa;

- ✓ OLIVEIRA, S. L. X. (2008) - “O sistema de remuneração da sefaz-ce e a satisfação dos servidores fazendários do posto fiscal de aracati: um estudo de caso;” pós-graduação em administração, faculdade 7 de Setembro, Limoeiro do Norte;
- ✓ OMS (Organização Mundial da Saúde). (2006) - “Constitution of the World Health Organization”. *Basic Documents*, Forty-fifth edition, Supplement, October, Geneva. consultado em 21/02/10 às 23h00m, www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - “Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade de enfermagem”, *Ordem dos Enfermeiros*, 10, p.1-8;
- ✓ PEGO, Z. (1999) - “Qualidade dos Serviços de Urgência: a perspectiva dos utentes.”, Dissertação de Mestrado em gestão e economia da Saúde, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra;
- ✓ PEREIRA, F. J. M. (2002) - “Cuidados Continuado um desafio dos cuidadores de saúde primários”, *Geriatrics*, nº 146, volume 15, p.33-40;
- ✓ PEREIRA, M. G; SOARES, V. A; MCINTYRE, T. (2001) - “Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto”, *Psicologia, Saúde e Doenças*, volume 2, nº2, p.69-80;
- ✓ PESTANA, M. H; GAGEIRO, J. N. (2003) - “Análise de Dados para Ciências Sociais a Complementaridade do SPSS”, Edições Sílabo Lda., 3ª Edição, Lisboa.
- ✓ PISCO, L. (2003) - “A voz dos utentes dos centros de Saúde”, *Qualidade em Saúde*, Porto;
- ✓ PISCO, L. (2001) - “Qualidade na prestação de cuidados de saúde”, *Ordem dos Enfermeiros*, 3, p.7-8;
- ✓ POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. (1995) - “Fundamentos em Pesquisa em Enfermagem;” 3ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre;
- ✓ PUCCINI, P. T; CECILIO, L. C. (2004) - “A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Caderno Saúde Pública*, volume 20, nº5, p.1342-1353.
- ✓ RAMOS, S. I. V. (2002) - “Satisfação/ Insatisfação Profissional em Professores de Educação Física do Quadro de Nomeação Definitiva de Coimbra - Um estudo descritivo.” Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra;
- ✓ RATO, H; RODRIGUES, M; RANDO, B. (2010) - “Estudo de caracterização do capital humano do pessoal da RNCCI”; EMIC, Instituto Nacional de Administração, Oeiras; consultado em 15/06/10 às 22h30m www.umcci.min-saude.pt/.../Estudo_INA_capitalHumano.pdf
- ✓ REA, L. M; PARKER, R. A. (2000) - “Metodologia de Pesquisa: Planeamento à Execução”, Pioneira, São Paulo;
- ✓ RIBEIRO, A. (2003) - “Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem - construção e validação de um instrumento de medida”. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de São João, Porto;

- ✓ RIBEIRO, N. M. (2008) - “*Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico*”, Trabalho de Investigação; Curso de pós-graduação em urgência e emergência hospitalar; universidade atlântica, Funchal;
- ✓ RNCCI (2009) - “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados em 2008”, *Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social*, Abril, consultado em 02/05/09 às 23h20m www.portaldasaude.pt/NR/.../0/RelatorioAnualRNCCI2008130409.pdf;
- ✓ RNCCI (2008) - “*Relatório semestral de monitorização do desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados integrados em 2008*” 1º semestre, consultado em 02/05/09 às 23h00m www.portaldasaude.pt/.../relatorio_semestral_rncci_2008.pdf
- ✓ RNCCI (2007a) - “*Resumo - Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*”, *Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social*, Julho, consultado em 20/02/10, às 00h30m www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/.../0/ResumoExecutivo190707.pdf;
- ✓ RNCCI (2007b) - “*Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*”, *Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social*, Julho, consultado em 02/05/09, às 23h00m www.associacaoamigosdagrandeidade.com/.../relatorio-final-rncci-2007-parte1.pdf;
- ✓ ROBBINS, S. P. (1999) - “*Comportamento organizacional*”; 8a ed. Livros Técnicos e Científicos Editora S.A; Rio de Janeiro;
- ✓ RODRIGUES, M. A. L. (2007) - “*Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa*”, Tese de dissertação de Mestrado em Oncologia; Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto; Porto;
- ✓ ROSA, C. S; PERES, A. M; MAFTUM, M. A. (2009) - “Satisfação profissional da equipe de atendimento domiciliar terapêutico de uma unidade de referência ao portador de HIV/AIDS do estado do Pará”, *Cogitare Enfermagem*, Abr/Jun, volume 14, nº2, p.247-253;
- ✓ SANTOS M. P. (1995) - “*Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário*”; Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador;
- ✓ SANTOS, D. I. F. (2008) - “*As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente - Um Estudo no Concelho da Lourinhã*”, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa;
- ✓ SANTOS, J. V; SUSTELO, M. (2009) - “*Cultura organizacional e satisfação profissional: estudo desenvolvido num hospital privado*”, *Revista Psico*, volume 40, nº 4, out/dez, p.467-472; consultado em 10/05/09 às 22h30m <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5326/4933>;

- ✓ SANTOS, L. J. (1996) - “Centros de Saúde em mudança. Utes: que perspectivas”. *Revista Portuguesa Clínica Geral*; 13, p.19-22;
- ✓ SANTOS, M. R. D. S. (1993) - “Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspectos não técnicos da prestação”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume 11, nº4, p.29-45;
- ✓ SANTOS, R; CUNHA, P; QUINTINHA, J. (2008) - “O impacto dos vínculos laborais na satisfação dos enfermeiros”, consultado em 10/05/09 às 22h40m <http://dossierdeaprendizagem.blogspot.com/2008/07/resultado-final-e-resumido-da.html>;
- ✓ SAULTZ J. W; ALBEDAIWI W. (2004) - “Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review”, *Ann Fam Med*; 2, p.44-51;
- ✓ SEPÚLVEDA, M. R. (1998) - “A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/ obstetrícia e de cirurgia geral na SãVida”, *Revista Portuguesa de saúde Pública*, (4), p.33-55;
- ✓ SILVA, A. (1999) - “A framework for measuring responsiveness”, *GPE Discussion Paper Series* nº32. EIP/GPE, WHO. Consultado em 02/03/10 às 23h00m www.who.int/entity/responsiveness/papers/paper32.pdf;
- ✓ SILVA, A; FERREIRA, C; FORMIGO, C. (2002) - “Prestação de cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados continuados”, *Informar: Revista de Formação contínua em Enfermagem*, 27, p.60-64;
- ✓ SOUZA E. M. (1997) - “A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal”, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; Brasília;
- ✓ STONER, J. A. F; FREEMAN, R. E. (1985) - “Administração”. Trad. Alves Calado. 5. Ed. LTC, Rio de Janeiro;
- ✓ TAVARES, H. M. C. V. (2008a) - “Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados”, Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto;
- ✓ TAVARES, Ó. M. C. (2008b) - “Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no serviço de imagiologia dos hospitais da universidade de Coimbra; aplicação do instrumento de avaliação de satisfação profissional;” Dissertação de mestrado em gestão e economia da saúde, Faculdade de Economia; Universidade de Coimbra; Coimbra;
- ✓ TURRIS, A. S. (2005) - “Unpacking the concept of patient satisfaction : a feminist analysis”, *Journal Advanced Nursing*, volume 50, nº3, p.293 - 298;
- ✓ UMCCI (2010) - “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009”, Fevereiro 2010, consultado em 15/04/10 às 00h00m, <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+mmix.htm>;

- ✓ UMCCI (2009) - “*Política e estratégia da qualidade - Cuidados Continuados*”, Saúde e Apoio Social; UMCCI, Março de 2009;
- ✓ VÁSQUEZ, C. (1990) - “*El concepto de conducta anormal*”, In F. Fuentenebro, *Psicología médica, psicopatología y psiquiatria*, Interamericana, Madrid, volume 1, p.449-447;
- ✓ WHO (2002) - “*Lessons for Long-Term Care policy*”, The Cross-Cluster Initiative on Long-Term Care, consultado em 10/03/10 às 22h30m whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf;
- ✓ WILLIAMS, B; COYLE, J; HEALY, D. (1998) - “The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels”, *Soc Sci Med*; 47, p.1351-1359;
- ✓ XAVIER, F. M. T. (1999) – “*Avaliação da qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental : estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*”, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa;
- ✓ http://br.monografias.com/trabalhos3/estimulos-semelhantes-efeitos-diferentes/estimulos-semelhantes-efeitos-diferentes_image003.gif, consultado em 10/04/10 às 22h20m;
- ✓ http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_eortcinpatsat32.htm, consultado em 10/04/10 às 22h10m;
- ✓ http://leanconstruction.files.wordpress.com/2009/05/hierarquia_das_necessidades_de_maslow.png?w=450&h=294, consultado em 10/04/10 às 22h00m;
- ✓ http://www.12manage.com/images/picture_vroom_expectancy_theory.gif, consultado em 10/04/10 às 22h30m;
- ✓ http://www.portaladm.adm.br/ARH/arh1_arquivos/arh1.h3.jpg, consultado em 10/04/10 às 22h15m;
- ✓ http://www.valuebasedmanagement.net/images/picture_alderfer_erg.gif, consultado em 10/04/10 às 22h25m;

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIOS

- QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- QUESTIONÁRIO AOS UTENTES

Universidade da Beira Interior

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde



“A Satisfação dos Profissionais de Saúde versus a Satisfação dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados”

Questionário aos Profissionais de Saúde

Este questionário contém perguntas que ajudarão a compreender o seu grau de satisfação com esta instituição.

Demore o tempo que entender de forma a responder completamente às perguntas colocadas.

Não escreva o seu nome neste questionário. Todas as perguntas são confidenciais.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Tiago José Pereira dos Anjos, Guarda 2010

QUESTIONÁRIO

I PARTE

Por favor responda às seguintes questões sinalizando a opção que mais se adequa:

1 – Idade	
a) Até 30 Anos	
b) De 31 a 50 Anos	
c) Mais de 51 Anos	

2 – Sexo	
a) Feminino	
b) Masculino	

3 – Estado Civil	
a) Solteiro (a)	
b) Casada (o)/União de facto	
c) Divorciado/Separado	
d) Viúvo (a)	

4 – Actividade Profissional	
a) Médico	
b) Enfermeiro	
c) Administrativo / Pessoal Auxiliar	

II PARTE

Assinale com uma cruz o nº que estiver mais de acordo com a satisfação sentida relativamente aos itens referidos, de acordo com a seguinte escala:

(Totalmente Insatisfeito)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 (Totalmente Satisfeito)

Nº	Dimensão/Item	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
Tipo de Vínculo						
1	A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos que tenho desempenhado, resultado do vínculo que possuo com a organização.	1	2	3	4	5
2	O sentimento de segurança no emprego devido ao tipo de vínculo que tenho com a organização.	1	2	3	4	5
3	O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, criativo e interessante do que noutros sítios que conheço.	1	2	3	4	5
4	A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar nesta organização.	1	2	3	4	5
5	O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do seu funcionamento.	1	2	3	4	5
6	O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de desenvolvimento e progressão da minha carreira.	1	2	3	4	5
7	Os horários de trabalho são adequados com o tipo de vínculo que possuo com a organização.	1	2	3	4	5
8	O tipo de vínculo que estabeleci com a organização foi determinante para o facto de trabalhar nesta organização.	1	2	3	4	5
Salário						
9	A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional.	1	2	3	4	5

10	A percepção de estar relativamente bem pago, por comparação com outros funcionários com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas.	1	2	3	4	5
11	A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei (por ex. 35h com ou sem exclusividade).	1	2	3	4	5
12	A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho (por ex. rural ou urbano) a que pertence a organização.	1	2	3	4	5
13	A remuneração que recebo está de acordo com o tempo de serviço que tenho com a organização.	1	2	3	4	5
14	A percepção de que se tivesse uma remuneração vinculada à minha performance, teria um maior incentivo para realizar as minhas tarefas.	1	2	3	4	5
15	A percepção de que a minha remuneração ser a suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas da vida.	1	2	3	4	5
16	A percepção de que a minha remuneração está de acordo com a minha responsabilidade e à minha experiência como profissional.	1	2	3	4	5
Condições de Trabalho						
17	A independência e a autonomia técnico-científica, indispensáveis ao exercício das minhas funções.	1	2	3	4	5
18	A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais.	1	2	3	4	5
19	A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilidade e transparência.	1	2	3	4	5
20	A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar.	1	2	3	4	5
21	Adequação entre o número de profissionais da organização e a quantidade de trabalho.	1	2	3	4	5
22	A percepção de que a direcção da organização dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos.	1	2	3	4	5

23	O apoio com que posso contar por parte dos membros da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda.	1	2	3	4	5
24	O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham nesta organização, independentemente da sua profissão ou carreira.	1	2	3	4	5
25	A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex. telefone, reuniões).	1	2	3	4	5
Tempo de Serviço						
26	A oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal que aqui tenho, no âmbito da minha carreira.	1	2	3	4	5
27	O horário que exerço está de acordo com o meu tempo de serviço na organização.	1	2	3	4	5
28	As funções que desempenho estão de acordo com o tempo de serviço na organização.	1	2	3	4	5
29	O tempo de serviço que tenho na organização influencia o modo como sou visto no seio do grupo.	1	2	3	4	5
30	O tempo de serviço que tenho na organização já me permite tomar decisões importantes e vitais para a mesma.	1	2	3	4	5
31	A minha evolução como profissional está relacionada com o tempo de serviço que tenho na organização.	1	2	3	4	5
Ambiente Físico						
32	A disponibilidade de equipamento/meios necessários à realização da actividade profissional	1	2	3	4	5
33	As condições físicas do local de trabalho	1	2	3	4	5
34	O conforto e o bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho nesta organização (por ex. equipamentos, instalações, parque de estacionamento)	1	2	3	4	5
35	A adequada protecção contra os riscos profissionais, de natureza física, química e/ou biológica, a que estou exposto no meu local de trabalho	1	2	3	4	5
36	A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex. conflitos com os utentes e colegas, sobrecarga no trabalho)	1	2	3	4	5

37	A disponibilidade de recursos humanos e técnicos (incluindo meios complementares de diagnóstico), de modo a poder desempenhar bem as minhas funções	1	2	3	4	5
38	A forma como a organização se encontra organizada para que se consiga trabalhar de forma adequada.	1	2	3	4	5
Geral						
39	A percepção da garantia de qualidade de cuidados e serviços que são prestados aos utentes desta organização, por mim e pelos demais profissionais	1	2	3	4	5
40	O respeito, o apreço e a confiança que me manifestam os utentes	1	2	3	4	5
41	A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades de saúde de cada um dos utentes	1	2	3	4	5
42	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes, no que diz respeito à relação terapêutica	1	2	3	4	5
43	A certeza de estar a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências em prol dos utentes	1	2	3	4	5
44	O orgulho que sinto por trabalhar numa organização com uma boa imagem para os utentes nela internados e junto da comunidade em que está inserida.	1	2	3	4	5
45	A certeza de que a forma como os utentes são informados acerca dos exames prescritos, da necessidade de preparação prévia e dos cuidados a ter é a mais correcta.	1	2	3	4	5

III PARTE

Indique com um X qual o seu grau de satisfação com a Organização onde trabalha?

Totalmente Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, nem Insatisfeito	Satisfeito	Totalmente Satisfeito

Universidade da Beira Interior

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde



“A Satisfação dos Profissionais de Saúde versus a Satisfação dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados”

Questionário aos Utentes

Este questionário contém perguntas que ajudarão a compreender o seu grau de satisfação com esta instituição.

Demore o tempo que entender de forma a responder completamente às perguntas colocadas.

Não escreva o seu nome neste questionário. Todas as perguntas são confidenciais.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Tiago José Pereira dos Anjos, Guarda 2010

QUESTIONÁRIO

I PARTE

Por favor responda às seguintes questões sinalizando a opção que mais se adequa:

1 – Idade	
a) Até 30 Anos	
b) De 31 a 50 Anos	
c) Mais de 51 Anos	

2 – Sexo	
a) Feminino	
b) Masculino	

3 – Estado Civil	
a) Solteiro (a)	
b) Casada (o)/União de facto	
c) Divorciado/Separado	
d) Viúvo (a)	






4 – Habilitações Literárias	
a) Ensino Básico	
b) 2º ou 3º Ciclo	
c) Ensino Secundário	
d) Ensino Superior	
e) Outros	

5 – Tempo de Internamento	
a) Até 30 dias	
b) Até 90 dias	
c) Mais de 90 dias	

6 – Serviço Hospitalar de onde teve alta	

II PARTE

Assinale com uma cruz o nº que estiver mais de acordo com a satisfação sentida relativamente aos itens referidos, de acordo com a seguinte escala:

(Totalmente Insatisfeito)	1	2	3	4	5	(Totalmente Satisfeito)
						

Nº	Dimensão/Item	Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
	Durante o seu internamento, qual o grau de satisfação com os Médicos, relativamente a:					
1	Conhecimento e experiência sobre a sua doença.	1	2	3	4	5
2	O tratamento e acompanhamento médico proporcionados.	1	2	3	4	5
3	Atenção que deram aos seus problemas físicos.	1	2	3	4	5
4	A disponibilidade para escutar todas as suas preocupações.	1	2	3	4	5
5	O interesse que demonstram por si.	1	2	3	4	5
6	O conforto e apoio que lhe deram.	1	2	3	4	5
7	A informação que lhe deram sobre a sua doença.	1	2	3	4	5
8	A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos.	1	2	3	4	5
9	A informação que lhe deram sobre o seu tratamento.	1	2	3	4	5
10	A frequência das suas visitas/consultas.	1	2	3	4	5
11	O tempo que lhe foi dedicado durante as visitas/consultas.	1	2	3	4	5
	Durante o seu internamento, qual o grau de satisfação com os Enfermeiros, relativamente a:					
12	A forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação...)	1	2	3	4	5
13	A forma como trataram de si (dar os medicamentos, dar injeções...)	1	2	3	4	5
14	A atenção que deram ao seu conforto físico.	1	2	3	4	5

15	O interesse que demonstraram por si.	1	2	3	4	5
16	O conforto e apoio que lhe deram.	1	2	3	4	5
17	As suas qualidades humanas (educação, respeito, sensibilidade, paciência...)	1	2	3	4	5
18	A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos.	1	2	3	4	5
19	A informação que lhe deram sobre os cuidados a ter consigo.	1	2	3	4	5
20	A informação que lhe deram sobre o seu tratamento.	1	2	3	4	5
21	A prontidão com que responderam às suas chamadas (de campainha).	1	2	3	4	5
22	O tempo que lhe dedicaram.	1	2	3	4	5
Durante o seu internamento, qual o grau de satisfação com a organização dos serviços e cuidados, relativamente a:						
23	Troca de informação entre profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
24	A simpatia e ajuda do pessoal técnico, de receção e de laboratório.	1	2	3	4	5
25	A informação dada na altura da sua admissão.	1	2	3	4	5
26	A informação dada na altura da sua alta.	1	2	3	4	5
27	O tempo de espera pelos resultados dos exames médicos.	1	2	3	4	5
28	A rapidez na realização de exames e/ou tratamentos médicos.	1	2	3	4	5
29	A facilidade de acesso (meios de transporte, estacionamentos...).	1	2	3	4	5
30	A facilidade de localizar os diferentes serviços.	1	2	3	4	5
31	O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade).	1	2	3	4	5

III PARTE

Indique com um X qual o seu grau de satisfação com a Organização onde está internado?

Totalmente Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, nem Insatisfeito	Satisfeito	Totalmente Satisfeito



ANEXO B

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

- ABPG - Associação de Beneficência Popular de Gouveia
- SCMF - Santa Casa Misericórdia do Fundão

Autu
20.04.2010
Tiago

Ex.mo(a) Senhor(a) Presidente da ABPG
(Associação de Beneficência Popular de Gouveia)

Tiago José Pereira dos Anjos, aluno da Universidade da Beira Interior, actualmente a desenvolver a tese de investigação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, com o tema "A Satisfação dos Profissionais de Saúde vs a Satisfação dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados", sob orientação da Prof.ª Dr.ª Anabela Almeida, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª que se digne a autorizar a aplicação de questionários, junto dos Profissionais e dos Utentes internados dessa Unidade de Cuidados Continuados.

A pertinência deste tema surge da necessidade de entender a relação da satisfação do cliente com a satisfação dos utentes face a uma nova rede de cuidados recentemente introduzidos, que é o caso dos cuidados continuados.

A escolha do tema prende-se com o facto de este suscitar um enorme interesse devido à sua abrangência. Prende-se também pelo facto de actualmente a satisfação quer dos profissionais, quer dos utentes ser uma das metas/objectivos das organizações, nomeadamente das organizações de saúde, sendo a escolha das Unidades de Cuidados Continuados pelo facto de ser uma rede recente e que se encontra numa fase importante do seu desenvolvimento, onde recai enormes expectativas num melhor futuro da saúde, nomeadamente em assegurar uma maior visibilidade e sensibilidade para a problemática da dependência e do bem-estar dos idosos.

A recolha de informação deverá ser realizada entre os meses de Abril e Maio do ano de 2010.

Comprometo-me a respeitar as regras deontológicas, bem como ao envio do trabalho caso me seja solicitado.

Em anexo encontra-se o instrumento de colheita de dados.

Contacto: 968138489 ou 275487345 ou T_Anjos@hotmail.com

Pede deferimento,

Guarda, 24 de Março de 2010

O aluno:

Tiago Anjos

Ex.ma Senhora Directora Técnica
Da Unidade de Cuidados Continuados
da Santa Casa Misericórdia do Fundão

Tiago José Pereira dos Anjos, aluno da Universidade da Beira Interior, actualmente a desenvolver a tese de investigação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, com o tema “A Satisfação dos Profissionais de Saúde vs a Satisfação dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados”, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Anabela Almeida, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª que se digne a autorizar a aplicação de questionários, junto dos Profissionais e dos Utentes internados dessa Unidade de Cuidados Continuados.

A pertinência deste tema surge da necessidade de entender a relação da satisfação do cliente com a satisfação dos utentes face a uma nova rede de cuidados recentemente introduzidos, que é o caso dos cuidados continuados.

A escolha do tema prende-se com o facto de este suscitar um enorme interesse devido à sua abrangência. Prende-se também pelo facto de actualmente a satisfação quer dos profissionais, quer dos utentes ser uma das metas/objectivos das organizações, nomeadamente das organizações de saúde, sendo a escolha das Unidades de Cuidados Continuados pelo facto de ser uma rede recente e que se encontra numa fase importante do seu desenvolvimento, onde recai enormes expectativas num melhor futuro da saúde, nomeadamente em assegurar uma maior visibilidade e sensibilidade para a problemática da dependência e do bem-estar dos idosos.

A recolha de informação deverá ser realizada entre os meses de Abril e Maio do ano de 2010.

Comprometo-me a respeitar as regras deontológicas, bem como ao envio do trabalho caso me seja solicitado.

Em anexo encontra-se o instrumento de colheita de dados.

Contacto: 968138489 ou 275487345 ou T_Anjos@hotmail.com

Pede deferimento,

Guarda, 15 de Abril de 2010

Deferimento e
15/04/10
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
Linda Silva
Contrib. N.º 500 867 640

O aluno:

Tiago Anjos

ANEXO C

QUADROS DE APOIO

QUADROS DE APOIO
NA CARACTERIZAÇÃO
DA AMOSTRA

Caracterização da amostra dos profissionais de saúde

Quadro 1 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a avaliação da satisfação relativamente á dimensão Tipo de Vínculo numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos que tenho desempenhado, resultado do vinculo que possuo com a organização.			6	14,6	20	48,8	10	24,4	5	12,2	41
O sentimento de segurança no emprego devido ao tipo de vinculo que tenho com a organização.	2	4,9	3	7,3	14	34,1	17	41,5	5	12,2	41	100,0
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, criativo e interessante do que noutros sítios que conheço.	4	9,8	3	7,3	16	39,0	10	24,4	8	19,5	41	100,0
A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar nesta organização.	4	9,8	6	14,6	11	26,8	16	39,0	4	9,8	41	100,0
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do seu funcionamento.	3	7,3	7	17,1	17	41,5	10	24,4	4	9,8	41	100,0
O tipo de vínculo que possuo com a organização dá-me a possibilidade de desenvolvimento e progressão da minha carreira.	4	9,8	9	22,0	16	39,0	7	17,1	5	12,2	41	100,0
Os horários de trabalho são adequados com o tipo de vínculo que possuo com a organização.	1	2,4	3	7,3	14	34,1	17	41,5	6	14,6	41	100,0
O tipo de vínculo que estabeleci com a organização foi determinante para o facto de trabalhar nesta organização.			6	14,6	10	24,4	21	51,2	4	9,8	41	100,0

Quadro 2 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a avaliação da satisfação relativamente à dimensão Salário numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional.	7	17,1	11	26,8	13	31,7	7	17,1	3	7,3	41
A percepção de estar relativamente bem pago, por comparação com outros funcionários com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas.	8	19,5	9	22,0	12	29,3	9	22,0	3	7,3	41	100,0
A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei (por ex. 35h com ou sem exclusividade).	5	12,2	6	14,6	21	51,2	6	14,6	3	7,3	41	100,0
A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho (por ex. rural ou urbano) a que pertence a organização.	3	7,3	8	19,5	18	43,9	9	22,0	3	7,3	41	100,0
A remuneração que recebo está de acordo com o tempo de serviço que tenho com a organização.	5	12,2	8	19,5	16	39,0	10	24,4	2	4,9	41	100,0
A percepção de que se tivesse uma remuneração vinculada à minha performance, teria um maior incentivo para realizar as minhas tarefas.	2	4,9	4	9,8	10	24,4	18	43,9	7	17,1	41	100,0
A percepção de que a minha remuneração ser a suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas da vida.	6	14,6	4	9,8	18	43,9	10	24,4	3	7,3	41	100,0
A percepção de que a minha remuneração está de acordo com a minha responsabilidade e à minha experiência como profissional.	6	14,6	13	31,7	13	31,7	8	19,5	1	2,4	41	100,0

Quadro 3 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a avaliação da satisfação relativamente á dimensão Condições de Trabalho numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A independência e a autonomia técnico-científica, indispensáveis ao exercício das minhas funções.	1	2,4	8	19,5	8	19,5	17	41,5	7	17,1	41	100,0
A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais.	1	2,4	9	22,0	14	34,1	10	24,4	7	17,1	41	100,0
A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilidade e transparência.	1	2,4	5	12,2	15	36,6	10	24,4	10	24,4	41	100,0
A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar.	1	2,4	2	4,9	17	41,5	13	31,7	8	19,5	41	100,0
Adequação entre o número de profissionais da organização e a quantidade de trabalho.	4	9,8	15	36,6	11	26,8	8	19,5	3	7,3	41	100,0
A percepção de que a direcção da organização dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos.	3	7,3	8	19,5	12	29,3	9	22,0	9	22,0	41	100,0
O apoio com que posso contar por parte dos membros da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda.			5	12,2	14	34,1	12	29,3	10	24,4	41	100,0
O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham nesta organização, independentemente da sua profissão ou carreira.	1	2,4	11	26,8	12	29,3	12	29,3	5	12,2	41	100,0
A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex. telefone, reuniões).	1	2,4	3	7,3	19	46,3	12	29,3	6	14,6	41	100,0

Quadro 4 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a avaliação da satisfação relativamente á dimensão Tempo de Serviço numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal que aqui tenho, no âmbito da minha carreira.	4	9,8	7	17,1	10	24,4	13	31,7	7	17,1	41	100,0
O horário que exerço está de acordo com o meu tempo de serviço na organização.	1	2,4	2	4,9	17	41,5	15	36,6	6	14,6	41	100,0
As funções que desempenho estão de acordo com o tempo de serviço na organização.	2	4,9	1	2,4	19	46,3	13	31,7	6	14,6	41	100,0
O tempo de serviço que tenho na organização influencia o modo como sou visto no seio do grupo.	2	4,9	5	12,2	14	34,1	17	41,5	3	7,3	41	100,0
O tempo de serviço que tenho na organização já me permite tomar decisões importantes e vitais para a mesma.	2	4,9	12	29,3	12	29,3	12	29,3	3	7,3	41	100,0
A minha evolução como profissional está relacionada com o tempo de serviço que tenho na organização.	2	4,9	7	17,1	17	41,5	12	29,3	3	7,3	41	100,0

Quadro 5 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a avaliação da satisfação relativamente á dimensão Ambiente Físico numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A disponibilidade de equipamento/meios necessários à realização da actividade profissional	5	12,2	2	4,9	15	36,6	11	26,8	8	19,5	41	100,0
As condições físicas do local de trabalho	2	4,9	6	14,6	9	22,0	12	29,3	12	29,4	41	100,0
O conforto e o bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho nesta organização (por ex. equipamentos, instalações, parque de estacionamento)	2	4,9	8	19,5	11	26,8	9	22,0	11	26,8	41	100,0
A adequada protecção contra os riscos profissionais, de natureza física, química e/ou biológica, a que estou exposto no meu	5	12,2	6	14,6	14	34,1	8	19,5	8	19,5	41	100,0

local de trabalho													
A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex. conflitos com os utentes e colegas, sobrecarga no trabalho)	7	17,1	13	31,7	9	22,0	6	14,6	6	14,6	41	100,0	
A disponibilidade de recursos humanos e técnicos (incluindo meios complementares de diagnóstico), de modo a poder desempenhar bem as minhas funções	7	17,1	7	17,1	9	22,0	13	31,7	5	12,2	41	100,0	
A forma como a organização se encontra organizada para que se consiga trabalhar de forma adequada.	5	12,2	8	19,5	10	24,4	8	19,5	10	24,4	41	100,0	

Quadro 6 - Caracterização da amostra dos profissionais de saúde segundo a avaliação da satisfação relativamente á dimensão Geral numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A percepção da garantia de qualidade de cuidados e serviços que são prestados aos utentes desta organização, por mim e pelos demais profissionais			1	2,4	10	24,4	19	46,3	11	26,8	41	100,0
O respeito, o apreço e a confiança que me manifestam os utentes					8	19,5	23	56,1	10	24,4	41	100,0
A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades de saúde de cada um dos utentes			1	2,4	8	19,5	22	53,7	10	24,4	41	100,0
A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes, no que diz respeito à relação terapêutica					17	41,5	18	43,9	6	14,6	41	100,0
A certeza de estar a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências em prol dos utentes					11	26,8	19	46,3	11	26,8	41	100,0
O orgulho que sinto por trabalhar numa organização com uma boa imagem para os utentes nela internados e junto da comunidade em que está inserida.			3	7,3	14	34,1	13	31,7	11	26,8	41	100,0
A certeza de que a forma como os utentes são informados acerca dos exames prescritos, da necessidade de preparação prévia e dos	1	2,4	1	2,4	16	39,0	15	36,6	8	19,5	41	100,0

cuidados a ter é a mais correcta.														
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caracterização da amostra dos utentes

Quadro 7 - Caracterização da amostra dos utentes segundo a avaliação da satisfação relativamente á dimensão Médicos numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conhecimento e experiência sobre a sua doença.	1	3,3	1	3,3	8	26,7	13	43,3	7	23,3	30	100,0
O tratamento e acompanhamento médico proporcionados.	1	3,3	3	10,0	11	36,7	9	30,0	6	20,0	30	100,0
Atenção que deram aos seus problemas físicos.	1	3,3	4	13,3	7	23,3	12	40,0	6	20,0	30	100,0
A disponibilidade para escutar todas as suas preocupações.	1	3,3	7	23,3	8	26,7	8	26,7	6	20,0	30	100,0
O interesse que demonstram por si.	1	3,3	6	20,0	6	20,0	9	30,0	8	26,7	30	100,0
O conforto e apoio que lhe deram.	2	6,7	5	16,7	3	10,0	12	40,0	8	26,7	30	100,0
A informação que lhe deram sobre a sua doença.	2	6,7	6	20,0	7	23,3	11	36,7	4	13,3	30	100,0
A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos.	2	6,7	4	13,3	14	46,7	7	23,3	3	10,0	30	100,0
A informação que lhe deram sobre o seu tratamento.	2	6,7	3	10,0	9	30,0	12	40,0	4	13,3	30	100,0
A frequência das suas visitas/consultas.	1	3,3	10	33,3	4	13,3	10	33,3	5	16,7	30	100,0
O tempo que lhe foi dedicado durante as visitas/consultas.	1	3,3	9	30,0	5	16,7	10	33,3	5	16,7	30	100,0

Quadro 8 - Caracterização da amostra dos utentes segundo a avaliação da satisfação relativamente á dimensão Enfermeiros numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A forma como realizaram os exames físicos (medir a temperatura, medir a pulsação...)					1	3,3	14	46,7	15	50,0	30	100,0
A forma como trataram de si (dar os					3	10,0	10	33,3	17	56,7	30	100,0

medicamentos, dar injeções...)													
A atenção que deram ao seu conforto físico.					5	16,7	9	30,0	16	53,3	30	100,0	
O interesse que demonstraram por si.			1	3,3	5	16,7	9	30,0	15	50,0	30	100,0	
O conforto e apoio que lhe deram.			1	3,3	6	20,0	7	23,3	16	53,3	30	100,0	
As suas qualidades humanas (educação, respeito, sensibilidade, paciência...)					4	13,3	10	33,3	16	53,3	30	100,0	
A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos.			1	3,3	15	50,0	6	20,0	8	26,7	30	100,0	
A informação que lhe deram sobre os cuidados a ter consigo.					7	23,3	13	43,3	10	33,3	30	100,0	
A informação que lhe deram sobre o seu tratamento.			2	6,7	8	26,7	11	36,7	9	30,0	30	100,0	
A prontidão com que responderam às suas chamadas (de campainha).					3	10,0	12	40,0	15	50,0	30	100,0	
O tempo que lhe dedicaram.	1	3,3	2	6,7	4	13,3	9	30,0	14	46,7	30	100,0	

Quadro 9 - Caracterização da amostra dos utentes segundo a avaliação da satisfação relativamente á dimensão “Organização dos Serviços e Cuidados” numa escala de 1 a 5.

Itens da Dimensão:	Totalmente Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito nem		Satisfeito		Totalmente Satisfeito		TOTALS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Troca de informação entre profissionais de saúde.			1	3,3	11	36,7	13	43,3	5	16,7	30	100,0
A simpatia e ajuda do pessoal técnico, de recepção e de laboratório.			2	6,7	5	16,7	8	26,7	15	50,0	30	100,0
A informação dada na altura da sua admissão.			3	10,0	6	20,0	10	33,3	11	36,7	30	100,0
A informação dada na altura da sua alta.			3	10,0	5	16,7	14	46,7	8	26,7	30	100,0
O tempo de espera pelos resultados dos exames médicos.			6	20,0	7	23,3	12	40,0	5	16,7	30	100,0
A rapidez na realização de exames e/ou tratamentos médicos.			6	20,0	9	30,0	9	30,0	6	20,0	30	100,0
A facilidade de acesso (meios de transporte, estacionamento...).			1	3,3	9	30,0	11	36,7	9	30,0	30	100,0
A facilidade de localizar os diferentes serviços.			2	6,7	5	16,7	12	40,0	11	36,7	30	100,0
O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade).					2	6,7	11	36,7	17	56,7	30	100,0