

Satisfação profissional e capacidade para o trabalho dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários

Ana Alexandra Martins Sarmiento

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança
para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, Outubro de 2016

Satisfação profissional e capacidade para o trabalho dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários

Ana Alexandra Martins Sarmiento

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de
Saúde de Bragança para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Comunitária

Bragança, Outubro 2016

Resumo

A satisfação e capacidade para o trabalho na prestação dos serviços na área da Saúde, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, é um assunto atual e pertinente, com importância reconhecida a nível nacional e internacional, o que justifica a realização da presente investigação, no âmbito da temática Satisfação profissional (SP) e capacidade para o trabalho dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários.

Como objetivos centrais da investigação pretendeu-se avaliar a capacidade para o trabalho dos enfermeiros a exercer funções em unidades de Cuidados de Saúde Primários da ULSNE e avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários da ULSNE.

Para a concretização desta investigação, realizou-se um estudo de tipo observacional, descritivo, analítico, num plano transversal, que recorreu à vertente quantitativa.

Foram utilizados dois questionários de autopreenchimento, numa amostra de 125 enfermeiros.

Salienta-se que 27% (34) dos enfermeiros apresentou excelente capacidade para o trabalho, 44% (55) apresentaram boa capacidade, 26% (32) tiveram avaliação de capacidade moderada e 3% (4) dos enfermeiros teve capacidade para o trabalho pobre. Embora globalmente satisfeitos profissionalmente, observa-se que a maioria dos enfermeiros estava totalmente insatisfeito 53,6% (67) ou bastante insatisfeito 37,6% (47) com o vencimento.

Os resultados obtidos permitiram constatar que as variáveis sociodemográficas não constituem fatores de explicação dos resultados obtidos para a escala de satisfação com o trabalho nem para o índice de capacidade para o trabalho (ICT) exceto a idade. Conclui-se também que o resultado para a segurança com o futuro da profissão é significativamente diferente entre enfermeiros de faixas etárias distintas.

Conclui-se que a satisfação profissional dos inquiridos não se encontra associada ao índice de capacidade para o trabalho.

Palavras-chave: satisfação profissional, enfermeiros, capacidade para o trabalho, Cuidados de Saúde Primários

Abstract

The satisfaction and ability to work in service delivery at the health sector, in the context of primary health care, is a current and relevant subject with a recognized meaning both at national and international level, which justifies the development of this research, under the theme Evaluation of job satisfaction and work ability of nurses in primary health care.

The main purpose of the research was to assess the work ability of nurses to perform functions in primary health care units of ULSNE and to evaluate job satisfaction of nurses in primary health care ULSNE.

To develop this study an observational, descriptive, analytical, and cross-sectional study was designed, using the quantitative methodology.

To do so, two self-report questionnaires were applied to a sample of 125 nurses.

It is noted that 27% (34) of the nurses showed great capacity for work, 44% (55) showed good capacity, 26% (32) had evaluation of moderate capacity and 3% (4) of nurses had capacity for work poor. From the results, it is observed that most of the nurses was totally dissatisfied 53.6%; (67) or very dissatisfied 37.6% (47) with the salary.

Results allow us to conclude that sociodemographic variables except nurses' age do not constitute explanatory factors neither for the values obtained in the scale of job satisfaction nor in the capacity index for the work. It is also concluded that the result of safety and future of the profession is significantly different among nurses with different ages.

It is concluded that although there is job dissatisfaction in the sample, is not associated with the load capacity index for work, or the quality of life of workers.

Keywords: job satisfaction, nurses, ability to work, primary health care

Lista de Siglas

AH	Apoio da Hierarquia
CFT	Condições Físicas do trabalho
CSP	Cuidados Saúde Primários
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
QST	Questionário de Satisfação com o Trabalho
RC	Relação com colegas
ROTR	Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado
SFP	Segurança com Futuro da Profissão
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SP	Satisfação Profissional
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSNE	Unidade Local de Saúde Nordeste
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás e à Professora Doutora Adília Fernandes pela atenção, preciosa orientação, dedicação e confiança que tornou viável o desenvolvimento desta investigação.

À ULSNE pela possibilidade da aplicação dos questionários, em especial aos enfermeiros dos c

Cuidados de Saúde Primários (CSP) que participaram no estudo pela prontidão de resposta.

Agradeço também aos professores e colegas do mestrado pela discussão e partilha de saberes e experiências que fizeram este percurso ganhar um especial encanto.

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, um sentido agradecimento pela autorização para utilização do questionário e ao Mestre Pedro Bem-Haja, pela disponibilidade e colaboração para a aplicação do questionário da Capacidade para o Trabalho validado pelo do Professor Doutor Carlos Fernandes.

Obrigado também à Sónia Mofreita grande amiga por ter guardado o meu mundo nas mãos, para tê-lo como refúgio, tendo ficado tanto tempo à espera das minhas visitas, e que sempre aceitou “hoje eu não posso ir”, sem questionar.

À minha irmã, por todo o carinho demonstrado, mesmo longe, um bem-haja.

À minha princesa Adriana que muitas vezes me procurava, e eu estava ausente, muitas vezes quis-me abraçar e procurar o meu sorriso e eu não me encontrava.

Aos meus pais, com quem aprendi a essência do viver, seguindo os seus exemplos e compartilho a alegria desta conquista, pois ela só se concretizou devido ao apoio que me deram, dividindo cansaço e preocupações, mas sempre me incentivando a prosseguir...

Agradeço ao meu marido Hugo Rentes pelo apoio e coragem dada ao longo desta etapa. O seu apoio constante fez com que me sentisse forte e confiante para superar momentos de indecisão e fraqueza.

Às pessoas mais importantes da minha vida, os meus filhos, que entenderam as minhas ausências, aceitaram as omissões, compartilharam as minhas lágrimas e sorrisos, o vosso amor, estímulo e carinho foram as armas desta vitória. Um obrigado muito especial por acreditarem em mim.

A todos o meu sincero e profundo agradecimento.

Índice

Introdução	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Satisfação Profissional	5
1.1 Teorias sobre a Satisfação Profissional	6
<i>1.1.1 A Teoria da Hierarquia de Necessidades de Maslow</i>	7
<i>1.1.2 A Teoria dos Dois Fatores de Herzberg</i>	8
<i>1.1.3 A Teoria das Expectativas de Vroom</i>	9
<i>1.1.4 A teoria da Equidade de Adams</i>	10
1.2 Satisfação Profissional em Enfermagem	10
2 Capacidade para o Trabalho	14
2.1 Determinante da Capacidade para o Trabalho	15
<i>2.1.1 Aspetos Sociodemográficos</i>	15
<i>2.1.2 Estilos de Vida</i>	16
<i>2.1.3 Saúde</i>	17
<i>2.1.4 Trabalho</i>	18
2.2 Importância da Promoção da Capacidade para o Trabalho	19
2.3 A Fadiga e as Implicações na Capacidade para o Trabalho dos Enfermeiros	21
3. Os Cuidados de Saúde Primários	22
3.1 A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários	23
3.2 A Importância dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários	25
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	26
1. Metodologia	27
1.1 Variáveis e Hipóteses do Estudo	27
1.2 População e Amostra	28
1.3 Procedimentos	28
<i>1.3.1 Desenho do Estudo</i>	28
<i>1.3.2 Procedimentos Éticos e Deontológicos</i>	29
<i>1.3.3 Operacionalização das Variáveis</i>	29
1.4 Instrumento de Recolha de Dados	30

1.5 Análise e Tratamento de Dados	33
2. Apresentação de Resultados	36
2.1 Caracterização da Amostra	36
2.1.1 <i>Caracterização Sociodemográfica</i>	36
2.1.2 <i>Caracterização Profissional</i>	37
2.1.3 <i>Caracterização da Satisfação do Enfermeiro com o Vencimento e Reconhecimento</i>	41
2.1.4 <i>Caracterização dos Resultados obtidos para o Questionário de Satisfação com o Trabalho</i>	42
2.1.5 <i>Caracterização dos Resultados obtidos para o Índice de Capacidade para o Trabalho</i>	44
2.2 Inferência Estatística.....	49
2.2.1 <i>Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função das Variáveis Sociodemográficas</i>	49
2.2.2 <i>Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função das Variáveis Profissionais</i>	51
2.2.3 <i>Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função da Satisfação do Enfermeiro</i>	54
2.2.4 <i>Relação entre a Satisfação com o Trabalho e a Capacidade para o Trabalho</i>	57
3. Discussão dos Resultados	58
Conclusões/Sugestões	62
Referências Bibliográficas	65
Anexos.....	75
Anexo I - Instrumentos de Recolha de Dados.	76
Anexos II - Autorização da ULSNE	87
Anexos III – Projeto de intervenção Comunitária	89
Anexos IV- Relatório de Estágio	99

Índice de Figuras

Figura 1 - Hierarquia das Necessidades de Maslow	07
Figura 2 - Local de trabalho dos enfermeiros inquiridos.....	40
Figura 3 - Número de enfermeiros a exercer nos concelhos do distrito de Bragança	40
Figura 4 - Distribuição da Capacidade para o Trabalho atual comparada com o melhor	47
Figura 5 - Distribuição do número de doenças diagnosticadas pelo médico	47
Figura 6 - Distribuição da pontuação do Índice de Capacidade para o Trabalho	48
Figura 7 - Caracterização do Índice de Capacidade para o Trabalho	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 - A teoria de hierarquia das necessidades de Herzberg	8
Tabela 2 - Distribuição dos itens do Questionário pelos Fatores	31
Tabela 3 - Índice de Capacidade para o Trabalho: dimensões e pontuação	33
Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica	37
Tabela 5 - Caracterização Profissional	39
Tabela 6 - Caracterização da Satisfação dos Enfermeiros com Vencimento e Reconhecimento	42
Tabela 7 - Caracterização item a item do Questionário da Satisfação Profissional ...	43
Tabela 8 - Caracterização dos fatores do Questionário de Satisfação com o Trabalho	44
Tabela 9 - Caracterização dos itens do Índice de Capacidade para o Trabalho	46
Tabela 10 - Caracterização da Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função das Variáveis Sociodemográficas	50
Tabela 11 - Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função das Variáveis Profissionais	53
Tabela 12 - Caracterização da Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função da Satisfação do enfermeiro	56
Tabela 13 - Correlação entre os fatores da Satisfação com o Trabalho e o Índice de Capacidade para o Trabalho	57

Introdução

O envelhecimento da população trabalhadora apresenta fatores de influência relacionados com aspetos como a idade da reforma, capacidade para o trabalho e satisfação do trabalhador em fase de envelhecimento e têm sido objeto de estudo na área de saúde num contexto de globalização e de reestruturação produtiva (Comissão Europeia, 2007).

As atividades diárias são passadas, maioritariamente, no local de trabalho e a grande verdade é que a atividade profissional tem um peso indubitável na vida dos sujeitos ativos, sendo fulcral que o ambiente de trabalho proporcione satisfação aos trabalhadores pois potencia o bem-estar global, em todos os contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

De acordo com Graça (1999) a satisfação laboral abrange atitudes e emoções que se traduzem diretamente em comportamentos e em opiniões que se verbalizam, e deverá ser analisada à luz de várias dimensões, para uma avaliação coerente e lúcida, a saber, a remuneração, as condições de trabalho, a saúde, a segurança no emprego, o relacionamento, a autonomia, o poder, o *status*, o prestígio e a realização.

O mesmo autor, defende que é a atividade que determina o conjunto de todas as ações (pensamentos, sentimentos e emoções) que caracterizam o comportamento humano no trabalho, o que é corroborado por Sell (2002) quando afirma que a capacidade de uma pessoa para realizar o trabalho expressa o conjunto de pré-condições físicas, mentais e psicoemocionais de que dispõe e que são necessárias para a execução das referidas tarefas.

A satisfação profissional em saúde está regulamentada na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde onde consta decretado que a “satisfação profissional deve ser alvo de avaliações periódicas pelo Serviço Nacional de Saúde, paralelamente à satisfação dos utentes, à qualidade dos cuidados de Enfermagem e da eficiente utilização dos recursos.” (p. 150).

A capacidade para o trabalho, considerada como fundamental para a realização pessoal, profissional e consequente bem-estar do indivíduo, é definida por Ilmarinen e Tuomi (1993), citados por Silva *et al.* (2000), como “a autoavaliação que o trabalhador faz do seu bem-estar, no presente e no futuro próximo, e da capacidade para assegurar o seu trabalho, tendo em conta as exigências do mesmo, a sua saúde e os recursos psicológicos disponíveis” (p. 32), representando uma medida de envelhecimento funcional (Comissão Europeia, 2007).

Desde o início dos anos 90, que a questão sobre a capacidade para o trabalho ganha relevância no contexto de transição demográfica e da modificação das relações de produção e de trabalho e particularmente, no que concerne ao profissional de Enfermagem, a forma como se sente e encara o seu trabalho, determinam definitivamente a qualidade e o êxito dos cuidados que presta (Ordem Enfermeiros, 2003).

Por ser uma profissão muito conturbada mas particularmente vocacionada para as relações humanas, a enfermagem, acaba por ter uma série de particularidades que a tornam excecionalmente desgastante, o que presume que a satisfação profissional no exercício destas funções seja um fator de análise, motivação e alteração (Moura, 2012).

Recentemente, a área da saúde e particularmente a satisfação profissional dos profissionais que exercem funções neste âmbito, foram alvo de diversas investigações, quer através da influência que determinadas variáveis podem exercer na satisfação profissional, quer pela importância mundial que esta área suscitou, proporcionando alterações estruturais fundamentais para a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Aiken, Clake & Sloane, 2002).

As alterações no sistema de saúde acompanham não só o nível mais elevado da exigência para a qualidade destes serviços, a inclusão e inovação tecnológicas, a globalização, os custos elevados, mas também a inevitável desmotivação e insatisfação profissionais, fatores que bem articulados e reorganizados através da intervenção mais direta dos profissionais da saúde e das entidades empregadoras, podem ser mudados no sentido da procura de estratégias para melhorar as condições de trabalho e a qualidade da prestação dos serviços (Sarmiento, Laschinger & Iwasiw, 2004).

A realização do presente estudo sobre a satisfação profissional e capacidade para o trabalho, dos enfermeiros dos CSP da ULSNE, permitiu conhecer a realidade, perceber as motivações e as expectativas dos enfermeiros, diretamente relacionadas com o exercício da sua profissão.

Assim, definiram-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a capacidade para o trabalho dos enfermeiros dos CSP da ULSNE?
- Qual a satisfação profissional dos enfermeiros dos CSP da ULSNE?

Nesta linha de pensamento e considerando a importância entre a satisfação profissional e a capacidade para o trabalho, para os enfermeiros, delinearam-se os seguintes objetivos de investigação:

- Avaliar a capacidade para o trabalho dos enfermeiros dos CSP da ULSNE.
- Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros dos CSP da ULSNE.
- Relacionar a perceção da satisfação profissional e capacidade para o trabalho dos enfermeiros com as variáveis independentes.

Para a concretização dos objetivos identificados, desenvolveu-se um estudo observacional, descritivo, analítico, transversal, de abordagem quantitativa (Ribeiro, 2010), aplicando-se os instrumentos de recolha de dados a uma população de 177 enfermeiros, tendo respondido uma amostra de 125 enfermeiros no período entre novembro de 2015 e dezembro de 2015.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes fundamentais que se relacionam mutuamente. Assim, na primeira parte apresentou-se o enquadramento teórico do estudo através da revisão de alguns conceitos relevantes para uma melhor compreensão da temática em estudo, desde logo: satisfação profissional onde são abordados os contextos, teorias, consequências da satisfação, bem como, a sua influência na gestão organizacional e a capacidade para o trabalho onde se identificam os vários contextos, consequência e influências. Numa segunda parte abordou-se o estudo empírico realizado, desde os aspetos metodológicos que o orientam e suportaram, à apresentação e análise dos dados obtidos e à discussão dos resultados.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Satisfação Profissional

A satisfação profissional é o resultado entre o paralelo do que se espera alcançar e do que se conquista no local de trabalho ou a disparidade entre o que o trabalhador granjeia (resultados) e o que espera conseguir (expectativas) e quando acontecem alterações no equilíbrio deste processo aparecem a insatisfação e a desmotivação, que privam o trabalhador da vontade de querer desempenhar novas tarefas, o que resulta, em consequência última, no absentismo (Michel, 1992).

Enquanto significado literal, é curioso averiguar os significados antagônicos que satisfação e trabalho encontram na sua raiz etimológica, a saber, a satisfação provém da palavra latina *satisfactio* que significa ato ou efeito de satisfazer-se, contentamento, alegria e, por outro lado, trabalho deriva da palavra latina *tripallium* que significa incômodo e tortura (Dicionário de Língua Portuguesa, 2013-2016).

Em 1975 Lawler, citado por Miguez (1987), explicita que a insatisfação não tem necessariamente uma conotação negativa podendo, paralelamente, originar determinados comportamentos criativos, promovendo assim, mudanças construtivas no seio das organizações.

De acordo com Fontes (2009) essa vantagem decorre do efeito que pode exercer sobre o trabalhador, influenciando o seu bem-estar físico e mental, as posturas, a conduta profissional e social, com consequências para a sua vida pessoal e familiar, mas também paralelamente nas organizações. Também as conceptualizações mais frequentes descrevem a satisfação como sendo uma disposição, embora as atitudes possam também ser o resultado da satisfação profissional.

Já Chiavenato (2005) caracterizava este conceito como fazendo parte do leque das emoções, realçando que a satisfação laboral pode apresentar-se como um estado emocional agradável consequente da perceção do indivíduo acerca do seu trabalho.

Também Stamps (1997, citado por Lino, 2004), considerava que as reações a diferentes componentes do trabalho, correspondiam a diferentes níveis de satisfação, identificando

como fatores de influência a autonomia, a interação, o *status* profissional, os requisitos do trabalho, as normas organizacionais e a remuneração.

Nesta linha de pensamento, Spector (1997) concorda com o anterior autor, quando refere que a satisfação profissional pode ser definida como um estado emocional positivo resultante de uma avaliação pessoal do trabalho em si ou das experiências associadas à atividade profissional do trabalhador, é um conceito que relaciona diversos fatores como a satisfação com os colegas, as condições de trabalho, a supervisão, a remuneração, a natureza de trabalho e os benefícios.

Considerando as várias teorias conceptualizadas, de seguida abordam-se sucintamente, as que se relacionam com a satisfação profissional.

1.1 Teorias sobre a Satisfação Profissional

A discussão acerca da satisfação laboral aponta para a individualidade de cada pessoa como fator de análise, realçando a influência que as vivências de cada um apresentam e podem modificar ou manter a forma como se observa e se interage com e no ambiente de trabalho e com todas as suas componentes (Moura, 2012).

A mesma autora refere ainda que o contexto de vida e as experiências familiares modelam o indivíduo, auxiliando ou complexificando a sua inclusão no local de trabalho com consequente efeito na sua satisfação laboral.

De acordo com Dejours (1994) o trabalhador não chega ao seu local de trabalho inócuo, pois acompanha-o a sua história pessoal que se materializa através da particularidade das suas pretensões, das suas apetências, dos seus objetivos e das suas necessidades psicológicas, que caracterizam a sua unicidade e individualidade.

É apenas a partir das décadas de 20 e 30, do século passado, que as bases humanístico sociológicas da satisfação profissional principiam o seu estudo e, segundo Lino (1999), a satisfação no e com o trabalho inclui como fatores essenciais de influência, a essência do trabalho, a capacidade de ambientação, a identificação com o grupo socioeconómico e a aptidão em se relacionar com os outros, legitimando a conceção do homem social na necessidade de participar, no reconhecimento e na aprovação social, enquanto elementos relacionados diretamente com a sua motivação.

De entre as teorias que fazem parte da satisfação, identificam-se as que se consideram particularmente importantes, a teoria da hierarquia de necessidades de Maslow (1954), a teoria dos dois fatores de Herzberg (1959), a teoria das expectativas de Vroom (1964) e a teoria da equidade de Adams (1965).

1.1.1 A Teoria da Hierarquia de Necessidades de Maslow

De acordo com a teoria de Maslow (1954), citado por Moura (2012), a satisfação do indivíduo resulta da resposta que o mesmo obtém em relação às suas necessidades, em que se observa o agrupamento das necessidades humanas numa hierarquia de cinco níveis que vão desde as necessidades fisiológicas (fome, sede, sono, dor, desejo sexual, calor, frio), às de segurança (proteção relativamente ao meio e busca de um ambiente estável e ordenado), às sociais (desejo de associação, participação e aceitação por parte dos outros), às de estima (desejo de realização e de competência, e o estatuto e desejo de reconhecimento) e finalmente as de autorrealização (realização do potencial de cada um e concretização das capacidades pessoais), conforme se verifica da análise da figura 1.



Figura 1 - Hierarquia das Necessidades de Maslow

Fonte: Chiavenato (2000, p. 83)

Esta teoria sugere que os cinco tipos de necessidades podem ser divididos em dois grupos: as necessidades básicas ou de baixo nível (fisiológicas e de segurança) e as necessidades mais complexas ou de alto nível (sociais, estima e de autorrealização).

O ser humano, no âmbito do processo que converge e propaga a satisfação profissional, vai procurando escalar a pirâmide de Maslow até atingir as necessidades de nível superior, a auto estima e a autorrealização, isto é, só depois de as necessidades básicas

estarem satisfeitas é que se aproxima a seguinte hierarquia para que a satisfação de necessidades mais complexas e mais elevadas sejam atingidas (Moura, 2012).

A teoria dos dois fatores de Herzberg, conforme o nome indica, identifica apenas dois fatores que podem influenciar o comportamento humano, temática que de seguida se aborda.

1.1.2 A Teoria dos Dois Fatores de Herzberg

De acordo com esta teoria, a chave da motivação centra-se na reorganização dos cargos, tornando-os mais exigentes mas também mais compensadores existindo dois conjuntos de fatores que influenciam o comportamento das pessoas e o respetivo grau de motivação, fatores de satisfação ou de motivação e fatores de insatisfação, manutenção ou “higiénicos” Herzberg (1959), citado por Moura (2012).

Neste contexto, definem-se como fatores de satisfação, os fatores intrínsecos, associados a sentimentos positivos e que concorrem para uma laboração individual com alta qualidade, as tarefas desempenhadas, a realização pessoal, o reconhecimento e a responsabilidade.

Os fatores de insatisfação, analisados por Herzberg, encontram-se descritos, comparativamente, na tabela 1.

Tabela 1 - *A teoria de hierarquia das necessidades de Herzberg*

Fatores de satisfação	Fatores de insatisfação
Gosto pela realização de tarefas	Política e a administração da organização
Reconhecimento pela realização de tarefas	Supervisão
Natureza do próprio trabalho	Condições de trabalho
Responsabilidade envolvida	Relações interpessoais com o supervisor, os colegas e os subordinados
Crescimento ou desenvolvimento proporcionados	Salário
	Estatuto
	Segurança no trabalho
	Vida pessoal

Fonte: Moura (2012)

Herzberg (1959), citado por Moura (2012), refere que a satisfação e insatisfação são conceitos distintos mas que não se opõe, já que, no mesmo contexto e situação laboral, um trabalhador pode estar, em simultâneo, satisfeito e insatisfeito, dependendo, em

grande parte, dos fatores que considera, individualmente, como sendo promotores de um ou outro estado emocional.

Paralelamente, Vroom (1964) definiu a teoria das expectativas, relacionada com a satisfação laboral e que de seguida se aborda, sucintamente.

1.1.3 A Teoria das Expectativas de Vroom

Vroom, em 1964, desenvolveu a Teoria das Expectativas, direcionada para a satisfação, realçando a individualidade do ser humano, com determinações e anseios distintos relativamente ao trabalho, o que motiva a proceder e tomar resoluções de acordo com o contexto e acontecimento vivenciado em cada momento (Lino, 1999).

De acordo com esta teoria, a satisfação profissional resultaria do facto das expectativas em relação ao trabalho serem satisfeitas, nomeadamente a expectativa de alcançar uma recompensa, defendendo ainda que para se atingir a satisfação profissional é necessário associar ação e resultado, pressupondo uma dupla apreciação antecipada da dificuldade a ultrapassar para alcançar uma recompensa e do valor da própria recompensa (Lawer, 1973).

De acordo com a Teoria das Expectativas de Vroom (1964), existem três forças básicas que atuam dentro do indivíduo e que influenciam o seu nível de desempenho: a expectativa, (probabilidade de uma determinada ação conduzir a um resultado desejado), a instrumentalidade (perceção de que a obtenção de um resultado está associada a uma recompensa) e a valência (valor ou peso que um indivíduo atribui às recompensas obtidas em consequência do seu desempenho Vroom, (1964), citado por Moura (2012).

Na perspetiva de Vroom (1964), estes três elementos influem na motivação das pessoas no contexto laboral, isto é, se um destes elementos for zero, a motivação será nula, mas se todos os elementos estiverem presentes e apresentarem níveis altos, serão sinónimo de uma alta motivação (Moura, 2012).

Posteriormente, também Adams, com a sua Teoria da Equidade, realça fatores específicos de influência na satisfação laboral, como se descreve, resumidamente, de seguida.

1.1.4 A teoria da Equidade de Adams

A Teoria da Equidade de Adams baseia-se no fundamento da procura da justiça, na retribuição aferida ao trabalhador, em comparação com os seus colegas de trabalho, que exerçam as mesmas funções, sendo uma relação de comparação social (Adams, 1965).

A mesma autora, alerta para a subjetividade da definição de equidade já que o que pode parecer justo para um indivíduo pode não o ser para outro, realçando a importância do contexto organizacional na definição destas possíveis desigualdades.

De facto, o postulado de Adams (1965) reforça a relação positiva entre a satisfação no trabalho e as funções executadas pelo trabalhador, que tendem a ir ao encontro dos anseios dos grupos que se definem como referência e envolve a perceção da satisfação em comparação a um grupo/indivíduo de referência, já que são fator de motivação laboral.

1.2 Satisfação profissional em Enfermagem

Ao nível da formação e do exercício profissional, a enfermagem tem tido uma grande evolução, observando-se cada vez maior exigência, aliada a cuidados de elevada qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A Enfermagem é uma das profissões que mais têm evoluído no processo de definição da sua identidade e representatividade social, utilizando para ao efeito estratégias perseverantes, progredindo como profissão autónoma, pelo seu desenvolvimento como ciência e na procura contínua de altos níveis de competência, acentuando o seu desempenho através da formação contínua e de qualidade dos seus profissionais (Garrido, 2004).

A Ordem dos Enfermeiros (2004) acrescenta ainda que as políticas governamentais, as regras organizacionais e o poder do grupo de referência do profissional são os grandes limitadores à autonomia e consequentemente, dificultam a sua implantação coesa, enquanto profissão reconhecida pela sua importância e cada vez mais necessária no contexto da prestação de cuidados de saúde, a nível mundial.

Stamps (1994), citado por Lino (2004), desenvolveu um modelo de avaliação da satisfação profissional em Enfermagem e a sua base engloba a Teoria da Hierarquia das

Necessidades de Maslow, a Teoria de Dois Fatores de Herzberg, a Teoria da Expectativa de Vroom e a Teoria da Equidade de Adams, cujo postulado sugere que a satisfação deve ser avaliada pela análise dos seus diversos fatores, aliando o momento profissional às expectativas do profissional de enfermagem, uma vez que se relacionam, neste momento, aspetos cognitivos e afetivos, isto é, não só se reflete sobre a atividade profissional, mas também se sentem emoções na sua execução.

De acordo com o estudo de Lino (2004), sobre profissionais de Enfermagem, a Autonomia e a Remuneração são os componentes mais importantes, no entanto, o que os deixava mais satisfeitos era o Status Profissional e a Interação.

Assim um enfermeiro satisfeito no e com o seu trabalho apresenta características emocionalmente mais estáveis, demonstrando ser mais calmo, estabelecendo relações interpessoais mais positivas, que lhe proporcionam mais equilíbrio e estabilidade emocionais e, conseqüentemente, melhorando a sua qualidade de vida e os cuidados prestados aos doentes, surgindo neste contexto, a motivação para a manutenção da satisfação, contribuindo não só para o crescimento e desenvolvimento pessoal mas também para o organizacional (Batista, Vieira, Cardoso & Carvalho, 2005).

A autonomia também é sinónimo de mais responsabilidade, mais exigência e maior qualidade na prestação dos cuidados de saúde. Este fator laboral, tem sido recentemente, o mais valorizado, vivenciado e sentido pelo profissional de Enfermagem (Martins & Luís, 2000).

A este respeito, também a Ordem dos Enfermeiros (2002) refere que a autonomia e a aptidão interagem no sentido de proporcionar ao enfermeiro a liberdade necessária para o exercício das suas funções, pois permite tomar decisões essenciais para a orientação do exercício profissional autónomo.

De facto, a realização laboral e a satisfação profissional estão diretamente relacionadas, pois quanto mais alta a primeira, maior o índice de satisfação laboral e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida, e maior estabilidade emocional, o que era defendido já por Graça (1999), quando referia a relação que existe entre satisfação laboral e as oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem, do conteúdo funcional.

O mesmo autor, no seu estudo de 1999, debruça-se ainda sobre esta temática e estabelece sete dimensões diferentes: autonomia e poder; condições de trabalho e saúde; realização profissional, pessoal e desempenho organizacional; relacionamento profissional/utente e equipa; remuneração e segurança no emprego; *status* e prestígio, que se inter-relacionam e interagem entre si, através de relações causa efeito.

Marziale e Silva (2000) concluiu que melhorar todas as condições de trabalho no que concerne à organização, formação contínua, relações humanas, condições técnicas, horário e remuneração são as principais necessidades identificadas como motivadoras de satisfação e realização pelos enfermeiros.

Freitas (2008) reforça que o tipo de horário pode ter um impacto negativo na saúde individual, o que influi diretamente na capacidade de prestar cuidados com qualidade, sendo, em casos extremos, causador de erros clínicos ou acidentes de trabalho, pois potenciam alterações do ritmo biológico, da vida social, do sono, do nível digestivo e da própria vida profissional. No entanto costumam ser desvalorizadas por parte dos profissionais, que consideram o aspeto remuneratório compensador.

Especificamente na área da Enfermagem, o contexto onde se prestam os cuidados de saúde, o *stress* associado à manutenção das relações laborais e o grande convívio que se gera entre os elementos de uma equipa, pode ou não ser benéfico, pois a indefinição que muitas vezes o enfermeiro sente relativamente ao seu estatuto na instituição, pode ser pouco benéfica para o estabelecimento de relações saudáveis (Moura, 2012).

De acordo com Simões (2004), o enfermeiro não só gere o seu exercício profissional como pode liderar uma equipa de Enfermagem, realçando-se que para tal, deverá demonstrar competências de liderança, que aliadas ao conhecimento, experiência e confiança, potenciam a capacidade de liderar a equipa, de resolver problemas, promovendo o auto desenvolvimento e o relacionamento interpessoal, e angariando comprometimento e respeito dos elementos da equipa, sendo este fator também promotor de satisfação laboral.

Tappen (2005) descreve as situações de ameaça verbal ou agressão física, como a intimidação, o confronto físico e outro comportamento considerado inadequado como altamente punitivas para o trabalhador e dificultam a motivação necessária para a procura da satisfação laboral.

Outro fator relevante de motivação e que concorre diretamente para a satisfação laboral dos enfermeiros, como já referido, é a remuneração, que Graça (1999) caracteriza como sendo a compensação externa e em numerário, que o enfermeiro recebe da entidade patronal e que inclui o vencimento base e outras remunerações complementares, podendo ser altamente motivador, com influência ao nível de satisfação do profissional.

Sobre esta temática também a Ordem dos Enfermeiros (2004) se pronuncia quando refere que a remuneração tem um impacto positivo na motivação e satisfação dos enfermeiros, evidenciando a importância desse fator face à situação em que se encontram. De acordo com vários autores, a questão da remuneração é habitualmente indicada como fator de maior insatisfação do trabalho do profissional de Enfermagem, quando comparada com o nível de responsabilidade, aptidões, competências e conhecimentos que se devem adquirir, manter e continuamente rever e melhorar, tendo um peso preponderante na manutenção ou abandono da profissão (Batista *et al.*, 2005; Angerami *et al.*, 2000). De facto, a remuneração baixa ou quando considerada inferior ao nível de qualidade das funções exercidas, será sempre opositora da motivação que é exigida para cumprir objetivos e, conseqüentemente, traduz-se em alta insatisfação laboral (Campbell, 1982; Roedel & Nystron 1988; Cura & Rodrigues, 1999).

Santos *et al.* (2007) identificam como fatores promotores e potenciadores da satisfação laboral, a realização pessoal, o reconhecimento, social e profissional, o trabalho em si e a responsabilidade. Como fatores causadores de insatisfação sugerem as políticas e administração da empresa, a remuneração, a supervisão técnica, a supervisão de pessoal e por último as condições de trabalho assim como a distribuição de doentes, as condições de espaço, os requisitos de material e equipamento, as relações de trabalho e os riscos a que estão sujeitos os enfermeiros.

2. Capacidade para o Trabalho

A saúde é considerada, atualmente, como o elemento contextual que exerce o maior impacto sobre a capacidade para o trabalho e a sua importância tem vindo a ser recorrentemente provada, particularmente quando diz respeito à capacidade funcional e à presença de doenças (Martinez, 2010).

Ferreira (2001) contextualiza o termo capacidade para o trabalho, conjugando ambas as palavras e partindo do seu significado individual, isto é, capacidade relaciona-se com a qualidade que a pessoa tem de satisfazer para determinado fim, o conceito de trabalho diz respeito à atividade coordenada, de carácter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento.

Martinez, Paraguay e Latorre (2004), consideram que o estado de saúde influencia diretamente a capacidade para o trabalho, sendo necessário que se monitorize a saúde, para identificar alterações atempadamente e se possam aplicar medidas individuais e coletivas que modifiquem a influência negativa para estratégias que mantenham a saúde dos colaboradores, quer física quer psicológica.

No estudo realizado por Costa (2009) sobre a capacidade para o trabalho de enfermeiros conclui-se que será necessário implementar estratégias de intervenção em contexto da prática que promovam a melhoria da capacidade para o trabalho e a saúde e bem-estar dos enfermeiros, não só através da aplicação de incentivos aos hábitos de vida saudáveis mas também potenciando a vigilância periódica da saúde.

Também o estudo de Hilleshein (2011) preconiza que o investimento na melhoria e a manutenção da capacidade para o trabalho, em contexto organizacional, têm consequências diretas na qualidade de vida do trabalhador, prevenindo a perda da capacidade para o trabalho, a reforma antecipada e o aparecimento de doenças ocupacionais.

Chiavenato (1999) defendia que a intervenção positiva e precoce nas condições de saúde e de qualidade de vida dos colaboradores de uma organização, permitiam

potenciar o desempenho efetivo e eficiente de tarefas dentro de uma atividade previamente determinada, resultando em bem-estar para todos os trabalhadores.

De facto, são variados os elementos que influenciam a capacidade para o trabalho, temática que de seguida se aborda, sucintamente.

2.1 Determinante da Capacidade para o Trabalho

Ao longo da evolução do conceito de capacidade para o trabalho, foram vários os autores que se debruçaram sobre esta temática, sendo atualmente a definição mais utilizada a que indica que é o resultado de um processo dinâmico entre os recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho, sendo influenciada por diversos fatores que interagem entre si, a saber, aspetos sociodemográficos, estilos de vida, estado de saúde, processo de envelhecimento e exigências do trabalho (Ilmarinen, 1991, 2001, 2006; OMS, 1993; Pohjonen, 1999; Tuomi *et al.*, 1997a, 1997b).

2.1.1 Aspetos Sociodemográficos

A idade é identificada como um fator determinante da capacidade para o trabalho, tendo o seu conceito sido definido pela OMS (1993) como trabalhador em envelhecimento, na perspetiva da saúde ocupacional, aquele com mais de 45 anos, idade a partir da qual ocorre uma diminuição de algumas capacidades funcionais necessárias à execução de determinadas tarefas, havendo a necessidade de adotar medidas para melhorar a capacidade para o trabalho.

A este respeito Fernandes (2011) cita o estudo de Pestana (2003) quando refere que existe uma relação negativa entre produtividade e idade, já que uma das representações sociais que mais frequentemente recai sobre os trabalhadores mais velhos é que, à medida que se envelhece, a capacidade para o trabalho diminui porque se é menos saudável ou fisicamente mais limitado, porque se aprende com menor facilidade acrescentando ainda a resistência à mudança.

No mesmo contexto, também as condições socioeconómicas são tidas como importantes na determinação da saúde e da capacidade para o trabalho. No entanto, a associação entre ambos os conceitos é complexa, pois pode ser influenciada por fatores

relacionados com o trabalho, condições de vida e hábitos de saúde (Aittomäki, Lahelma & Roos, 2003; Martinez, Paraguay & Latorre, 2004; Tuomi *et al.*, 1991).

De facto, a capacidade mental pode ser afetada pelo envelhecimento através da diminuição do desempenho da memória, da capacidade de percepção e da velocidade de processamento de informações (Ilmarinen, 1991; Tuomi *et al.*, 1997b), no entanto, estas mudanças não são sistemáticas, podendo ser compensadas pelo aumento do conhecimento, da experiência, da habilidade para trabalhar de forma independente e do maior vínculo ao emprego que trabalhadores com mais idade tendem a apresentar (Tuomi *et al.*, 1997b).

Paralelamente, também o nível acadêmico e a competência profissional são considerados fatores associados com a capacidade para o trabalho, já que segundo Ilmarinen (2002) e Pohjonen (1999) a capacidade para o trabalho pode ser promovida pelo aumento da competência, entendida como as habilidades e conhecimentos que o trabalhador dispõe para executar seu trabalho, em especial em atividades que exigem maiores habilidades psicológicas e cognitivas. Tuomi *et al.*, (2001) verificou que o hábito de estudar, a possibilidade de desenvolvimento e de influenciar o trabalho, apresentaram forte associação positiva com capacidade para o trabalho.

O sexo é indicado como fator associado à capacidade para o trabalho, essencialmente através dos estudos realizados por Perkio-Makela (2000) na Finlândia, Bellusci (2003) e de Walsh *et al.*, (2004) no Brasil, que evidenciaram que o sexo feminino tem superior risco para diminuição da capacidade para o trabalho, fator que nos locais onde os estudos foram realizados, denota a influência não só pelas piores condições de trabalho e salariais que as mulheres apresentam em relação aos homens mas também pela carga de horário de trabalho aumentada (Martinez *et al.*, 2007; Salim, 2003; Tuomi *et al.*, 2001). Paralelamente, também os estilos de vida são fatores que influenciam diretamente a capacidade para o trabalho, temática que a seguir se aborda.

2.1.2 Estilos de vida

Geralmente, os estudos que contemplam as questões do estilo de vida relacionadas com a capacidade para o trabalho, privilegiam uma concepção de estilo de vida saudável,

sendo vários os fatores que contribuem para situações clínicas diametralmente opostas ao que se considera, atualmente, como saudável.

Um dos fatores que prejudica o estilo de vida saudável é o tabagismo que, conseqüentemente, interfere com a capacidade para o trabalho e com a capacidade física, sendo ainda um dos fatores de risco acrescido para as doenças cardiovasculares e pulmonares (OMS, (1993); Tuomi *et al.*, (1991).

O consumo excessivo de álcool potencia alterações que afetam a capacidade para o trabalho, provocando alterações na saúde física e mental, interferindo diretamente na diminuição da produtividade, aumentando o absentismo e o risco de acidentes de trabalho (Tuomi *et al.*, 1991).

Da mesma forma, também a obesidade é considerada um fator de risco que pode reduzir ou mesmo impedir o desempenho das funções profissionais, já que o excesso de peso pode afetar a capacidade cardiorrespiratória e musculoesquelética e favorecer o aumento da morbidade por doenças crônicas (Ilmarinen, 2006; OMS, 1993; Pohjonen, 2001a; Pohjonen & Ranta, 2001).

Para evitar, reduzir ou controlar estes fatores que podem influenciar negativamente a saúde, surge a atividade física, enquanto aspecto protetor, pois promove a preservação da capacidade musculoesquelética e cardiorrespiratória, aumenta o consumo energético no controlo do peso corporal e a redução da gordura corporal, potencia a manutenção da capacidade aeróbia, da resistência e da força muscular, bem como pelo seu efeito fulcral para o controlo das reações emocionais, combate ao stresse e aumento da autoestima (OMS, 1993; Pohjonen, & Ranta, 2001; Tuomi *et al.*, 1997a).

A respeito da saúde, de seguida se abordam conceitos relevantes que devem ser tidos em conta, para a promoção e manutenção da capacidade para o trabalho.

2.1.3 Saúde

A saúde é fundamental para o desempenho profissional e tem sido analisada e avaliada a influência que apresenta na capacidade para o trabalho, essencialmente através de indicadores da capacidade funcional, da quantidade e do tipo de doenças físicas e

mentais com diagnóstico médico, ou ainda, da percepção do estado geral de saúde (Martinez, Paraguay & Latorre, 2004).

Neste contexto, foram realizados estudos que apresentam resultados explicativos sobre o facto da saúde mental ser menos correlacionada com a capacidade para o trabalho do que a saúde física, já que a avaliação da capacidade para o trabalho, reflete primariamente características físicas, com elevadas exigências mentais (Ilmarinen, 1991; Martinez, Paraguay & Latorre, 2004; Nygård *et al.*, 1991).

Já no que diz respeito à relação entre os sintomas e doenças e a auto percepção do estado de saúde existe correlação com a capacidade para o trabalho, pois o estado de saúde, onde se incluem os sintomas psicofísicos e a capacidade funcional, é apontado como a base para um modelo construtivo de capacidade para o trabalho, responsável pelas mais significativas conexões deste processo (Ilmarinen *et al.*, 2005; Martinez, Paraguay & Latorre, 2004).

O próprio trabalho ou a função profissional, é um fator que influencia diretamente a capacidade do seu desempenho.

2.1.4 Trabalho

Relativamente ao fator trabalho, sabe-se que as condições em que se desempenha dizem respeito às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente contextual, que influem nas condições físicas do trabalhador e tem vindo a ser realçadas as que podem configurar cargas físicas inadequadas como o trabalho muscular estático, uso de força muscular, levantamento e transporte de peso, esforço intenso repentino, movimentos repetitivos, posturas inadequadas (flexão e torção em simultâneo), risco de acidentes, calor, frio, ruído, sujidade e humidade, equipamentos e ferramentas de trabalho inadequados (Ilmarinen *et al.*, 2005).

Segundo Martinez, Paraguay e Latorre, (2004), em estudos relacionados com a capacidade para o trabalho, o ambiente em que se executa tem sido contemplado sob diferentes aspetos, a saber, o conteúdo do trabalho, se existe predominância de exigências físicas ou mentais, as condições de trabalho, os fatores psicossociais e/ou organização do trabalho e ainda, a satisfação no trabalho.

Já as principais características que determinam a diminuição da capacidade para o trabalho entre as mulheres que prestam serviços de saúde ao domicílio, têm sido apontadas as que se relacionam com a ergonomia, como posturas inadequadas, transporte manual de objetos, uso de força e movimentos ou deambulação frequente, que caracterizam elevadas exigências físicas (Martinz, 2006, citado por Fonseca, 2012).

Paralelamente, o mesmo autor realça que as condições ergonómicas, como a hipótese de controlo sobre o trabalho e o apoio e as atitudes satisfatórias da liderança, são aliadas da boa condição da capacidade para o trabalho em todas as faixas etárias, sendo claro que as estratégias de promoção da capacidade para o trabalho devem ser implementadas no âmbito da melhoria das condições, do ambiente e da relação interpessoal da comunidade de trabalho.

2.2 Importância da Promoção da Capacidade para o Trabalho

A gestão da capacidade para o trabalho é o conceito finlandês de promoção da saúde no trabalho que segundo Liira *et al.*, (2002) tem como objetivos centrais a melhoria das condições, do ambiente e da organização do trabalho, promovendo a saúde e a competência profissional dos trabalhadores (Ilmarinen, 2006; Peltomäki & Hüsman, 2002).

A este respeito Bergström *et al.*, (1998), citado por Martinez *et al.*, (2007), referem que o aumento da produtividade que advém da melhoria da capacidade para o trabalho apresenta resultados positivos para os trabalhadores, empresas e sociedade pois contribui para o aumento da eficiência no trabalho e do tempo efetivamente trabalhado, redução do absentismo e redução do excedente de pessoal e, conseqüentemente, diminui o preço unitário do tempo efetivo de trabalho, aumentando a rentabilidade e a competitividade da empresa, a taxa de emprego e contribuindo também para a redução dos gastos com assistência à saúde, das mortes prematuras, das pensões por incapacidade e das reformas precoces.

Para Liira *et al.*, (2002) o principal estímulo para que as organizações implementem ações de manutenção da capacidade para o trabalho diz respeito ao controlo da carga de trabalho e do stresse, à manutenção da eficiência e da competitividade e ao incentivo às

próprias organizações para a inovação, flexibilidade, contribuindo de forma direta e prática para a motivação e produtividade dos trabalhadores.

Para aferir e avaliar a capacidade para o trabalho, paralelamente aos estudos realizados, foi construído um índice que permite identificar não só as alterações da capacidade para o trabalho e relacioná-la com a idade e os setores profissionais, mas também identificar a eficácia das medidas de promoção dessa mesma capacidade Ilmarinen (1991), citado por Silva (2000).

Fernandes (2011) refere que os vários estudos, particularmente a partir dos anos 80, do século passado, realizados pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia desenvolveram o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), aplicado com o sentido de “(...) identificar precocemente a perda de capacidade laboral, colaborando também na prevenção de doenças, manutenção da saúde dos trabalhadores e na melhoria da qualidade de vida no trabalho” (p. 20).

Segundo o referido índice, embora seja um instrumento de autoavaliação, a importância da capacidade laboral percebida, na sua aplicação, é enorme, pois “o modo como o trabalhador avalia a sua capacidade para o trabalho tem um efeito importante no modo como lida com a vida profissional” (Ilmarinen, 1991, p. 335).

Clarificando, este índice permite auxiliar no desenvolvimento de medidas para intervir, promover e manter a saúde, prevenindo dessa forma a perda de capacidade para o trabalho e a performance profissional. Tuomi (1997a) refere que a avaliação da capacidade para o trabalho não poderá basear-se apenas em medidas objetivas, realçando que devem ser recolhidos dados de variadas e distintas fontes, para além de se observar, analisar e referenciar o conceito que o próprio trabalhador tem da sua capacidade para o trabalho, pois é tão importante quanto as avaliações clínicas especializadas.

Também Camerino *et al.* (2008) atenta que a aptidão para o trabalho razoável é potenciada pela boa saúde física e mental e por condições favoráveis de trabalho.

Para Fischer *et al.* (2006) e Pereira (2010) a enfermagem, enquanto atividade profissional, associa-se a stresse, pelas condições laborais existentes, promovendo o nível de ICT inadequado, ou seja, as más condições de vida e trabalho precário exigem que se implementem as medidas de intervenção, quer no local de trabalho quer a nível

individual, de forma a evitar a diminuição da capacidade para o trabalho, mesmo numa população ativa bastante jovem.

2.3 A Fadiga e as Implicações na Capacidade para o Trabalho dos Enfermeiros

Dos variados estudos realizados e que se relacionam com a capacidade para o trabalho dos enfermeiros, resultou a identificação de problemáticas referenciadas que podem influenciar a capacidade para o trabalho (Adams, Folkard & Young, 1986; Åkerstedt, 1990; Barton *et al.*, 1995; Costa, 1996; Folkard, Minors & Waterhouse, 1985; Koller *et al.*, 1990; Monk, Folkard & Wedderburn, 1996; Smith *et al.*, 2003, citados por Silva, 2007).

Os fatores identificados podem ser agrupados em cinco dimensões globais, a saber:

- Biológica: perturbações dos ritmos regulares, das funções psicofisiológicas, incluindo o ciclo sono - vigília;
- Médica: distúrbios do sono; perturbações na saúde física (problemas gastrointestinais, tais como colites, gastroduodenites e úlceras pépticas; problemas cardiovasculares tais como hipertensão e patologia cardíaca); e perturbações na saúde psicológica (fadiga crónica, ansiedade e depressão);
- Social: perturbações na vida familiar e social (as dificuldades consistem em manter as usuais interações com a família, acarretando influências negativas ao nível das relações matrimoniais e do cuidado com os filhos, bem como preservar os contactos sociais e em praticar atividades de tempos livres);
- Trabalho: perturbações circadianas do desempenho e sua relação com a ocorrência de erros e acidentes de trabalho (Fernandes, 2011).

3. Os Cuidados de Saúde Primários

De acordo com Miguel e Sá (2010), os CSP, em Portugal, tiveram como precursores Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa que, em 1971, concretizam a reforma do sistema de saúde e da assistência, adiantando-se à Declaração de Alma Ata (1978) e dando início à rede prestadora de cuidados de saúde que iria ser a base do atual Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De facto, a Organização Mundial de Saúde, em 1978, alertava para a importância dos Cuidados de Saúde Primários, sendo indispensáveis para o objetivo da “saúde para todos”, respeitando e implementando na prática o acesso global à saúde, equidade e justiça social, com o objetivo de aumentar os níveis de melhorias da saúde e prevenir situações de doença, passíveis de diagnóstico e intervenção precoces.

Atun (2004) definiu Cuidados de Saúde Primários como a base de trabalho direto dos sistemas de saúde, pois é a partir deste ponto de partida que se prestam os cuidados mais direcionados para a comunidade, respeitando o ciclo de vida e o processo saúde - doença, no sentido de promover a responsabilização individual e autonomia, orientando as atividades, o nível de cuidados e a estratégia para organizar os serviços de cuidados de saúde.

Efetivamente os CSP estão na linha da frente, constituindo-se como “ (...) os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessários, e acompanhando global e longitudinalmente todo o processo de saúde - doença de uma vida e não apenas os episódios de doença” (Sakellarides, 2009, p. 101).

Biscaia *et al.*, (2008) refere, a este respeito, que diversas investigações na área confirmam a importância dos Cuidados de Saúde Primários que quando fundados em estruturas e organização sólidas, apresentam uma relação custo/efetivo positiva, respeitando a equidade e promovendo os níveis de qualidade de vida e de satisfação da comunidade.

Neste seguimento, é com a publicação do Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, que o governo da República Portuguesa, veio reconhecer uma vez mais, este nível de

cuidados como pilar central do sistema de saúde português, afirmando que “ (...) os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados”.

Os Cuidados de Saúde Primários fazem parte do sistema de saúde, tendo como objetivo a resolução dos principais problemas de saúde, que exigem a participação do indivíduo, família e comunidade, promovendo e protegendo a saúde, sendo fundamental um conhecimento profundo do que é a saúde.

3.1 A reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários sofreram mudanças ao longo da história do sistema de saúde, tendo sido a mais premente a que foi regulada pelo Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, Lei Orgânica do Ministério da Saúde, que desencadeou a reforma que serviu de base ao Serviço Nacional de Saúde, onde se reconheceu o direito à saúde de todos os portugueses e cabendo ao estado a responsabilidade de o assegurar, levando à criação dos “centros de Saúde de primeira geração”. Através da Declaração da Alma-Ata, sete anos mais tarde, surgiram os CSP definidos como:

(...) Cuidados essenciais de Saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e económico global da comunidade.

A alteração no estatuto dos centros de saúde foi eminente, com a legislação sobre os centros de saúde de terceira geração, pese embora os objetivos estabelecidos nunca terem sido integralmente concretizados, pela sua substituição pela Lei da Rede dos Cuidados de Saúde Primários, (Lei de Bases 60/2003 de 1 de Abril), que definia o sistema de prestação de Cuidados de Saúde Primários como o conjunto constituído por serviços públicos de prestação de Cuidados de Saúde Primários, dotados de autonomia técnica e administrativa, designados por centros de saúde (integrados no Serviço Nacional de Saúde) e por entidades do setor privado, com ou sem fins lucrativos, com quem fossem celebrados contratos ou acordos e que prestassem CSP a utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Centrando-se a atenção nos centros de saúde, verificou-se que a sua gestão estaria a cargo de um diretor nomeado pelo Ministro da Saúde, organizando-se em quatro unidades, (cuidados médicos, de apoio à comunidade e de enfermagem, de saúde pública e de gestão administrativa), cada uma com o seu coordenador, no entanto esta lei, em 2005, foi revogada, sem nunca ter sido posta em prática.

Os agrupamentos de Centros de Saúde são regidos pelo Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, onde são apresentados como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, tendo como missão a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população de determinada área geográfica e cujas unidades podem incluir a Unidade de Saúde Familiar (USF); a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

No ano de 2004 a OMS realizou um estudo onde foram colocadas questões relacionadas com as vantagens e desvantagens da reorganização dos sistemas de saúde, no sentido de serem mais direcionados para os Cuidados de Saúde Primários e cujos resultados indicaram que os sistemas de saúde que se baseiam mais nos Cuidados de Saúde Primários apresentam mais vantagens, quando comparados com os que se baseiam mais nos cuidados hospitalares.

Para estes resultados, muito contribuem os enfermeiros, como profissionais da saúde privilegiados para o contacto direto com a comunidade. Seguidamente será abordada

esta temática, debruçando-se essencialmente sobre a importância e qualidade dos cuidados prestados na área da enfermagem.

3.2 A Importância dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários

Os conceitos de profissional e de CSP são distintos, dependendo do país, no entanto, a OMS, em 2000, publica um relatório que define os recursos humanos da saúde ou capital humano da Saúde como os elementos direta ou indiretamente relacionados e envolvidos em funções ou atividades que pretendam promover, proteger ou melhorar a saúde das pessoas e das comunidades.

A este respeito, também no âmbito da Enfermagem, Correia *et al.* (2001) identificam a vertente comunitária e familiar da sua prática com o surgimento de termos como “enfermeiro de família” ou “enfermeiro de saúde familiar” ou ainda, “enfermeiro de saúde comunitária”.

Nos CSP, os enfermeiros integram o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, onde existem atividades de educação para a saúde e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008) os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, favorecem uma prática contínua tendo como referência todos os indivíduos/comunidade ao longo do seu ciclo de vida, visto este serviço ter maior ênfase em famílias, onde permanece sempre o respeito, o encorajamento, e o direito dos indivíduos e famílias nas tomadas de decisão e assumirem as suas responsabilidades referentes à sua saúde.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. Metodologia

A investigação científica é um “ (...) processo sistemático que permite examinar fenómenos com o objetivo a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação” (Fortin, 1999, p. 17). Ou seja, a investigação é um método que permite chegar a novos conhecimentos a partir de questões formuladas com base em observações da prática profissional.

Este estudo pretende dar resposta às seguintes questões de investigação:

- **Qual a capacidade para o trabalho dos enfermeiros dos CSP da ULSNE?**
- **Qual a satisfação profissional dos enfermeiros dos CSP da ULSNE?**

Procurando responder às questões de investigação, foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar a capacidade para o trabalho e a satisfação profissional dos enfermeiros do CSP da ULSNE.
- Relacionar a perceção da satisfação profissional e capacidade para o trabalho dos enfermeiros com as variáveis independentes.

1.1 Variáveis e Hipóteses do Estudo

Uma investigação exige a construção de enunciados formais que estabeleçam uma relação possível entre duas ou mais variáveis, a população e o tipo de investigação, isto é, implica a construção de hipóteses (Fortin *et al.*, 2009) e para tal, foram consideradas as variáveis que a seguir se descrevem.

Variáveis dependentes: Satisfação Profissional e Capacidade para o Trabalho (dos enfermeiros dos CSP da ULSNE)

Variáveis independentes: Sociodemográficas e Profissionais

No sentido de aprofundar o presente estudo, foram definidas as seguintes hipóteses:

H1 – A Satisfação Profissional dos enfermeiros dos CSP da ULSNE é diferente segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

H2 – A capacidade para o trabalho dos enfermeiros dos CSP da ULSNE é diferente segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

H3 – Há relação entre a satisfação profissional e a capacidade para o trabalho nos enfermeiros dos CSP da ULSNE.

1.2 População e Amostra

Segundo Fortin *et al.*, (2009) o ato ou processo de seleção dos elementos que irão constituir uma amostra consiste na escolha dos sujeitos que serão considerados, para efeito de pesquisa, como representantes do conjunto da população à qual pertencem e, paralelamente, a definição da respetiva amostra que será um subgrupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.

A população do estudo é composta por 177 enfermeiros dos CSP da ULSNE, tendo respondido aos questionários 125 enfermeiros.

1.3 Procedimentos

1.3.1 Desenho do Estudo

Desenhou-se um estudo observacional, analítico de carácter transversal, pois, como refere Ribeiro (2010, p. 51), num estudo observacional “... o investigador não intervém. Antes desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e quais os efeitos ou relações dos acontecimentos com as variáveis, e qual o efeito nos sujeitos em estudo”. Afirma ainda que estes estudos podem ser descritivos ou analíticos, sendo que os analíticos “...permitem responder à questão de porque é que os sujeitos têm aquelas características” (Ribeiro, 2010, p. 52). Para o mesmo autor, os estudos analíticos podem ser transversais, de caso - controlo e prospetivos, onde os transversais “... procuram explicar os resultados

através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento”.

1.3.2 Procedimentos Éticos e Deontológicos

Para a realização do estudo foi obtida a autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste (anexo II).

A presente investigação respeita integralmente os princípios éticos, valores e normas do código deontológico do enfermeiro (OE, 2003), em concordância também com os princípios éticos aceites pela comunidade de investigação e pela Declaração de Helsínquia, tais como: consentimento informado dos participantes, confidencialidade, respeito, honestidade nas relações estabelecidas e garantia dos direitos dos que participaram voluntariamente neste trabalho de investigação.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da investigação, esclareceram-se todas as dúvidas relativas à natureza do trabalho e obteve-se consentimento dos participantes.

Em todos os casos a participação foi absolutamente voluntária, gratuita, anónima e confidencial. Todos os inquiridos foram também esclarecidos da possibilidade de desistir da sua participação a qualquer momento do estudo, podendo também, posteriormente, ter acesso aos dados da investigação.

1.3.3 Operacionalização das Variáveis

Para a realização da inferência estatística foi necessário operacionalizar algumas variáveis:

Variáveis sociodemográficas: sexo (masculino, feminino); idade (anos) a idade foi operacionalizada em faixas etárias (até 40 anos, entre os 41 e 50 anos e com mais de 50 anos); estado civil (inicialmente questionado solteiro, casado, união de facto, viúvo, divorciado, foi posteriormente operacionalizada em solteiro/divorciado/viúvo, casado/união de fato); descendência (sim, não); idade dos descendentes (anos) e habilitações académicas/profissionais (bacharelato, licenciatura, pós-graduação, especialidade, mestrado, doutoramento).

Variáveis de caracterização profissional: categoria profissional (enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe, enfermeiro supervisor); tempo de exercício profissional (anos); tempo de serviço na categoria (anos); funções de prestação direta de cuidados (sim, não); local onde exerce funções (opção entre todos os concelhos do distrito de Bragança); serviço/unidade onde exerce a atividade (SUB, UCC, UCSP, URAP, USF, USP); tipo de vínculo (CIT, CAP; outro); horário semanal (35 h, 40 h, 42 h) e tipo de horário (fixo, por turnos), o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício na categoria foram operacionalizados em classes (até 10 anos, entre 11 a 20 anos e mais de 20 anos). A variável categoria profissional foi também operacionalizada em três classes (enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista/chefe) atendendo as frequências obtidas nas opções inicialmente consideradas.

Variáveis de caracterização da satisfação do enfermeiro com o vencimento e reconhecimento da profissão: vencimento (totalmente insatisfeito, bastante, satisfeito, bastante satisfeito, totalmente satisfeito); incentivos (sim, não), conflitos laborais (sim, não), reconhecimento social da profissão (totalmente insatisfeito, bastante, satisfeito, bastante satisfeito, totalmente satisfeito); concordância com a atual idade de reforma (sim, não); funções de gestão ou chefia no serviço (sim, não) e na possibilidade de voltar ao princípio e escolher a mesma profissão (sim, não). Foi necessário efetuar a operacionalização das variáveis: satisfação com o vencimento em três classes (totalmente insatisfeito, bastante insatisfeito e satisfeito (agrupou as opções: satisfeito, bastante satisfeito e totalmente satisfeito) e satisfação com o reconhecimento em quatro classes (totalmente insatisfeito, bastante insatisfeito, satisfeito e bastante satisfeito (agrupou as opções: bastante satisfeito e totalmente satisfeito). A operacionalização realizada resultou das frequências obtidas nas opções iniciais e na natureza da opção em ambas as variáveis.

1.4 Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de informação inclui dois instrumentos de medida (Anexo I)

Foi utilizada a Escala de Satisfação Profissional desenvolvida por Ribeiro (2002), que se subdivide em seis dimensões, especificamente:

1. Segurança com o Futuro da Profissão (SFP) – resultante do somatório dos itens 5, 8 e 13;
2. Apoio da Hierarquia (AH) – resultante do somatório dos itens 4, 11 e 19;
3. Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado (ROTR) – resultante do somatório dos itens 1, 6, 15, 18 e 21;
4. Condições Físicas do Trabalho (CFT) – resultante do somatório dos itens 9, 17 e 23;
5. Relação com Colegas (RC) – resultante do somatório dos itens 7, 20, 22 e 24;
6. Satisfação com a profissão (SP) – resultante do somatório dos itens 2, 3, 10,12, 14 e 16.

A aplicação da escala fornece um somatório por dimensão e ainda um somatório que resulta da soma de todas as dimensões que define a variável Satisfação no Trabalho criada de novo e em que cada dimensão e o resultado final do somatório constituem as variáveis dependentes e foram analisadas inferencialmente com as variáveis independentes anteriormente descritas. Como variáveis atributo, assumiram-se todas as independentes.

Atendendo ao descrito pelo autor da adaptação do questionário determinaram-se os fatores descritos e apresentados na tabela 2, onde se realça que para este questionário quanto maiores os *scores* em cada fator e total, melhores resultados de satisfação.

Tabela 2 - Distribuição dos itens do Questionário pelos Fatores

Dimensões	Itens	Score Mínimo	Score Máximo
Segurança com o Futuro da Profissão – SFP	5, 8, 13	3	15
Apoio da Hierarquia – AH	4, 11, 19	3	15
Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado – ROTR	1, 6, 15, 18, 21	5	25
Condições Físicas do Trabalho – CFT	9, 17, 23	3	15
Relação com Colegas – RC	7, 20, 22, 24	4	20
Satisfação com a profissão – SP	2, 3, 10,12, 14, 16	6	30
Questionário de Satisfação com o Trabalho – QST	Todos	24	120

O segundo instrumento de medida utilizado foi o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) que permite avaliar a capacidade para o trabalho e detetar precocemente alterações para além de ter valor preditivo, fornecendo informações para implementar medidas preventivas (Fischer *et al.*, 2005; Tuomi *et al.*, 2005).

O Índice de Capacidade para o Trabalho foi traduzido, adaptado e aferido do Work Ability Index desenvolvido pelo Finnish Institute of Occupational Health, para Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa pela equipa coordenada pelo Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva.

A versão portuguesa foi inicialmente desenvolvida em 2001, no âmbito do Projeto POCTI/ESP/40743/2001 da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, ficando a versão final concluída em 2005.

Trata-se de um instrumento de preenchimento rápido e simples, com baixo custo e autoaplicável, tem por base a auto perceção dos trabalhadores em relação à sua capacidade para o trabalho, tendo em conta as exigências físicas e mentais do trabalho bem como o estado de saúde e os recursos psicológicos do trabalhador.

Os resultados do ICT podem ser utilizados a nível individual e coletivo, porque permite identificar trabalhadores com comprometimento da capacidade funcional e adotar medidas de apoio e porque permite identificar um perfil geral da capacidade para o trabalho, da capacidade funcional e dos fatores que os afetam, direcionado para a adoção de medidas corretivas (Zwart *et al.*, 2002; Martinez *et al.*, 2007).

O ICT é constituído por dez questões distribuídas por sete itens (Silva, 2000), como se apresenta na tabela 3.

Tabela 3 - Índice de Capacidade para o Trabalho: dimensões e pontuação

Item	Questão	Pontuação
1 - Capacidade para o trabalho atual comparada com o seu melhor	1	0-10 Pontos. Correspondente à resposta assinalada.
2 - Capacidade de trabalho em relação às exigências das atividades (físicas e/ou intelectuais)	2	2-10 Pontos. N.º pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho. No caso dos enfermeiros o trabalho tem exigências tanto físicas como mentais pelo foi definido que as pontuações das opções assinaladas mantêm-se inalteradas.
3 - Número de doenças atuais diagnosticadas por um médico	51	1-7 Pontos = contabiliza-se somente as doenças diagnosticadas pelo médico: Pelo menos 5 doenças = 1 ponto 4 Doenças = 2 pontos 3 Doenças = 3 pontos 2 Doenças = 4 pontos 1 Doença = 5 pontos Nenhuma doença = 7 pontos
4 - Estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doença (s)	1	1-6 Pontos. Correspondente à resposta assinalada e escolhida a opção com valor mais baixo.
5 - Absentismo no último ano devido a doença	1	1-5 Pontos. Correspondente à resposta assinalada
6 - Prognóstico pessoal da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos	1	1, 4 ou 7 pontos. Correspondente à resposta assinalada
7 - Recursos psicológicos	3	1-4 Pontos. Soma, se os pontos e o resultado contabiliza-se da seguinte forma: Soma 0-3=1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

Fonte: Adaptado de Tuomi *et al.*, (1997)

1.5 Análise e Tratamento de Dados

A análise estatística dos dados relativo ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 20.0. Inicialmente, com objetivo de descrever e caracterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão de forma a descrever as características: sociodemográficas; profissionais; satisfação manifestada pelo enfermeiro relativamente à remuneração e reconhecimento da profissão; satisfação com o trabalho e índice de capacidade para o trabalho.

Posteriormente, para realizar a inferência estatística necessária à investigação das hipóteses propostas recorreu-se à aplicação dos testes de hipóteses paramétricos sempre que possível, uma vez que é necessário verificar previamente os pressupostos, pois caso estes não se verifiquem não é possível aplicar testes paramétricos e recorreu-se aos testes não paramétricos.

Assim sendo, para comparação dos valores médios de duas amostras independentes o teste paramétrico indicado é o Teste *t de Student* que pressupõe amostras de grande dimensão (mínimo 30 elementos) ou amostras de pequena dimensão provenientes de populações normais. Para testar a normalidade em amostras de dimensão superior a 30 elementos recorre-se ao teste de Kolmogorov Smirnov. Caso seja possível aplicar o Teste *t de Student*, é ainda necessário averiguar a igualdade de variâncias entre amostras, através do teste de Levene, o que permite apurar se as amostras são provenientes da mesma população (quando é validada a condição de igualdade de variâncias). Na eventualidade da impossibilidade de aplicação do Teste *t de Student* recorre-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney U. (Maroco, 2007).

Para comparação de três ou mais amostras independentes recorreu-se ao teste paramétrico One-Way ANOVA, cujos pressupostos são: distribuição normal das variáveis, a distribuição dos erros normalmente distribuída com média nula e variância constante (homogeneidade das variâncias) e aleatórios. Caso não seja possível a aplicação do teste One-Way ANOVA recorreu-se ao teste não paramétrico KruskalWallis que permite comparar três ou mais amostras independentes.

Para análise da consistência interna dos fatores das escalas utilizadas recorreu-se ao coeficiente alpha de Cronbach, esta é uma das medidas mais usadas. Para valores de alpha de Cronbach abaixo de 0,6 a consistência é inaceitável, de 0,60 a 0,70 a consistência interna é aceitável, entre 0,7 e 0,8 a consistência interna é razoável, valores entre 0,8 e 0,9 a consistência é boa e valores acima de 0,9 a consistência é muito boa (Pestana & Gageiro, 2005).

Para medir a intensidade da relação linear entre variáveis recorreu-se ao coeficiente de Pearson, é um índice adimensional com valores entre -1 e 1. Resultados próximos de 1 significam correlação muito forte e positiva entre variáveis, resultados próximos de -1 ilustram correlação muito forte e no sentido contrário entre as variáveis e resultados próximos de 0 demonstram que as variáveis não dependem linearmente uma da outra. A determinação deste coeficiente pressupõe a normalidade das variáveis.

2. Apresentação de Resultados

Nesta secção apresenta-se a caracterização da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas, profissionais, satisfação com o trabalho e de capacidade para o trabalho, assim como os resultados obtidos por inferência estatística de forma a concluir sobre as hipóteses em estudo e discussão desses resultados.

2.1 Caracterização da Amostra

2.1.1 Caracterização Sociodemográfica

Analisando a tabela 4 verifica-se que foram inquiridos 125 enfermeiros, dos quais, 8% (n=10) são do sexo masculino e 92% (n=115) do sexo feminino. A idade média obtida foi 40,65 anos com desvio padrão de 6,86 anos a partir do mínimo de 21 anos e máximo de 57 anos. Quanto à faixa etária, 51,2% (n=64) da amostra possui idade até 40 anos, 39,2% (n=49) idade entre os 41 e 50 anos e 9,6% (n=12) com mais de 50 anos. No que respeita ao estado civil verificou-se que a maioria 70,4%; (n=88) era casada, seguidos pelos solteiros 14,4% (n=18) e pelos divorciados (11,2%, n=14), 2,4% (n=3) dos enfermeiros vivia em união de facto e 1,6% (n=2) eram viúvos. Quanto ao facto de os enfermeiros terem filhos, apurou-se que a amostra era, maioritariamente, composta por enfermeiros com filhos 78,4% (n=98). No que se refere à distribuição dos inquiridos segundo o número de filhos verificou-se que 21,6% (n=27) dos enfermeiros não possuem filhos, enquanto 28,0% (n=35) possui um filho, 42,4% (n=53) possuem dois filhos e 8,0% (n=10) possuem três filhos. Relativamente à distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações profissionais, averiguou-se que a amostra era em maior número composta por enfermeiros licenciados 43,2% (n=54). Os enfermeiros com especialidade constituíam 33,6% (n=42) e com mestrado 20,0% (n=25). Os enfermeiros com pós-graduação constituíam uma minoria 3,2% (n=4).

Tabela 4 - *Caracterização Sociodemográfica*

	Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sexo	Masculino	10	8,0
	Feminino	115	92,0
	Total	125	100,0
Faixa etária	Até 40 anos	64	51,2
	De 41 a 50 anos	49	39,2
	Mais de 50 anos	12	9,6
	Total	125	100,0
Idade: mínimo - 21; máximo - 57; média - 40,65; desvio padrão - 6,86			
Estado civil	Solteiro	18	14,4
	Casado	88	70,4
	União de facto	3	2,4
	Viúvo	2	1,6
	Divorciado	14	11,2
	Total	125	100,0
Tem filhos	Sim	98	78,4
	Não	27	21,6
	Total	125	100,0
Número de filhos	Sem filhos	27	21,6
	1 Filho	35	28,0
	2 Filhos	53	42,4
	3 Filhos	10	8,0
	Total	125	100,0
Habilitações Profissionais	Licenciatura	54	43,2
	Pós-graduação	4	3,2
	Especialidade	42	33,6
	Mestrado	25	20,0
	Doutoramento	0	0,0
Total	125	100,0	

2.1.2 Caracterização Profissional

Na tabela 5 apresenta-se a caracterização profissional dos enfermeiros em estudo.

Da análise da distribuição dos enfermeiros por categoria profissional pode verificar-se que a maior parte estava na categoria de enfermeiro graduado (38,4%; n=48). Este grupo é seguido pela categoria de enfermeiros (32%; n=40) e enfermeiros especialistas (27,2%; n=34). Os enfermeiros chefe constituem uma minoria (2,4%; n=3). A média do tempo de exercício profissional dos enfermeiros inquiridos foi de 16,92 anos com desvio padrão de 6,30 anos, e do tempo de serviço na categoria foi de 11,97 anos com desvio padrão de 5,75 anos. Relativamente ao tempo de exercício da profissão verifica-

se que 51,2% da amostra (n=64) exerce a profissão até ao máximo de 10 anos, assim como 50,4% (n=53) está na categoria até ao máximo de 10 anos. Por outro lado, verificou-se que 94,4% (n=118) presta cuidados de saúde de forma direta. A grande maioria dos enfermeiros declarou exercer atividade numa Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (60,8%; n=76). Afirmaram exercer atividade numa Unidade de Cuidados na Comunidade 24% (n=30) dos inquiridos, 9,6% numa Unidade de Saúde Pública. Constata-se que a maioria (80,8%, n= 101) tem contrato individual de trabalho (CIT). A maioria dos enfermeiros (74,4%; n=93) tem horário fixo e quase a totalidade (99,2%; n=124) tem horário semanal de 40 horas.

Tabela 5 - *Caracterização Profissional*

	Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Categoria profissional	Enfermeiro	40	32,0
	Enfermeiro graduado	48	38,4
	Enfermeiro especialista	34	27,2
	Enfermeiro chefe	3	2,4
	Total	125	100,0
Tempo de exercício profissional	Até 10 anos	64	51,2
	De 11 a 20 anos	49	39,2
	Mais de 20 anos	12	9,6
	Total	125	100,0
Tempo exercício profissional: mínimo - 2; máximo - 34; média - 16,92; desvio padrão - 6,30			
Tempo de exercício na categoria	Até 10 anos	63	50,4
	De 11 a 20 anos	54	43,2
	Mais de 20 anos	8	6,4
	Total	125	100,0
Tempo exercício na categoria: mínimo - 2; máximo - 28; média - 11,97; desvio padrão - 5,75			
Prestação direta de cuidados	Sim	118	94,4
	Não	7	5,6
	Total	125	100,0
Serviço/Unidade	SUB	6	4,8
	UCC	30	24,0
	UCSP	76	60,8
	USP	12	9,6
	ECL	1	0,8
Total	125	100,0	
Tipo Vínculo	CIT	101	80,8
	CAP	4	3,2
	Outro	20	16,0
	Total	125	100,0
Horário semanal	40 h	124	99,2
	42 h	1	0,8
	Total	125	100,0
Tipo horário	Fixo	93	74,4
	Por turnos	32	25,6
	Total	125	100,0

Pela observação e análise das figuras 2 e 3 da zona geográfica onde os enfermeiros exercem a atividade verifica-se que em Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros são aqueles onde foram inquiridos maior número de enfermeiros. Alfândega da Fé, Freixo de Espada à Cinta, Torre de Moncorvo e Vimioso, são os concelhos onde se obtiveram menor número de questionários.

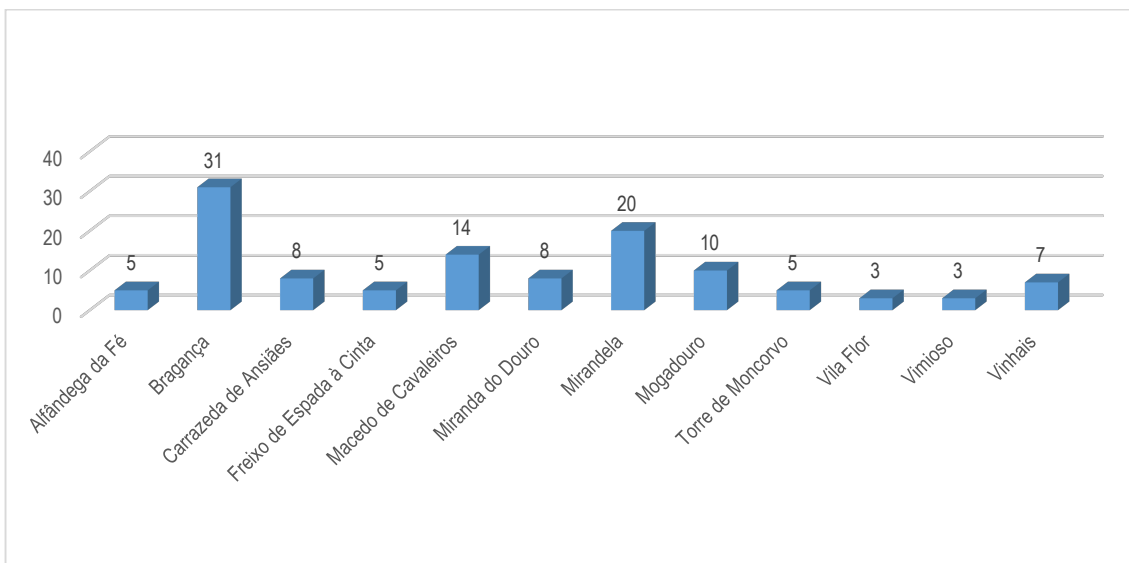


Figura 2 - Local de trabalho dos enfermeiros inquiridos

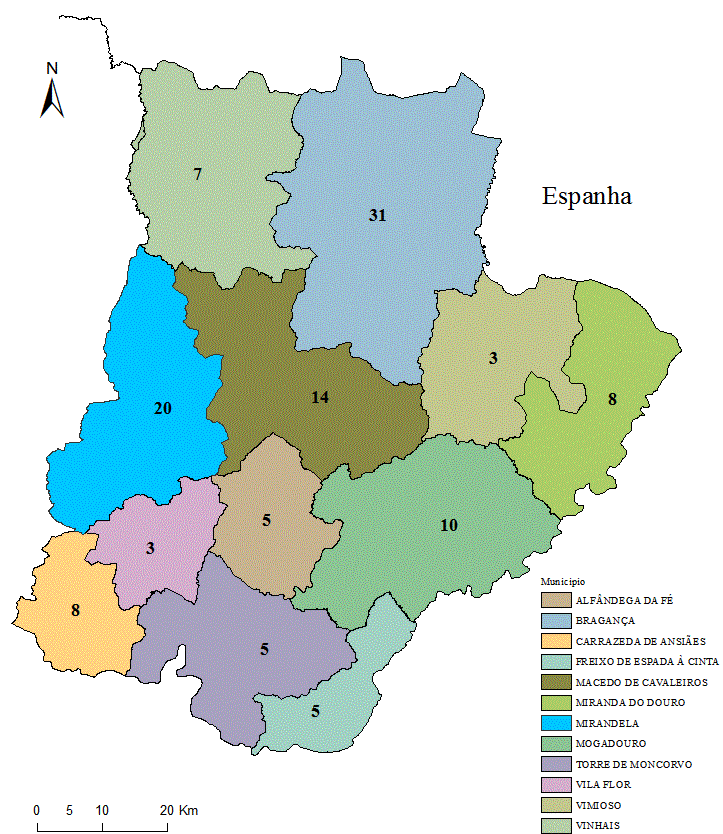


Figura 3 - Número de enfermeiros a exercer nos concelhos do distrito de Bragança

2.1.3 Caracterização da Satisfação do Enfermeiro com o Vencimento e Reconhecimento

Pelos resultados apresentados na tabela 6, obteve-se que a maioria dos enfermeiros estava totalmente insatisfeita (53,6%; n=67). Do total da amostra, 37,6% (n=47) estava bastante insatisfeita e 9 enfermeiros manifestaram estarem satisfeitos. Quanto à existência de algum incentivo no local de trabalho, 5,6% da amostra (n=7) respondeu já ter beneficiado de tal incentivo e indicou: complemento de funções de chefia, outras atividades e flexibilidade de horário. Relativamente à existência de conflitos no local de trabalho, houve 39,2% da amostra (n=49) que afirmou que estes acontecem e referiu essencialmente conflitos relacionais (28) e de organização (3). No que trata à satisfação com o reconhecimento social da profissão, verificou-se que 37,6% da amostra (n=47) estava bastante insatisfeita, 46 dos enfermeiros (36,8%) estavam satisfeitos. No que respeita à concordância com a atual idade de reforma dos enfermeiros, 18,4% da amostra (n=3) afirmou que estava de acordo, a maioria respondeu não concordar. Os argumentos apresentados para a não concordância com a idade da reforma foram essencialmente: muito tempo de trabalho (35), profissão muito desgastante (38) e não adequada à exigência da profissão (14). Quanto à realização de funções de gestão, 18,4% da amostra (n=23) afirmou já ter exercido ou ainda exerce tais funções e indicou: chefia, coordenação, gestão de recursos humanos e materiais, gestão de programas de saúde e de substituição. No que trata à questão “Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, escolheria a mesma profissão?” os enfermeiros são maioritariamente concordantes (73,6%; n=92). Uma minoria (26,4%; n=33) não voltaria a escolher a profissão. O principal argumento apresentado pelos enfermeiros que escolheriam a mesma profissão foi a realização profissional, e os argumentos apresentados pelos enfermeiros que não escolheriam a mesma profissão foram: insatisfação com o reconhecimento e vencimento e desgaste físico e emocional.

Tabela 6 - Caracterização da Satisfação dos Enfermeiros com Vencimento e Reconhecimento

	Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Satisfação com o vencimento	Totalmente insatisfeito	67	53,6
	Bastante insatisfeito	47	37,6
	Satisfeito	9	7,2
	Bastante satisfeito	1	0,8
	Totalmente satisfeito	1	0,8
	Total	125	100,0
Já teve algum incentivo	Sim	7	5,6
	Não	118	94,4
	Total	125	100,0
Existem conflitos	Sim	49	39,2
	Não	76	60,8
	Total	125	100,0
Satisfação com o reconhecimento	Totalmente insatisfeito	20	16,0
	Bastante insatisfeito	47	37,6
	Satisfeito	46	36,8
	Bastante satisfeito	10	8,0
	Totalmente satisfeito	2	1,6
	Total	125	100,0
Concorda com idade da reforma	Sim	3	18,4
	Não	122	81,6
	Total	125	100,0
Tem funções de gestão	Sim	23	18,4
	Não	102	81,6
	Total	125	100,0
Escolheria a mesma profissão	Sim	92	73,6
	Não	33	26,4
	Total	125	100,0

2.1.4 Caracterização dos Resultados obtidos para o Questionário de Satisfação com o Trabalho

Na tabela 7 apresentam-se os resultados obtidos para cada item do questionário de satisfação com o trabalho. Conclui-se que os itens que reúnem maior concordância foram: “O progresso na minha carreira é muito lento”; “A minha relação com os meus colegas é boa” e “O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso”. Por outro lado os itens: “Os meus colegas não me tratam bem”; “Não gosto das pessoas com quem trabalho” e “Ninguém reconhece que sou um bom profissional” apresentam

frequências de discordância mais elevadas. Na maioria dos itens os enfermeiros manifestaram que nem concordavam e nem discordavam.

Tabela 7 - Caracterização item a item do Questionário da Satisfação Profissional

Item	DT	DB	NC ND	CB	CT	Média	Desvio padrão
Ninguém reconhece que sou um bom profissional. *	33,6	30,4	24,8	7,2	4,0	2,18ta	1,10
O meu trabalho é muito rotineiro. *	22,4	35,2	25,6	15,2	1,6	2,38	1,05
O progresso na minha carreira é muito lento. *	4,8	4,0	9,6	11,2	70,4	4,38	1,12
O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho.	11,2	9,6	40,8	30,4	8,0	3,14	1,08
A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro.	21,6	24,0	37,6	12,8	4,0	2,54	1,09
As pessoas reconhecem quando faço as coisas benfeitas.	5,6	7,2	41,6	35,2	10,4	3,38	0,96
A minha relação com os meus colegas é boa.	2,4	2,4	20,0	36,0	39,2	4,07	0,95
A administração da minha empresa tem uma política clara.	8,8	18,4	49,6	20,0	3,2	2,90	0,93
As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis.	5,6	11,2	29,6	41,6	12,0	3,43	1,03
O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir. *	8,0	13,6	46,4	16,8	15,2	3,18	1,10
O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso.	4,0	8,0	21,6	36,8	29,6	3,80	1,08
O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade.	2,4	10,4	48,8	28,0	10,4	3,34	0,89
A administração da minha empresa explica bem a sua política.	8,0	23,2	51,2	12,8	4,8	2,83	0,92
A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos.	0,8	13,6	46,4	34,4	4,8	3,29	0,79
Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho.	3,2	8,8	43,2	36,0	8,8	3,38	0,89
A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.	31,2	28,8	32,8	7,2	0,0	2,16	0,95
As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis.	5,6	13,6	25,6	39,2	16,0	3,46	1,09
Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam a melhorar o meu trabalho.	3,2	8,0	36,8	42,4	9,6	3,47	0,89
O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho.	2,4	2,4	35,2	40,0	16,0	3,61	0,91
Não gosto das pessoas com quem trabalho. *	52,0	15,2	24,8	3,2	4,8	1,94	1,16
Ninguém reconhece o meu trabalho. *	36,0	26,4	31,2	4,8	1,6	2,10	1,00
Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas.	4,0	7,2	31,2	34,4	23,2	3,66	1,04
As condições de trabalho no meu serviço são boas.	4,8	8,8	33,6	41,6	11,2	3,46	0,97
Os meus colegas não me tratam bem. *	52,0	24,0	18,4	3,2	2,4	1,80	1,01

DT - discorda totalmente; DB - discorda bastante; NCND - nem concorda, nem discorda; CB - concorda bastante, CT - concorda totalmente; Item com * são invertidos para determinação dos fatores.

Na tabela 8 apresentam-se os resultados descritivos dos fatores construídos, realçando que de um modo geral obteve-se consistência interna aceitável (Alpha de Cronbach superior a 60%), com exceção do fator SFP (consistência próxima de aceitável) e do

fator SP. Contudo, manteve-se a estrutural fatorial indicada dado que está validada em Portugal e aplicada em outros estudos do género.

Relativamente aos resultados apresentados verifica-se que em termos médios nas dimensões SFP e SP os valores obtidos são inferiores aos teoricamente esperados, o que se traduz em insatisfação. Nos restantes fatores e totalidade os valores médios obtidos são ligeiramente superiores aos teóricos o que indica satisfação nestes campos. Contudo, nos fatores CFT, AH e total QST os valores médios obtidos são apenas ligeiramente superiores ao esperado

Tabela 8 - *Caracterização dos fatores do Questionário de Satisfação com o Trabalho*

Dimensões	Alpha Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Máximo Possível	Média Teórica
SFP	0,578	3	15	8,27	2,17	15	9
AH	0,752	3	15	10,55	2,52	15	9
ROTR	0,625	8	24	17,96	3,08	25	15
CFT	0,880	3	15	10,35	2,77	15	9
RC	0,771	5	20	15,99	3,21	20	12
SP	0,482	9	25	16,84	3,14	30	18
QST	0,842	45	103	79,97	11,21	120	78

2.1.5 Caracterização dos resultados obtidos para o Índice de Capacidade para o Trabalho

Na tabela 9 e figura 4 apresentam-se os resultados obtidos para as componentes que constituem o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) de acordo com o exposto na secção *Instrumento da Recolha de Dados*. Verifica-se que a quase totalidade dos enfermeiros inquiridos (91,2%; n=114) afirmou que as principais exigências da profissão são mentais e físicas. Tem-se que a maioria dos enfermeiros avalia a sua capacidade física e mental atual como boa (49,6% e 56,8%, respetivamente) ou muito boa (25,6% e 22,4%, respetivamente). Quanto à estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doença verifica-se que 37,6% da amostra (n=47) respondeu que é “capaz de realizar o trabalho, mas tem alguns sintomas” e 40,8% (n=51) afirmou não

apresentar quaisquer limitações. Tem-se ainda que a maioria dos enfermeiros em estudo (56,8%; 71) não faltou qualquer dia ao trabalho nos últimos 12 meses e 32% (n=40) faltaram no máximo 9 dias. Tem-se ainda que 79 dos enfermeiros (63,2%) afirmaram que quase de certeza que serão capazes de realizar a sua atividade daqui a dois anos, 48% da amostra (n=30) assumiu que frequentemente aprecia as atividades do dia-a-dia, e 45,6% assumiu sentir-se frequentemente ativo. Por outro lado, 41,6% (n=52) afirmaram só estarem otimistas com o futuro em algumas vezes.

Tabela 9 - Caracterização dos itens do Índice de Capacidade para o Trabalho

	Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Principais exigências	Mentais	10	8,0
	Físicas	1	0,8
	Ambas	114	91,2
	Total	125	100,0
Capacidade física atual	Fraca	4	3,2
	Moderada	27	21,6
	Boa	62	49,6
	Muito boa	32	25,6
	Total	125	100,0
Capacidade mental atual	Fraca	2	1,6
	Moderada	24	19,2
	Boa	71	56,8
	Muito boa	28	22,4
	Total	125	100,0
Estimativa do grau de incapacidade	Frequentemente tenho que abrandar...	7	5,6
	Algumas vezes tenho de abrandar.	20	16,0
	Sou capaz de realizar o meu trabalho.	47	37,6
	Não tenho limitações.	51	40,8
	Total	125	100,0
Absentismo	25 a 99 dias	5	4,0
	10 a 24 dias	9	7,2
	No máximo 9 dias	40	32,0
	Nenhum dia	71	56,8
	Total	125	100,0
Prognóstico para capacidade de trabalho	Improvável	5	4,0
	Talvez	41	32,8
	Quase de certeza	79	63,2
	Total	125	100,0
Apreciar as atividades do dia-a-dia	Nunca	2	1,6
	Raramente	5	4,0
	Algumas vezes	26	20,8
	Frequentemente	30	48,0
	Sempre	32	25,6
	Total	125	100,0
Sentir-se ativo	Raramente	2	1,6
	Algumas vezes	25	20,0
	Frequentemente	57	45,6
	Sempre	41	32,8
	Total	125	100,0
Otimista em relação ao futuro	Nunca	2	1,6
	Raramente	28	22,4
	Algumas vezes	52	41,6
	Frequentemente	31	24,8
	Sempre	12	9,6
	Total	125	100,0

Quanto à capacidade de trabalho atual comparada com a melhor capacidade observa-se que esta varia entre 3 e 10 pontos, com mediana de 8 pontos, ou seja, metade dos enfermeiros avaliou este aspeto em pelo menos 8 pontos, tais resultados traduzem uma boa capacidade atual (figura 4).

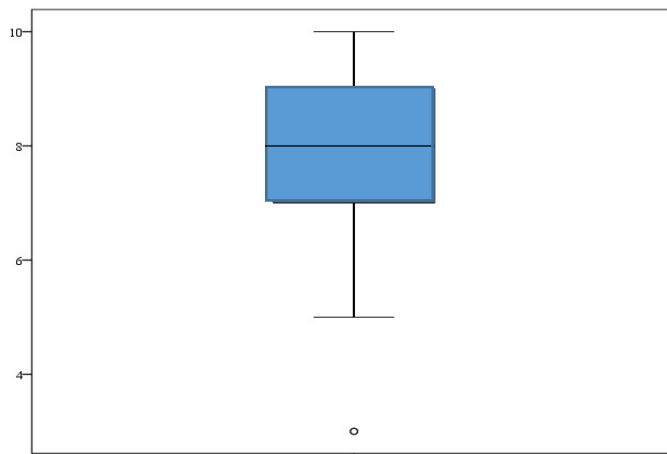


Figura 2 - Distribuição da Capacidade para o Trabalho atual comparada com o melhor

Relativamente ao número de doenças diagnosticadas pelo médico verifica-se que este foi, em média, de 1,67 doenças por enfermeiro, a partir do mínimo de 0 doenças e máximo de 8 doenças, a mediana foi de 1 doença, ou seja, metade dos enfermeiros em estudo teve no máximo uma doença diagnosticada pelo médico (figura 5).

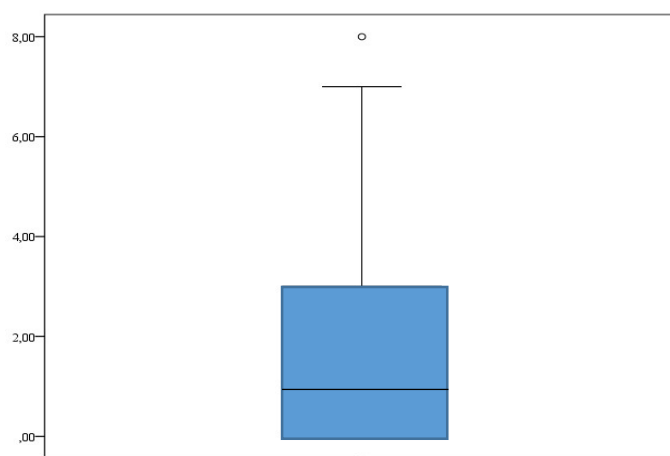


Figura 5 - Distribuição do número de doenças diagnosticadas pelo médico

Após a realização dos cálculos indicados na secção *Instrumento da Recolha de Dados* para o cálculo do ICT, obteve-se uma pontuação média de 39,3 pontos com desvio padrão de 5,59 pontos a partir do mínimo de 24 pontos e máximo de 48 pontos. A

mediana obtida foi de 40 pontos, ou seja, metade dos enfermeiros obteve ICT de pelo menos 40 pontos. Estes resultados permitem concluir que o ICT obtido foi, de modo geral, pelo menos bom. O diagrama de extremos e quartis apresentados na figura 6 confirma estas conclusões uma vez que a distribuição do ICT está essencialmente concentrada acima dos 36 pontos.

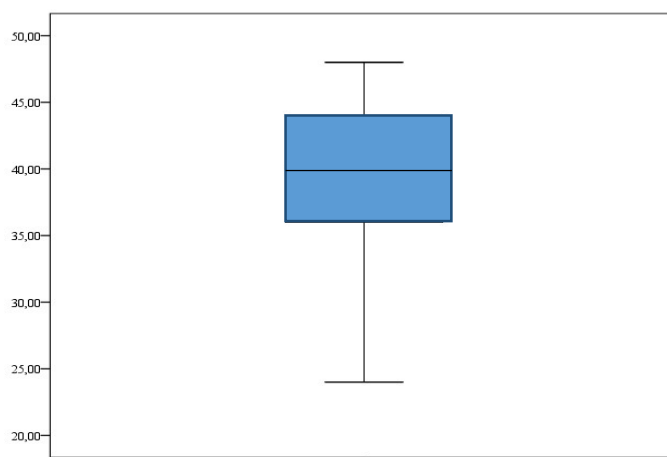


Figura 3 - Distribuição da pontuação do Índice de Capacidade para o Trabalho

Pela análise da figura 7 concluiu-se que 27% (34) dos enfermeiros apresentou *excelente capacidade para o trabalho*, 44% (55) apresentaram *boa capacidade*, 26% (26) tiveram avaliação de *capacidade moderada* e 3% (4) dos enfermeiros teve *capacidade para o trabalho pobre*.

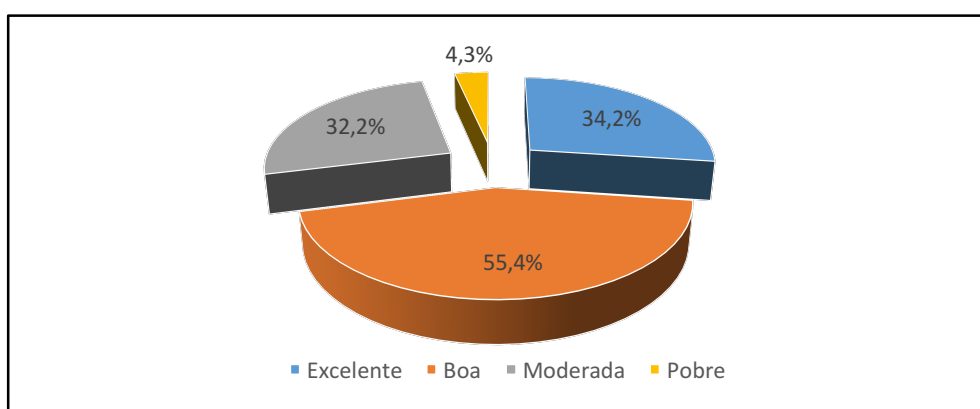


Figura 4 - Caracterização do Índice de Capacidade para o Trabalho

2.2 Inferência Estatística

2.2.1 Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função das Variáveis Sociodemográficas

Com o objetivo de inferir sobre a satisfação com o trabalho e capacidade para o trabalho em função das variáveis sociodemográficas apresentam-se na tabela 10 os resultados obtidos, sempre que possível utilizaram-se os testes paramétricos (teste t e ANOVA).

Entre o sexo e os fatores/total da satisfação com o trabalho e capacidade para o trabalho verifica-se que os *scores* obtidos são idênticos, sendo que os homens apresentam uma satisfação ligeiramente superior nos fatores: segurança com o futuro da profissão, apoio da hierarquia, condições físicas de trabalho e no índice de capacidade para o trabalho. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Relativamente idade observa-se que os resultados obtidos são similares entre os grupos, os mais novos (até 40 anos) apresentaram maior satisfação no apoio da hierarquia, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, relação com os colegas, satisfação com a profissão e no índice da capacidade para o trabalho. A um nível de significância de 5% conclui-se que as diferenças observadas no fator segurança com o futuro da profissão são estatisticamente significativas, sendo os enfermeiros com idade entre 41 e 50 anos que se distinguem dos restantes pela maior satisfação.

Quanto ao estado civil verifica-se novamente que as respostas obtidas foram muito similares entre os grupos, com uma certa tendência para os indivíduos casados ou em união de facto apresentarem uma satisfação ligeiramente superior. As diferenças observadas não apresentam relevância estatística.

Em relação a existência de filhos verifica-se, em todos os fatores da escala da satisfação com o trabalho e também no índice de capacidade para o trabalho que os enfermeiros com filhos apresentam melhores resultados. Contudo, para o nível de significância utilizado tem-se que as diferenças observadas não apresentam relevância estatística.

Nas habilitações literárias tem-se que os resultados obtidos são idênticos entre enfermeiros com diferentes graus de ensino. Registe-se que foram os enfermeiros com grau de mestre que apresentaram menores níveis médios de satisfação em todos os

fatores da escala de satisfação com o trabalho e também no índice de capacidade para o trabalho. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas. 4Em conclusão, as variáveis sociodemográficas não constituem fatores de explicação dos scores obtidos para a escala de satisfação com o trabalho nem para o índice de capacidade para o trabalho. Constatou-se que o resultado para a segurança com o futuro da profissão é significativamente diferente entre enfermeiros de faixas etárias distintas.

Tabela 10 - *Caracterização da Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função das Variáveis Sociodemográficas*

Variáveis		SFP	AH	ROTR	CFT	RC	SP	QST	ICT
Média (desvio padrão)									
Sexo	Masculino	8,50 (1,84)	11,20 (2,44)	17,60 (3,66)	11,40 (1,96)	15,40 (1,78)	15,10 (2,77)	79,20 (6,04)	39,70 (4,74)
	Feminino	8,25 (2,20)	10,50 (2,52)	17,99 (3,04)	10,26 (2,82)	16,04 (3,30)	16,99 (3,13)	80,03 (11,41)	39,26 (5,68)
	ET(vp)	-0,518 ^a (0,604)	-0,758 ^a (0,449)	-0,491 ^a (0,624)	-1,244 ^a (0,214)	-1,031 ^a (0,303)	-1,85 (0,067)	-0,225 (0,822)	-0,205 ^a (0,837)
Faixa etária	Até 40 anos (n=64)	7,97 (1,98)	10,66 (2,78)	18,08 (3,03)	10,17 (3,18)	16,13 (3,17)	17,05 (3,18)	80,05 (11,35)	40,11 (5,45)
	De 41 a 50 anos (n=49)	8,69 (2,36)	10,53 (2,12)	17,86 (3,26)	10,53 (2,31)	15,84 (3,36)	16,67 (2,94)	80,12 (11,06)	38,24 (5,67)
	Mais de 50 anos (n=12)	8,17 (2,29)	10,08 (2,75)	17,75 (2,78)	10,58 (2,31)	15,92 (2,99)	16,42 (3,82)	78,92 (11,97)	39,25 (5,74)
	ET(vp)	12,304 ^b (0,002)*	0,262 (0,770)	0,101 (0,904)	3,981 ^b (0,137)	3,919 ^b (0,141)	0,314 (0,731)	0,058 (0,944)	1,558 (0,215)
Estado civil	Solteiro/Divorciado/Viúvo (n=34)	7,88 (1,82)	10,29 (3,00)	18,18 (3,39)	9,44 (3,64)	16,32 (2,98)	16,62 (3,38)	78,74 (12,52)	38,62 (6,42)
	Casado/União de fato (n=91)	8,42 (2,28)	10,65 (2,32)	17,88 (2,97)	10,69 (2,30)	15,87 (3,29)	16,92 (3,05)	80,43 (10,71)	39,55 (5,37)
	ET(vp)	-1,229 (0,222)	-0,699 (0,486)	0,479 (0,633)	-1,867 (0,069)	0,705 (0,482)	-0,483 (0,630)	-0,750 (0,454)	-0,828 (0,409)
Tem filhos	Sim (n=98)	8,42 (2,21)	10,77 (2,35)	18,02 (3,15)	10,49 (2,67)	16,15 (3,11)	16,87 (3,11)	80,71 (10,91)	39,40 (5,37)
	Não (n=27)	7,74 (1,97)	9,78 (2,95)	17,74 (2,84)	9,85 (3,12)	15,41 (3,54)	16,74 (3,28)	77,26 (12,04)	38,93 (6,42)
	ET(vp)	-1,351 (0,177)	-1,432 (0,152)	-0,635 (0,526)	-1,245 (0,213)	-1,000 (0,317)	0,185 (0,853)	1,424 (0,157)	-0,030 (0,976)
Habilitações Literárias	Licenciatura/Pós grad. (n=58)	8,43 (1,92)	10,64 (2,74)	18,10 (3,12)	10,36 (3,12)	16,10 (3,25)	16,67 (3,22)	80,31 (11,37)	40,19 (5,60)
	Especialidade (n=42)	8,19 (2,11)	10,81 (2,04)	17,93 (2,92)	10,57 (2,33)	16,26 (2,85)	16,62 (2,85)	80,38 (9,61)	38,64 (5,46)
	Mestrado (n=25)	8,04 (2,81)	9,92 (2,69)	17,68 (3,35)	9,96 (2,68)	15,28 (3,67)	17,60 (3,409)	78,48 (13,46)	38,32 (5,70)
	ET(vp)	0,891 ^b (0,641)	1,043 (0,355)	0,166 (0,847)	0,377 (0,686)	0,940 ^b (0,625)	0,921 (0,401)	0,273 (0,762)	1,418 (0,246)

Nota: SFP – Segurança com o futuro da profissão; AH – Apoio da hierarquia; ROTR – Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado; CFT – Condições físicas do trabalho; RC – Relação com colegas; SP – Satisfação com a profissão; QST – Questionário de Satisfação com o Trabalho; ICT - Índice de capacidade para o trabalho. * Diferenças estatisticamente significativas. a- utilização teste não paramétrico Mann-Whitney; b - utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

2.2.2 Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função das Variáveis Profissionais

Com o objetivo de inferir sobre a satisfação com o trabalho e capacidade para o trabalho em função das variáveis profissionais apresentam-se na tabela 11 os resultados obtidos, sempre que possível utilizaram-se os testes paramétricos (t e ANOVA). Da análise da relação entre a categoria profissional e os fatores/total da satisfação e índice de capacidade para o trabalho tem-se que, de modo geral, são os enfermeiros que apresentam melhores resultados face os enfermeiros graduados e especialistas/chefes. Contudo, para o nível de significância utilizado as diferenças observadas não apresentam relevância estatística. Relativamente ao local de trabalho (caraterização apresentada anteriormente na figura 2) foi necessário agrupar as localidades por proximidade geográfica de forma a possibilitar uma análise consistente, uma vez que algumas localidades apresentavam poucas observações. Consideram-se quatro grupos: Bragança e Vinhais (grupo 1); Macedo de Cavaleiros, Vila Flor e Carraceda de Ansiães (grupo 2); Torre de Moncorvo e Freixo de Espada à Cinta (grupo 3); Mirandela, Mogadouro, Vimioso, Miranda do Douro e Alfândega da Fé (grupo 4). Da análise da relação entre o local de trabalho e os fatores/total da satisfação e índice de capacidade para o trabalho encontrou-se uma relação estatisticamente significativa para com a dimensão Condições físicas do trabalho e para com o Índice de capacidade para o trabalho, onde se destacam respetivamente os enfermeiros que trabalham no grupo 4 e 3, pois apresentam melhores pontuações.

No tipo de horário verifica-se que os enfermeiros que trabalham por turnos estavam, de modo geral, mais satisfeitos em todos os fatores abordados pela escala de satisfação com o trabalho, assim como apresentavam maior valor médio para o índice de capacidade para o trabalho. Porém, as diferenças observadas não são estatisticamente relevantes, com exceção do fator segurança com o futuro da profissão.

Os resultados obtidos para os fatores e total da escala de satisfação com o trabalho e índice de capacidade para o trabalho em função do tempo exercício da profissão verifica-se que foram os enfermeiros com menos tempo de exercício (até 10 anos) e os enfermeiros com mais tempo de exercício (mais de 20 anos) que apresentaram scores médios mais elevados. Na segurança com o futuro da profissão, assim como no índice

de capacidade para o trabalho concluiu-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Pela aplicação das comparações múltiplas em cada caso concluiu-se que na segurança com o futuro da profissão são os enfermeiros com mais de 20 anos de prática que se distinguem dos enfermeiros com 11 a 20 anos de exercício. No índice de capacidade para o trabalho são os enfermeiros com menos prática (até 10 anos) que se distinguem significativamente dos enfermeiros com 11 a 20 anos de exercício da profissão, apresentando valor médio significativamente mais elevado.

Os resultados obtidos no tempo de exercício na categoria para cada fator, totalidade da escala e índice de capacidade para o trabalho são idênticos entre enfermeiros com tempos de exercícios diferentes. Destaca-se que os níveis de satisfação e capacidade para o trabalho diminuem com o aumento do tempo de exercício na categoria. Contudo, ao nível de significância considerada tem-se que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Em conclusão, os resultados obtidos para a escala de satisfação com o trabalho e índice de capacidade para o trabalho não apresentam diferenças significativas na categoria da profissão e no tempo de exercício na categoria. Para o tipo de horário e para o tempo de exercício da profissão as diferenças observadas na satisfação com futuro da profissão e no índice de capacidade para o trabalho foram estatisticamente significativas.

Tabela 11 - Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função das Variáveis Profissionais

Variáveis		SFP	AH	ROTR	CFT	RC	SP	QST	ICT
Média (desvio padrão)									
Categoria	Enfermeiro (n=40)	8,50 (2,09)	10,73 (2,41)	18,20 (3,17)	11,08 (3,15)	16,80 (2,98)	16,65 (3,40)	81,95 (11,08)	40,60 (5,30)
	Enfermeiro Graduado (n=48)	8,00 (1,82)	10,50 (2,86)	17,52 (2,99)	9,79 (2,56)	15,35 (3,26)	16,69 (3,32)	77,85 (10,19)	38,81 (5,68)
	Enfermeiro Especialista/chefe (n=37)	8,38 (2,65)	10,43 (2,19)	18,27 (3,11)	10,30 (2,49)	15,95 (3,26)	17,24 (2,59)	80,57 (12,38)	38,51 (5,68)
	ET(vp)	0,638 (0,530)	0,145 (0,866)	0,796 (0,454)	2,397 (0,095)	5,136 ^b (0,077)	0,432 (0,650)	0,432 (0,650)	1,546 (0,217)
Local de trabalho	Grupo 1 (n=38)	7,66 (2,20)	10,11 (2,56)	17,45 (2,86)	9,34 (2,76)	15,45 (3,37)	16,66 (2,50)	76,66 (10,18)	38,13 (5,57)
	Grupo 2 (n=31)	8,42 (1,82)	11,03 (2,50)	18,42 (2,78)	10,90 (2,40)	16,03 (2,82)	16,84 (3,50)	81,65 (10,03)	40,74 (5,72)
	Grupo 3 (n=10)	8,40 (1,51)	10,60 (2,63)	17,70 (2,58)	9,80 (1,55)	16,50 (3,57)	15,30 (4,11)	78,30 (7,44)	42,80 (2,97)
	Grupo 4 (n=46)	8,65 (2,42)	10,55 (2,52)	18,13 (3,53)	10,93 (3,02)	16,30 (3,28)	17,33 (3,10)	81,93 (12,92)	38,52 (5,28)
	ET(vp)	5,004 ^b (0,171)	0,776 (0,510)	0,647 (0,587)	3,037 (0,032)*	0,590 (0,623)	1,222 (0,305)	1,925 (0,129)	2,980 (0,034)*
Tipo horário	Fixo (n=93)	8,03 (2,31)	10,42 (2,61)	17,94 (3,21)	10,14 (2,93)	15,78 (3,30)	16,88 (3,05)	79,19 (11,77)	38,78 (5,66)
	Por turnos (n=32)	8,97 (1,51)	10,94 (2,21)	18,03 (2,71)	10,97 (2,18)	16,59 (2,89)	16,72 (3,43)	82,22 (9,18)	40,78 (5,19)
	ET(vp)	-2,606 (0,011)*	-1,005 (0,317)	-0,151 (0,880)	-1,465 (0,146)	-1,233 (0,220)	0,253 (0,801)	-1,321 (0,181)	-1,321 (0,081)
Tempo de exercício	Até 10 anos (n=27)	8,70 (2,07)	10,59 (2,59)	18,41 (2,55)	11,19 (3,14)	16,67 (3,40)	17,37 (3,35)	82,93 (10,48)	41,67 (4,50)
	De 11 a 20 anos (n=67)	7,72 (1,97)	10,63 (2,51)	17,40 (3,16)	9,99 (2,74)	15,51 (3,27)	16,64 (3,09)	77,88 (11,28)	38,54 (5,60)
	Mais de 20 anos (n=31)	9,10 (2,39)	10,35 (2,54)	18,77 (3,17)	10,42 (2,41)	16,45 (2,80)	16,81 (3,08)	81,90 (11,06)	38,87 (6,02)
	ET(vp)	12,30 ^b (0,002)*	0,127 (0,881)	2,528 (0,084)	1,837 (0,164)	1,700 (0,187)	0,518 (0,597)	2,633 (0,076)	3,247 (0,042)*
Tempo exercício na categoria	Até 10 anos (n=63)	8,43 (2,25)	10,73 (2,33)	18,19 (3,07)	10,40 (3,14)	16,57 (3,28)	17,32 (3,27)	81,63 (11,56)	40,08 (5,50)
	De 11 a 20 anos (n=54)	7,98 (2,04)	10,46 (2,73)	17,89 (2,90)	10,31 (2,33)	15,48 (3,00)	16,31 (3,08)	78,44 (10,58)	38,89 (5,05)
	Mais de 20 anos (n=8)	9,00 (2,39)	9,75 (2,55)	16,63 (4,24)	10,25 (2,76)	14,88 (3,52)	16,63 (1,85)	77,13 (11,89)	35,88 (8,54)
	ET(vp)	1,098 (0,337)	0,594 (0,554)	0,943 (0,392)	0,426 ^b (0,808)	5,888 ^b (0,053)	1,520 (0,223)	1,464 (0,235)	3,048 ^b (0,218)

Nota: SFP – Segurança com o futuro da profissão; AH – Apoio da hierarquia; ROTR – Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado; CFT – Condições físicas do trabalho; RC – Relação com colegas; SP – Satisfação com a profissão; QST – Questionário de Satisfação com o Trabalho; ICT - Índice de capacidade para o trabalho. * Diferenças estatisticamente significativas. a- utilização teste não paramétrico Mann-Whitney; b - utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Grupo 1 - Bragança e Vinhais; Grupo 2 - Macedo, Vila Flor e Carrazeda de Ansiães; Grupo 3 - Torre de Moncorvo e Freixo de Espada à Cinta; Grupo 4 - Mirandela, Mogadouro, Vimioso, Miranda e Alfândega da Fé;

2.2.3 Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função da Satisfação do Enfermeiro

Com o objetivo de inferir sobre a satisfação com o trabalho e capacidade para o trabalho em função da satisfação do enfermeiro com o vencimento e reconhecimento apresentam-se na tabela 12 os resultados obtidos, sempre que possível utilizaram-se os testes paramétricos (t e ANOVA). Da análise realizada concluiu-se que os *scores* médios obtidos nos fatores e totalidade da escala satisfação com o trabalho assim como no índice de capacidade para o trabalho aumentam a satisfação com o vencimento. As diferenças são estatisticamente significativas no fator segurança com o futuro da profissão, satisfação com a profissão e totalidade da escala da satisfação. Através das comparações múltiplas conclui-se que na segurança com o futuro da profissão foram os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o vencimento que se distinguem dos restantes, na satisfação no trabalho e na totalidade da escala concluiu-se que foram os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o vencimento que se distinguiram dos enfermeiros que estavam pelo menos satisfeitos com o vencimento

Na existência de conflitos no local de trabalho conclui-se que estes não formam um fator determinante da satisfação com o trabalho nem do índice de capacidade para o trabalho.

No que concerne à satisfação com o reconhecimento da profissão verifica-se que, de modo geral, os enfermeiros que mais estavam satisfeitos com o reconhecimento da profissão apresentavam os resultados mais expressivos nos fatores e total da escala de satisfação com o trabalho, assim como para o índice de capacidade para o trabalho. Nos fatores: reconhecimento pelos outros do trabalho realizado e satisfação com a profissão, assim como na totalidade da escala de satisfação com o trabalho, as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Pela realização das comparações múltiplas concluiu-se que no reconhecimento pelo trabalho realizado foram os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o reconhecimento que se distinguiram pelo baixo score médio dos enfermeiros satisfeito ou pelo menos bastante satisfeitos com o reconhecimento. No fator satisfação com a profissão e total da escala da satisfação

foram os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o reconhecimento que se distinguiram dos enfermeiros pelo menos bastante satisfeitos com o reconhecimento da profissão.

Relativamente à prática de funções de gestão tem-se que os enfermeiros que as executam apresentam, de modo geral, valores médios de satisfação mais elevados nos fatores da escala e total da escala, assim como no índice de capacidade para o trabalho. As diferenças observadas na segurança com o futuro da profissão e totalidade da escala de satisfação com o trabalho são estatisticamente significativas.

Os enfermeiros que afirmaram que se voltassem ao início escolheriam a mesma profissão apresentaram *scores* médios de satisfação mais elevados e também maior nível médio de índice de capacidade para o trabalho. As diferenças observadas são estatisticamente significativas nos fatores: segurança no futuro da profissão, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, satisfação com a profissão e totalidade da satisfação com o trabalho.

Em conclusão, a satisfação com o vencimento, com o reconhecimento, a prática de funções de gestão e o manter a vontade de ser enfermeiro foram determinantes nos resultados obtidos para a escala de satisfação com o trabalho. No caso do índice de capacidade para o trabalho não se verificam diferenças significativas das variáveis analisadas.

Tabela 12 - Caracterização da Satisfação com o Trabalho e Capacidade para o Trabalho em função da Satisfação do enfermeiro

Variáveis		SFP	AH	ROTR	CFT	RC	SP	QST	ICT
Média (desvio padrão)									
Satisfação com vencimento	Totalmente insatisfeito (n=67)	7,32 (2,28)	10,46 (2,87)	17,52 (3,22)	10,16 (2,78)	15,87 (3,50)	16,12 (2,83)	77,75 (11,62)	38,91 (5,93)
	Insatisfeito (n=47)	8,87 (1,75)	10,49 (2,08)	18,45 (2,84)	10,26 (2,91)	15,94 (2,92)	17,36 (3,39)	81,36 (10,08)	39,40 (5,19)
	Pelo menos satisfeito (n=11)	9,73 (1,79)	11,36 (1,86)	18,55 (3,01)	11,91 (1,64)	17,00 (2,45)	19,00 (2,53)	87,55 (9,62)	41,18 (5,19)
	ET(vp)	14,43 ^b (0,001)*	1,362 ^b (0,506)	1,475 (0,233)	1,944 (0,148)	1,034 ^b (0,596)	5,387 (0,006)*	4,427 (0,014)*	0,791 (0,456)
Existem conflitos	Sim (n=49)	8,59 (2,47)	10,18 (2,64)	18,12 (3,39)	10,20 (3,12)	15,69 (2,99)	16,65 (3,40)	79,45 (12,69)	38,67 (5,39)
	Não (n=76)	8,07 (1,94)	10,79 (2,42)	17,86 (2,88)	10,45 (2,54)	16,18 (3,34)	16,96 (2,97)	80,30 (10,21)	39,70 (5,72)
	ET(vp)	1,326 (0,187)	-1,318 (0,190)	0,472 (0,638)	-0,477 (0,634)	-0,834 (0,406)	-0,534 (0,594)	-0,414 (0,679)	-1,00 (0,319)
Satisfeito com reconhecimento	Totalmente insatisfeito (n=20)	7,20 (2,48)	10,25 (2,51)	15,95 (3,78)	9,60 (3,50)	15,70 (2,79)	15,00 (2,79)	73,70 (12,23)	38,30 (6,99)
	Insatisfeito (n=47)	8,21 (1,99)	10,89 (2,34)	18,13 (2,64)	10,74 (2,53)	16,55 (3,24)	17,02 (2,82)	81,55 (9,42)	39,02 (6,08)
	Satisfeito (n=46)	8,70 (2,29)	10,26 (2,64)	18,24 (2,81)	10,20 (2,66)	15,57 (2,95)	17,04 (3,35)	80,00 (11,34)	40,00 (4,48)
	Pelo menos bastante satisfeito (n=12)	8,67 (1,72)	10,83 (2,82)	19,58 (3,18)	10,67 (2,81)	15,92 (2,68)	18,42 (2,97)	84,08 (12,65)	39,33 (5,18)
	ET(vp)	2,434 (0,068)	0,635 (0,594)	4,475 (0,005)*	0,902 (0,443)	3,062 ^b (0,382)	3,644 (0,015)*	3,087 (0,030)*	0,596 ^b (0,897)
Funções de gestão	Sim (n=23)	9,74 (2,16)	10,26 (1,96)	18,96 (3,55)	11,09 (2,19)	16,35 (3,50)	17,78 (3,03)	84,17 (12,96)	38,83 (5,65)
	Não (n=102)	7,94 (2,04)	10,62 (2,63)	17,74 (2,93)	10,19 (2,87)	15,91 (3,15)	16,63 (3,13)	79,02 (10,61)	39,40 (5,60)
	ET(vp)	-3,635 ^a (0,000)*	-0,842 ^a (0,400)	-1,856 ^a (0,063)	-1,606 ^a (0,108)	-0,805 ^a (0,421)	1,606 (0,111)	-2,270 ^a (0,023)*	-0,556 ^a (0,578)
Escolheria a mesma profissão	Sim (n=92)	8,65 (2,12)	10,53 (2,54)	18,41 (2,97)	10,48 (2,78)	16,17 (2,99)	17,41 (2,98)	81,66 (10,57)	39,39 (5,47)
	Não (n=33)	7,21 (1,96)	10,61 (2,47)	16,70 (3,06)	10,00 (2,78)	15,48 (3,76)	15,24 (3,04)	75,24 (11,73)	30,03 (5,99)
	ET(vp)	3,0405 (0,001)*	-0,143 (0,886)	2,824 (0,006)*	0,849 (0,398)	1,060 (0,291)	3,570 (0,001)*	2,907 (0,004)*	0,317 (0,752)

Nota: SFP – Segurança com o futuro da profissão; AH – Apoio da hierarquia; ROTR – Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado; CFT – Condições físicas do trabalho; RC – Relação com colegas; SP – Satisfação com a profissão; QST – Questionário de Satisfação com o Trabalho; ICT - Índice de capacidade para o trabalho. * Diferenças estatisticamente significativas. a- utilização teste não paramétrico Mann-Whitney; b - utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

2.2.4 Relação entre a Satisfação com o Trabalho e a Capacidade para o Trabalho

Visando inferir sobre a relação entre a satisfação com o trabalho e a capacidade para o trabalho determinou-se o coeficiente de correlação de Pearson que se apresenta na tabela 13. Por análise da referida tabela concluiu-se que o índice de capacidade para o trabalho está significativamente correlacionado a 1% com o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, condições físicas de trabalho, relação com os colegas e totalidade da satisfação com o trabalho. Estes coeficientes de correlação são positivos, ou seja, a correlação que medem é no sentido direto, portanto o aumento da satisfação induz o aumento do índice de capacidade para o trabalho, embora a intensidade da relação seja fraca. O índice de capacidade para o trabalho está correlacionado significativamente a 5% com o apoio da hierarquia.

Tabela 13 - *Correlação entre os fatores da Satisfação com o Trabalho e o Índice de Capacidade para o Trabalho*

Variável	Coefficiente de correlação com variável ICT
SFP	0,094
AH	0,177*
ROTR	0,307**
CFT	0,221**
RC	0,287**
SP	-0,059
QST	0,245**

Nota: SFP– Segurança com o futuro da profissão; AH – Apoio da hierarquia; ROTR – Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado; CFT – Condições físicas do trabalho; RC – Relação com colegas; SP – Satisfação com a profissão; QST – Questionário de Satisfação com o Trabalho; ICT - Índice de capacidade para o trabalho * Significativo a 5%; ** Significativo a 1%

3. Discussão dos Resultados

Após a apresentação e análise dos resultados, passaremos à sua discussão realçando os dados mais significativos e confrontando-os com os resultados de outros estudos já efetuados.

Foi inquirida uma amostra de 125 enfermeiros, sendo 8% (n=10) do sexo masculino e 92% (n=115) do sexo feminino. A idade média obtida foi 40,65 anos com desvio padrão de 6,86 anos a partir do mínimo de 21 anos e máximo de 57 anos. Da análise da relação entre o sexo e a satisfação com o trabalho/capacidade para o trabalho verifica-se que os *scores* obtidos são idênticos, sendo que os homens apresentam uma satisfação ligeiramente superior. Os nossos resultados atestam os resultados obtidos por Ribeiro (2002), Tavares (2008) e Fernandes (2011) os quais verificaram que os homens apresentam um nível de satisfação mais elevado. Pese embora a amostra ser maioritariamente feminina (92.0%), tal fato pode ser explicado porque em enfermagem o número de mulheres continua a ser superior ao dos homens. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na literatura, que regista o predomínio do sexo feminino entre os profissionais da área de enfermagem (OE, 2010).

Na idade observa-se que os enfermeiros mais novos, até 40 anos, apresentaram maior satisfação no apoio da hierarquia, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, relação com os colegas, satisfação com a profissão e no ICT. Estes resultados não vão de encontro aos obtidos por Krumm (2005), que mostraram que a satisfação profissional aumenta com a idade. Na mesma linha de pensamento encontra-se Robbins (2005) que revela uma associação positiva entre a idade e a satisfação.

Quanto ao estado civil verifica-se tendência para os indivíduos casados ou em união de facto apresentarem uma satisfação ligeiramente superior. Resultados que não vão de encontro aos obtidos por Pereira (2010) que refere que embora não existindo diferenças significativas, são os solteiros que apresentam uma média de satisfação mais elevada.

Os enfermeiros com filhos na escala da satisfação com o trabalho e também no ICT apresentam melhores resultados. Estes resultados não vão de encontro aos resultados apresentados por Silva (2007). Nas habilitações literárias os resultados obtidos são idênticos entre enfermeiros com diferentes graus de ensino. Registe-se que foram os

enfermeiros com grau de mestre que apresentaram menores níveis médios de satisfação em todos os fatores da escala de satisfação com o trabalho e também no ICT, concluindo-se assim que os nossos resultados não vão de encontro ao estudo realizado por Francês (1984) que defende que os indivíduos com um nível mais elevado de instrução apresentam também níveis mais elevados de satisfação. Também Golubic *et al.*, (2009) demonstrou que por via de estudos realizados, que um maior nível de escolaridade tem efeitos positivos sobre a preservação de uma boa capacidade para o trabalho.

Tendo por base a relação entre o local de trabalho e os fatores/total da satisfação e índice de capacidade para o trabalho encontrou-se uma relação estatisticamente significativa para com a dimensão condições físicas do trabalho e para com o índice de capacidade para o trabalho, onde se destacam respetivamente os enfermeiros que trabalham no grupo 4 (Mirandela, Mogadouro, Vimioso, Miranda do Douro e Alfândega da Fé) e no grupo 3 (Torre de Moncorvo e Freixo de Espada à Cinta), pois apresentam melhores pontuações. Relativamente à satisfação profissional, os resultados do nosso estudo não vão de encontro aos obtidos por Moura (2012).

Da relação entre tipo de horário e a escala de satisfação com o trabalho os enfermeiros que trabalham por turnos estavam, de modo geral, mais satisfeitos, apresentando maior valor médio para o ICT, visão subscrita por Robbins (1999), quando este afirma que várias organizações introduziram opções de horário de trabalho alternativas como uma maneira de melhorar a motivação, a produtividade e a satisfação no emprego.

Dos resultados obtidos que relacionam a escala de satisfação com o Trabalho e ICT em função do tempo de exercício da profissão verifica-se que os enfermeiros com menos tempo de exercício (até 10 anos) apresentaram maior satisfação. Pereira (2010) defende uma correlação negativa com o tempo de serviço, ou seja a um aumento do tempo de serviço corresponde a uma menor satisfação, o que é corroborado por Fernandes (2011).

Na segurança com o futuro da profissão são os enfermeiros com mais de 20 anos de prática que se distinguem dos enfermeiros com 11 a 20 anos de exercício. No ICT são os enfermeiros com menos prática (até 10 anos) que se distinguem significativamente dos enfermeiros com 11 a 20 anos de exercício da profissão. Bellusci e Fischer (1999)

observaram também que quanto maior o tempo de serviço maior o risco de ter ICT baixo ou moderado.

No fator segurança com o futuro da profissão, satisfação com a profissão e totalidade da escala da satisfação, conclui-se que na segurança com o futuro da profissão foram os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o vencimento que se distinguem dos restantes, na satisfação no trabalho e que os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o vencimento distinguiram-se dos enfermeiros que estavam pelo menos satisfeitos com o vencimento. Embora Michel (1992), sugira que o salário desempenha um papel mínimo no nível de satisfação geral, comparado aos fatores intrínsecos da tarefa, Thurman (1997), citado pelo mesmo autor, num artigo intitulado “A satisfação no trabalho: perspectiva internacional” constata que o desejo de uma promoção é quase universalmente mais valorizado do que o de uma melhoria do salário ou de outros aspetos do emprego.

Relativamente à eventual existência de conflitos no local de trabalho concluiu-se que estes não formam um fator determinante da satisfação com o trabalho nem do ICT, resultados que estão em sintonia com os encontrados nos estudos de Pereira (2010) e Fernandes (2011).

Na satisfação com o reconhecimento da profissão, os enfermeiros mais satisfeitos com o reconhecimento da profissão apresentavam os resultados mais expressivos da escala de satisfação com o trabalho, assim como para o ICT. No reconhecimento pelo trabalho realizado foram os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o reconhecimento que se distinguiram pelo baixo *score* médio dos enfermeiros satisfeitos ou pelo menos bastante satisfeitos com o reconhecimento da profissão. Resultados semelhantes aos obtidos por Dejours (2000), que refere que nada é mais justo do que o trabalho ser reconhecido, pois quando passa despercebido, ou é negado pelos outros, pode levar ao sofrimento ou à insatisfação.

Na prática de funções de gestão os enfermeiros que as executam apresentaram, de modo geral, valores de satisfação mais elevados, assim como no índice de capacidade para o trabalho. As diferenças observadas na segurança com o futuro da profissão e totalidade da escala de satisfação com o trabalho são estatisticamente significativas. Aos mesmos

resultados chegou Pereira (2010) e Meireles (2010) que referem, os profissionais que possuem funções de gestão, encontram-se mais satisfeitos.

Os enfermeiros que afirmaram que se voltassem ao início escolheriam a mesma profissão apresentaram níveis de satisfação mais elevados e também maior nível médio de ICT. No que diz respeito à satisfação profissional as diferenças observadas são estatisticamente significativas nos fatores: segurança no futuro da profissão, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, satisfação com a profissão e totalidade da satisfação com o trabalho.

Verificou-se que dos enfermeiros inquiridos as principais exigências da profissão são mentais e físicas. A maioria dos enfermeiros avalia a sua capacidade física e mental atual como boa. Segundo as normas para interpretação dos resultados do ICT, a maioria dos inquiridos possui boa 44% ou excelente 27% capacidade para o trabalho. De referir que a escala era pontuada de 0 (incapacidade total) a 10 (capacidade máxima). Referem também possuir boa capacidade de trabalho em relação às exigências físicas 49,6% dos inquiridos, para as exigências mentais, 56,8% dizem possuir boa capacidade de trabalho. Os resultados deste estudo vão de encontro ao estudo realizado por Fernandes (2011).

Camerino (2008) considera que uma capacidade para o trabalho satisfatória é sustentada e promovida pela boa saúde física e mental e por condições favoráveis de trabalho.

Conclusões/Sugestões

Pela análise dos estudos obtidos concluiu-se que as variáveis sociodemográficas não constituem fatores de explicação dos *scores* obtidos para a escala de satisfação com o trabalho nem para ICT, em que apenas se observou que o resultado para a segurança com o futuro da profissão é significativamente diferente entre enfermeiros de faixas etárias distintas.

A categoria da profissão e o tempo de exercício na categoria não interferem, significativamente, nos resultados obtidos para a escala de satisfação com o trabalho e ICT. O tipo de horário e o tempo de exercício da profissão têm uma influência significativa, a satisfação com futuro da profissão e o ICT, também foram afetados de forma expressiva pelo tempo de exercício da profissão.

A satisfação com o vencimento, a satisfação com o reconhecimento, a prática de funções de gestão e o manter a vontade de ser enfermeiro foram determinantes nos resultados obtidos para a escala de satisfação com o trabalho. No caso do ICT não houve predomínio significativo das variáveis analisadas.

No que diz respeito à Escala de Satisfação com o Trabalho e ICT, concluiu-se que:

- A segurança com o futuro da profissão é significativamente diferente entre enfermeiros de faixas etárias distintas.
- O tipo de horário e o tempo de exercício da profissão afetam significativamente a satisfação com o futuro da profissão. O tempo de exercício da profissão afeta também o ICT.

As diferenças observadas são estatisticamente significativas nos fatores:

- Segurança no futuro da profissão, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, satisfação com a profissão e totalidade da satisfação com o trabalho.

O aumento da satisfação induz o aumento do ICT, embora a intensidade da relação seja fraca.

Concluiu-se que 27% (34) dos enfermeiros apresentou excelente capacidade para o trabalho, 44% (55) apresentaram boa capacidade, 26% (32) tiveram avaliação de capacidade moderada e 3% (4) dos enfermeiros teve capacidade para o trabalho pobre.

Pelos resultados obtidos, observa-se que a maioria dos enfermeiros estava totalmente insatisfeito 53,6% (67) ou bastante insatisfeito 37,6% (47).

Podemos concluir em relação as hipóteses de investigação:

H1 – A Satisfação profissional dos enfermeiros dos CSP da ULSNE é diferente segundo as variáveis sociodemográficas, profissionais.

As variáveis sociodemográficas não constituem fatores de explicação dos *scores* obtidos para a escala de satisfação com o trabalho.

O tipo de horário e o tempo de exercício da profissão interferem significativamente com a satisfação com futuro da profissão.

H2 – A capacidade para o trabalho dos enfermeiros dos CSP da ULSNE é diferente segundo as variáveis sociodemográficas, profissionais.

Segundo análise dos resultados os enfermeiros apresentaram excelente capacidade para o trabalho, mesmo verificando-se que os inquiridos afirmaram que as principais exigências da profissão são mentais e físicas, sendo os mais novos com maior capacidade, logo existe relação entre a variável dependente (ICT) e as variáveis independentes.

H3 – Há relação entre a satisfação profissional e a capacidade para o trabalho nos enfermeiros dos CSP da ULSNE.

Os coeficientes de correlação significativos são positivos, ou seja, a correlação que medem é no sentido direto, portanto o aumento da satisfação induz o aumento do ICT, embora a intensidade da relação seja fraca.

Segundo os dados obtidos, concluiu-se que há relação entre a satisfação profissional e a capacidade para o trabalho dos enfermeiros dos CSP da ULSNE.

Sugere-se que os futuros estudos tenham em consideração as limitações do presente trabalho, pelo que se propõe, uma amostra maior, comparando os enfermeiros dos CSP com os enfermeiros que exerceram funções em cuidados hospitalares.

De acordo com Tuomi (1999), os indivíduos com “pobre” capacidade para o trabalho necessitam de medidas urgentes para restaurar (reinstate) a mesma, bem como avaliações adicionais periódicas. Para os trabalhadores com “moderada” capacidade para o trabalho, deverão ser implementadas medidas para aumentar ou melhorar (improve). Aos trabalhadores que possuem uma “boa” capacidade para o trabalho devem ser fornecidas instruções acerca de como a podem manter (support) e impedir que esta diminua. Os que possuem “excelente” capacidade para o trabalho devem prevenir eventuais prejuízos nessa capacidade (maintain), recebendo informação sobre os fatores relacionados com o trabalho e estilo de vida que podem manter ou pôr em risco as suas capacidades.

Considera-se ter atingido os objetivos que foram propostos para a realização deste estudo, e espera-se ter dado um bom contributo acerca da satisfação profissional e capacidade para o trabalho dos enfermeiros, e da importância da intervenção no sentido de prevenir ou diminuir a satisfação/incapacidade provocada pelos efeitos do trabalho, quer através de estratégias individuais adotadas quer através do envolvimento das instituições na implementação de medidas, com vista à melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros, que promovam a satisfação profissional e capacidade para o trabalho e conseqüentemente melhorem a qualidade de vida dos trabalhadores e os cuidados prestados aos utentes.

Referências Bibliográficas

- Adams, J. S. (1965). *Inequity in social exchanges*, em L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nurs Outlook*, 50, 187-194.
- Aittomäki, A., Lahelma, E., & Roos, E. (2003). Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 29 (2), 159-165.
- Angerami, E., Gomes, D., & Mendes, I. (2000). Estudo da Permanência dos Enfermeiros no Trabalho. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 8(5), 52-57.
- Atun R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications.
- Barros, C., & Cunha, L. (2010). INSAT 2010 -Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*, 2, 19-26.
- Batista, A., Vieira, M., Cardoso, N. & Carvalho, G. (2005). Fatores de Motivação e insatisfação no trabalho do Enfermeiro. *Esc Enfermagem USP*, 39 (1), 85-91.
- Bellusci, S.M., & Fischer, F. M. (1999). Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Revista de Saúde Pública*, 33 (6), 602-609.
- Bellusci, S.M. (2003). *Envelhecimento funcional e capacidade para o trabalho em servidores forenses*. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Camerino, D., Conway, P.M., Sartori, S., Campanini, P., Estry-Béhar, M., van der Heijden, B.I., & Costa, G. (2008). Factors affecting work ability in day and shiftworking nurses. *Chronobiol Int.*, 25 (2), 425-442.

- Campbell, P. B. (1982). *Job satisfaction-antecedents and associations*. Columbus: National Center for Research of Vocational Education.
- Carneiro, R. (coord.) (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade, Relatório Final*. Lisboa: FCT.
- Chiavenato, I. (1999). *Comportamento Organizacional*. Administração de Recursos Humanos: fundamentos básicos. São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (2000). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato, I. (2005). *Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das Organizações*. Lisboa: Editora Campus.
- Comissão Europeia (2007). *Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho: estratégia comunitária para a segurança e a saúde no trabalho 2007-2012*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82
- Costa, A.F.R.P. (2008). *Contributo para o estudo da relação entre o índice de capacidade para o trabalho, o envelhecimento e a ergonomia*. Dissertação Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Costa, I. M. A. R. (2009). *Trabalho por Turnos, Saúde e Capacidade para o Trabalho dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Ocupacional.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 7 de outubro de 2013.
- Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro estabelece o regime legal que vai permitir a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no

Ministério da Saúde e Assistência, de acordo com o estabelecido no n.º 2 do artigo 63.º do seu diploma orgânico.

Dejours, C. (2000). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2003-2016). Porto: Porto Editora. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/satisfação>.

Fernandes, A.M.P.S. (2011). *Capacidade para o trabalho e perturbações cronobiológicas em enfermeiros a trabalhar por turnos*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade da Extremadura, Badajoz.

Ferreira, P. A. (2001). Satisfação profissional dos Enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra. *Revista Investigação em Enfermagem*, (4), 20-28.

Fischer, F.M., Borges, F.N.S., Rotenberg, L., Latorre, M.R., Soares, N.S., Rosa P.L.F. (2006). Work ability of health care shift workers: what matters? *Chronobiol Int*, 23 (6), 1165-1179.

Fischer, F.M., Borges, N.S., Rotenberg, L., Latorre, M.R.D.O., Soares, N.S., Rosa, P.L.F.S., (2005). A (in) capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Bras. Med. Trabalho*, 3 (2), 97-103.

Fonseca, S. (2012). *Capacidade para o Trabalho dos Enfermeiros Relacionada com a Idade*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, submetida à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Fontes, H. I. C. (2009). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros – Que Realidade? Serviço de Cuidados Intensivos versus Serviço de Medicina*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Francès, R. (1984). *Satisfação no trabalho e no emprego*. Porto: Rés.

- Freitas, L. C. (2008). *Manual de Segurança e Saúde do Trabalho*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Garrido, A. F. (2004). O Enfermeiro e a Identidade Profissional. *Nursing*, (192), 34-37.
- Golubic, R., Milosevic, M., Knezevic, B., & Mustajbegovic, J. (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *J Adv Nurs*, 65(10), 2056-2066.
- Graça, L. (1999). A satisfação profissional: O melhor do SNS é nós. *Mundo Médico*. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos26.html>, consultado a 02-01-2016.
- Herzberg, F. (1969). *Work and the nature of man*. Cleveland: World Publishing.
- Hilleshein, E. F. (2011). *Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário: interface entre o pessoal, o laboral e a promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/28457>, consultado a 05-12-2015.
- Ilmarinen, J. (1991). Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scand J Work Environ Health*, 17 (Supl 1), 7-11.
- Ilmarinen, J. (2001). Aging and work. *Occup Environ Medicine*, 58 (8), 546-551.
- Ilmarinen, J. (2002). What the social partners can do to improve employment opportunities for older workers. In: Final report of the Ninth EU-Japan Symposium “Improving Employment Opportunities of Older Workers”. Brussels, Belgium.
- Ilmarinen, J. (2006). Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. In: Maintaining work ability. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. Ministry of Social Affairs and Health: 132-48.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Seitsamo, J. (2005). *New dimensions of work ability*. In: G Costa, W.J.A Goedhard, & J. Ilmarinen, (eds). Proceedings of the 2nd International Symposium in Work Ability: assessment and promotion of work

ability, health and well-being of ageing workers. London: Elsevier. [International Congress, 1280:3-7].

Lawler, E. E. (1973). *Motivation in work organizations*. Monterey: Wadsworth.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - Promulga a Lei de bases da saúde, publicada no Diário da República n.º 195 de 24 de agosto de 1990, Série I, p. 3452-3459.

Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril - Cria a rede de cuidados de saúde primários, publicada no Diário da República n.º 77/2003, Série I-A.

Liira, J., Peltomäki, P., Leino, T., Räsänen, K., Bergström, M. & Huuskonen, M. (2002). *Maintaining Working Ability in Finland*. In: *Proceedings of the Workshop Quality of Work. New approaches and strategies in occupational safety and health*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.

Lino, M. (1999). *Satisfação profissional entre enfermeiras da UTI: Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction IWS* [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da UCP.

Lino, M. (2004). *Qualidade de vida e Satisfação Profissional das Enfermeiras da UTI*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, submetida à Universidade de São Paulo, Brasil.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística- com utilização do SPSS*, (3 Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Martinez, M. C., Paraguay, A. I., & Latorre, M. R. (2004). Relação entre Satisfação com os aspetos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*. (38), 55-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18452.pdf>, consultado a 11-11-2015.

Martinez, M.C., Latorre, M.R.D.O., & Fischer, F.M. (2007). Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Revista Ciência & Saúde Colectiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva*. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2955, consultado a 02-05-2016.

Martins, J. C., & Luís, E. (2000). Trabalho e o Homem. *Dirigir*, (65/66), 34-38.

- Marziale, M.H.P., & Silva, D.M.P.P. (2000). Absentismo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 8 (5), 44-51.
- Maslow, A. H. (1954). *A theory of human motivation*. Disponível em: psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm, consultado a 23-12-2015.
- Meireles, S. (2010). *Na gestão em saúde: a perspetiva da satisfação dos profissionais de saúde das unidades de saúde familiar*. Dissertação de Mestrado submetido à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, UTAD.
- Michel, S. (1992). *Gestões das motivações*. Porto: Editora Rés.
- Miguel, L. S, & Sá, A. B. (2010). Cuidados de Saúde Primários 2011-2016: reforçar, expandir, Lisboa. Disponível no URL <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSP1.pdf>, consultado a 26 de janeiro de 2016.
- Miguez, J. (1987). Satisfação no trabalho e comportamentos de ausência. *Revista de Psicologia e Ciências da Educação*, 2, 17-35.
- Moura, S. C. M. (2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, para obtenção do Grau de Mestre Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde. Bragança.
- Nygård, C.H., Eskelinen, L., Suvanto, S., Tuomi, K, & Ilmarinen, J. (1991). Associations between functional capacity and work ability among elderly municipal employees. *Scand J Work Environ Health*, 17 (Suppl. 1), 122-127.
- Organização Mundial da Saúde.(1993). *Les compétences psychosociales : la citation de l'OMS en gras, et en ... Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne*
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2004). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento aprovado na Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. ... Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Peltomäki, P, & Hüsman, K. (2002). Occupational health services and maintenance of work ability at workplaces. *Arh Hig Rada Toksikol*, 53, 263-74.
- Pereira, P. (2010). *A Satisfação dos Profissionais de Saúde no Centro Hospitalar do Nordeste*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde submetida à Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Perkio-Makela, M.M. (2000). Finnish farmer's self-reported morbidity, work ability, and functional capacity. *Ann Agric Environ Med*, 7, 11-16.
- Pestana, M, & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*, (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo. Placebo Editora, Lda.
- Pestana, N.N. (2003). *Trabalhadores Mais Velhos. Políticas Públicas e Práticas Empresariais*. Cadernos de Emprego e Relações de Trabalho. Lisboa: MSST/DGERT.
- Pohjonen T, & Ranta R. (2001). Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up. *Prev Med*, 32, 465-475.
- Pohjonen, T. (1999). Key components of work ability and how to maintain them. *Newsletter of the Finnish Institute*, 1 (special issue), 4-5. Disponível em:

<http://www.ttl.fi/Internet/English/Information/Electronic+journals/Tyoterveyset+journal/1999-01+Special+Issue/02.htm>, consultado a 03-02-2016.

- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Robbins, S. P. (2005). *Comportamento organizacional* (8.^a ed.). Rio de Janeiro: Livros.
- Roedel, R.R., & Nystron, P.C. (1988). Nursing jobs and satisfaction. *Nurs. Manage*, Milwaukee, 19 (2), 34-38.
- Sakellarides, C., Gonçalves, F., Cunha, G., Dussault, J., Biscaia L., & Santa, (2009). *Acontecimento Extraordinário – Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Santos, AC.
- Salim, C.A. (2003). Doenças do Trabalho: exclusão, segregação e relações de género. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1): 11-24.
- Santos, M., Braga, V., & Fernandes, A. (2007). Nível de satisfação dos enfermeiros com o seu trabalho. *Revista Enferm UERJ*, 15(1), 82-86.
- Sarmiento, T. P., Laschinger, H. K., & Iwasiw, C. (2004). Nurse educators workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter_s theory. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 134-143.
- Sell, I. (2002). *Projeto do Trabalho humano: melhorando as condições de trabalho*. Florianópolis: Editora UFSC.
- Silva, C., Rodrigues, V., Pereira, A., Cotrim, T., Silvério, J., & Rodrigues, P. (2000). *Índice de Capacidade para o Trabalho - Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*. Versão portuguesa do Work Ability Index, do Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), Finland: Projecto POCTI/ESP/40743 - FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Silva, C.F. (2000). *Distúrbios do sono do trabalho por turnos: fatores psicológicos e cronobiológicos*. Braga: Edições Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Silva, I.M.S. (2007). *Adaptação ao trabalho por turnos*. Tese de Doutoramento submetida à Universidade do Minho. Braga.

- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde - Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Spector, P. (1997). *Job Satisfaction: Assessment, Causes and Consequences*. London: SAGE Publications, Inc.
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática*. (4ª Ed.) Loures: Lusociência.
- Tavares, O. (2008). *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no serviço de Imagiologia dos hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado submetida à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Tuomi, K. (1999). Ageing workers and age mix at the workplace. *Newsletter of the Finnish Institute*, 3 (special issue), 11-13. Disponível em: <http://www.ttl.fi/Internet/English/Information/Electronic+journals/Tyoterveiset+journal/199903+Special+Issue/06.htm>, consultado em 2-01-2016.
- Tuomi, K., Eskelinen, L., Toikkanen, J., Jarvinen, E., Ilmarinen, J. & Klockars, M. (1991). Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees. *Scand J Work Environ Health*, 17 (Suppl. 1), 128-134.
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E, & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup Med*, 51 (5), 318-324.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L, & Tulkki, A. (2005). *Work ability index. Adaptation to Portuguese*. São Carlos: EDUFSCAR.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Klockars, M., Nygard, C.H., Seitsamo, J., Huuhtanen, P.(1997a). Finnish research project on aging workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 23 (1), 7-11.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R., Aalto, L., & Klockars, M. (1997b). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 23 (1), 58-65.

- Walsh, I.A.P., Corral, S., Franco, R.N., Canetti, E.E.F., Alem, M.E.R, & Coury, H.J.C.G. (2004). Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculoesqueléticas crônicas. *Revista Saúde Pública*, 38 (2), 149-156.
- Zwart, B.C.H., Frings-Dresen, M.H.W, & Van Duivenbooden, J.C. (2002). Test-retest reliability of the work ability index questionnaire. *Occup Med*, 52 (4), 177-181.

Anexos

Anexo I - Instrumentos de Recolha de Dados.

No dia 26/07/2015, às 15:29, José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt> escreveu:

Cara colega

Autorizo a alteração do formato do questionário desde que não se altere as questões, instruções e modo de responder.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro jlpr@fpce.up.pt mobile phone: (351) 965045590

Questionário

Preencha ou assinale com um (X) a sua resposta

I – Parte

1 - Sexo: Masculino Feminino

2 - Idade: ____ anos

3 - Estado civil: Solteiro Casado União de facto Viúvo Divorciado

4 - Tem filhos: Sim Não

4.1 - Se sim, que idade/s tem/ têm? ____ ____ ____

5 - Habilitações académicas/ profissionais:

Bacharelato	
Licenciatura	
Pós-graduação	
Especialidade	
Mestrado	
Doutoramento	

6 - Categoria profissional:

Enfermeiro	
Enfermeiro Graduado	
Enfermeiro Especialista	
Enfermeiro Chefe	
Enfermeiro Supervisor	

7 - Tempo de exercício profissional: ____ anos.

8 - Tempo de serviço na categoria: ____ anos.

9 - Executa funções de prestação directa de cuidados?

Sim Não

10 - Local onde exerce funções:

Alfândega de Fê	Mogadouro	
Bragança	Torre de Moncorvo	
Carrazeda de Ansiães	Vila Flor	
Freixo de Espada à Cinta	Vila Nova de Foz Côa	
Macedo de Cavaleiros	Vimioso	
Miranda do Douro	Vinhais	
Mirandela		

11 - Serviço/Unidade onde exerce a actividade?

SUB	
UCC	
UCSP	
URAP	
USF	
USP	

12 - Tipo de vínculo:

Quadro de pessoal do ACES	
Contrato administrativo de provimento (CAP)	
Contrato individual de trabalho (CIT)	
Outro : _____	

13 - Horário semanal:

Horário completo (35h / semana)	
Horário completo (40h / semana)	
Horário acrescido (42h / semana)	

14 - Tipo de horário: Fixo Por turnos 14.1 - Se trabalha por turnos, estes incluem turnos nocturnos? Sim Não **15 - Relativamente ao seu vencimento considera-se:**

Totalmente insatisfeito	Bastante insatisfeito	Satisfeito	Bastante satisfeito	Totalmente satisfeito

16 - No seu local de trabalho já teve algum incentivo, que não o seu vencimento?

Sim Não

16.1 - Se sim qual? _____

17 - No seu local de trabalho existem conflitos?

Sim Não

17.1 - Se sim, de que tipo? _____

18 - Relativamente ao reconhecimento social da sua profissão, considera-se?

Totalmente insatisfeito	Bastante insatisfeito	Satisfeito	Bastante satisfeito	Totalmente satisfeito

19 - Concorda com a actual idade de reforma?

Sim Não

19.1 - Se sim porquê? _____

19.2 - Se não porquê? _____

20 - Gestão do serviço: tem funções de gestão ou chefia no serviço?

Sim Não

20.1 - Se sim, de que tipo? _____

21 - Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, escolheria a mesma profissão?

Sim Não

21.1 - Se sim porquê? _____

21.2 - Se não porquê? _____

II – Parte

Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações relativas ao modo como vê ou sente o seu trabalho. Assinale em que medida **concorda** ou **discorda** com essas informações.

Se assinalar

- 1 significa que *discorda totalmente* com a afirmação
2 significa que *discorda bastante* com a afirmação
3 significa que *nem concorda, nem discorda* com a afirmação
4 significa que *concorda bastante* com a afirmação
5 significa que *concorda totalmente* com a afirmação

1 - Ninguém reconhece que sou um bom profissional.	1	2	3	4	5
2 - O meu trabalho é muito rotineiro.	1	2	3	4	5
3 - O progresso na minha carreira é muito lento.	1	2	3	4	5
4 - O meu chefe directo dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho.	1	2	3	4	5
5 - A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro.	1	2	3	4	5
6 - As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem feitas.	1	2	3	4	5
7 - A minha relação com os meus colegas é boa.	1	2	3	4	5
8 - A administração da minha empresa tem uma política clara.	1	2	3	4	5
9 - As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis.	1	2	3	4	5
10 - O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir.	1	2	3	4	5
11 - O meu chefe directo dá-me todo o apoio de que preciso.	1	2	3	4	5
12 - O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade.	1	2	3	4	5
13 - A administração da minha empresa explica bem a sua política.	1	2	3	4	5
14 - A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos.	1	2	3	4	5
15 - Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho.	1	2	3	4	5
16 - A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.	1	2	3	4	5
17 - As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis.	1	2	3	4	5
18 - Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho.	1	2	3	4	5
19 - O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho.	1	2	3	4	5
20 - Não gosto das pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5
21 - Ninguém reconhece o meu trabalho.	1	2	3	4	5
22 - Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas.	1	2	3	4	5
23 - As condições de trabalho no meu serviço são boas.	1	2	3	4	5
24 - Os meus colegas não me tratam bem.	1	2	3	4	5

J. Pais Ribeiro – Questionário de Satisfação com o Trabalho

Obrigada pela colaboração.

Pedido de autorização de questionário

[Ações](https://dub112.mail.live.com/ol/) HYPERLINK "https://dub112.mail.live.com/ol/"

Carlos Silva 02-10-2015

Para: Pedro Bem-Haja Cc: anasarmento1975@hotmail.com



Muito bom dia,

Sendo para fins de investigação poderá utilizar, devendo no final do estudo enviar-nos um exemplar PDF do seu estudo, a base de dados sem os nomes dos participantes (em Excel ou SPSS), a fim de adicionarmos à base nacional, bem como referir no seu estudo a Ref do projeto FCT que permitiu a aferição.

Assim, solicito ao meu Colega Mestre Pedro Bem-Haja que por favor envie o Booklet e a Ref da FCT. Saudações cordiais Carlos Fernandes

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

(PORTUGAL E PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA)

Por favor, no preenchimento deste questionário dê a sua opinião sobre a sua capacidade de trabalho e os factores que a afectam. As respostas serão analisadas pelos profissionais de saúde ocupacional que colaborarão consigo para determinar as necessidades de suporte individual ou de melhoria das condições de trabalho.

O preenchimento deste questionário é voluntário. As respostas serão utilizadas para compilar um resumo do seu estado de saúde e calcular o índice de capacidade para o trabalho. O seu consentimento para que os dados sejam incluídos no processo individual de saúde ocupacional é sempre necessário, apesar dos dados serem recolhidos com o objectivo geral de desenvolver actividades para promover e suportar a sua capacidade para o trabalho. O seu consentimento é solicitado na última página do questionário.

Os dados do questionário serão utilizados para promover o seu bem estar no local de trabalho. Todas as informações fornecidas são confidenciais e serão utilizadas somente para fins de Saúde Ocupacional ou Investigação Científica.

Instruções de preenchimento: Por favor, preencha o questionário com atenção e **responda a todas as questões**. Para responder faça um círculo em redor do número da alternativa de resposta que melhor reflecte a sua opinião, ou escreva a resposta no espaço fornecido.

Data: ____/____/____
Nome (opcional) : _____
Data de Nascimento: ____/____/____

DADOS GERAIS

SEXO

- Feminino..... 1
 Masculino..... 2

IDADE: _____ anos

ESTADO CIVIL

- Solteiro(a)..... 1
 Casado(a)..... 2
 União de facto..... 3
 Viúvo..... 4
 Separado(a)..... 5
 Divorciado(a)..... 6

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

- Básico – 1º ciclo (4º ano)..... 1
 Básico – 2º ciclo (6º ano)..... 2
 Básico – 3º ciclo (9º ano)..... 3
 Secundário (12º ano)..... 4
 Médio..... 5
 Bacharelato..... 6
 Licenciatura..... 7
 Mestrado..... 8
 Doutoramento..... 9

PROFISSÃO:

FUNÇÃO:

LOCAL DE TRABALHO:

SERVIÇO, SECTOR OU UNIDADE:

RAMO DE ACTIVIDADE:

(A preencher pelo técnico)

AS PRINCIPAIS EXIGÊNCIAS DA SUA ACTIVIDADE DE TRABALHO SÃO:

- Mentais..... 1
 Físicas..... 2
 Ambas, mentais e físicas..... 3

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

1. CAPACIDADE DE TRABALHO ACTUAL COMPARADA COM O SEU MELHOR

Assuma que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor de 10 pontos. Que pontuação dá à sua capacidade para o trabalho actual?

(0 significa a sua total incapacidade para o trabalho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incapacidade total										Capacidade máxima

2. CAPACIDADE DE TRABALHO EM RELAÇÃO ÀS EXIGÊNCIAS DA ACTIVIDADE

Como avalia a sua actual capacidade para o trabalho relativamente às exigências físicas?

Muito boa..... 5
 Boa..... 4
 Moderada..... 3
 Fraca..... 2
 Muito fraca..... 1

Como avalia a sua actual capacidade para o trabalho relativamente às exigências mentais?

Muito boa..... 5
 Boa..... 4
 Moderada..... 3
 Fraca..... 2
 Muito fraca..... 1

3. DOENÇAS ACTUAIS

Na lista seguinte, assinale as suas doenças ou lesões. Indique também se foram diagnosticadas ou tratadas por um médico. Para cada doença, em caso afirmativo pode assinalar 2 ou 1, ou na ausência de doença, não assinalar nenhuma alternativa.

	Sim	
	Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)
Lesão resultante de acidente		
01 Coluna / costas.....	2	1
02 Membro superior / mão	2	1
03 Membro inferior / pé.....	2	1
04 Outras partes do corpo.		
Zona e tipo de lesão?.....	2	1

Sim	
Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)

Lesão Músculo - Esquelética

05 Perturbação na parte superior das costas / pescoço, com dor frequente.....	2	1
06 Perturbação na parte inferior das costas / coluna lombar, com dor frequente.....	2	1
07 Ciática, dor das costas para a perna.....	2	1
08 Perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos / pés), com dor frequente.....	2	1
09 Reumatismo, dor nas articulações	2	1
10 Outra perturbação musculo – esquelética. Qual?.....	2	1

Doença no Aparelho Circulatório

11 Hipertensão (tensão arterial alta).....	2	1
12 Doença coronária, fadiga, dor no peito (angina de peito).....	2	1
13 Trombose coronária, enfarte do miocárdio.....	2	1
14 Insuficiência cardíaca.....	2	1
15 Outra doença cardiovascular. Qual?.....	2	1

Doença Respiratória

16 Infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).....	2	1
17 Bronquite crónica.....	2	1
18 Sinusite / rinite crónica.....	2	1
19 Asma	2	1
20 Enfisema pulmonar	2	1
21 Tuberculose pulmonar.....	2	1
22 Outra doença respiratória. Qual?.....	2	1

	Sim	
	Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)
Perturbação Mental		
23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave).....	2	1
24 Perturbação mental ligeira (por ex: depressão ligeira, nervosismo, ansiedade, problemas de sono)	2	1
Doença Neurológica e Sensorial		
25 Doença ou lesão auditiva.....	2	1
26 Doença ou lesão dos olhos (não considere a miopia, astigmatismo,...).....	2	1
27 Doença do sistema nervoso (por exemplo, AVC ou trombose, nevralgia, enxaquecas, epilepsia).....	2	1
28 Outra doença do sistema nervoso ou dos órgãos dos sentidos. Qual? _____	2	1
Doença Digestiva		
29 Litíase (pedra) ou doença da vesícula...	2	1
30 Doença do fígado ou pâncreas.....	2	1
31 Úlcera gástrica ou duodenal.....	2	1
32 Desconforto / irritação gástrica ou duodenal.....	2	1
33 Irritação do cólon ou colite.....	2	1
34 Outra doença digestiva..... Qual? _____	2	1
Doença Uro-Genital		
35 Infecção urinária.....	2	1
36 Doença renal.....	2	1
37 Doença do aparelho reprodutor (por ex: infecção da próstata nos homens e dos ovários ou utero nas mulheres).....	2	1
38 Outra doença uro-genital		
Qual? _____	2	1

	Sim	
	Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)
Doença Dermatológica		
39 Alergia / eczema.....	2	1
40 Outro tipo de irritação da pele Qual? _____	2	1
41 Outro tipo de doença da pele Qual? _____	2	1
Tumor		
42 Tumor benigno.....	2	1
43 Tumor maligno (cancro) Em que zona do corpo?..... _____	2	1
Doença Endócrina e Metabólica		
44 Obesidade.....	2	1
45 Diabetes.....	2	1
46 Bócio ou outra doença da tiróide.....	2	1
47 Outra doença hormonal ou metabólica. Qual? _____	2	1
Doença no Sangue		
48 Anemia.....	2	1
49 Outra doença no sangue. Qual?..... _____	2	1
Deficiência congénita		
50 Deficiência congénita.....	2	1
Qual? _____		
Outro Problema ou Doença		
51 Outro problema ou doença.....	2	1
Qual? _____		

4. ESTIMATIVA DO GRAU DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO DEVIDO A DOENÇA(S)

Considera a sua doença ou lesão uma limitação para o seu trabalho actual?
Assinale uma ou mais alternativas.

Não tenho limitações / não tenho nenhuma doença.....6

Sou capaz de realizar o meu trabalho, mas provoca-me alguns sintomas.....5

Algumas vezes tenho que abrandar o ritmo do meu trabalho ou alterar o modo de trabalhar.....4

Frequentemente tenho que abrandar o ritmo do meu trabalho ou alterar o modo de trabalhar.....3

Devido à minha doença, sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.....2

Na minha opinião, estou completamente incapaz para trabalhar.....1

5. ABSENTISMO DURANTE O ÚLTIMO ANO

Quantos dias completos faltou ao trabalho devido a problemas de saúde (doença ou exames) durante o último ano (12 meses)?

Nenhum dia5

No máximo 9 dias.....4

10 - 24 dias.....3

25 - 99 dias.....2

100 - 365 dias.....1

6. PROGNÓSTICO DA CAPACIDADE DE TRABALHO PARA DAQUI A DOIS ANOS

Considerando o seu presente estado de saúde, será capaz de realizar a sua actividade de trabalho actual daqui a dois anos?

Improvável.....1

Talvez.....4

Quase de certeza.....7

7. RECURSOS PSICOLÓGICOS

Nos últimos tempos, tem conseguido apreciar as suas actividades habituais do dia a dia?

Sempre.....4

Frequentemente.....3

Algumas vezes.....2

Raramente.....1

Nunca.....0

Nos últimos tempos tem-se sentido activo?

Sempre.....4

Frequentemente.....3

Algumas vezes.....2

Raramente.....1

Nunca.....0

Nos últimos tempos tem-se sentido optimista em relação ao futuro?

Sempre.....4

Frequentemente.....3

Algumas vezes.....2

Raramente.....1

Nunca.....0

CONSENTIMENTO INFORMADO (PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM GERAL)

Dá o seu consentimento para que estes dados e o resultado do seu índice de capacidade para o trabalho sejam incluídos no seu processo de saúde ocupacional?

Sim

Não

Assinatura

O Work Ability Index (WAI) foi desenvolvido pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH), Helsínquia. A versão portuguesa foi desenvolvida no âmbito do Projecto POCTI/ESP/40743/2001 da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), com o apoio financeiro e logístico do Sindicato dos Enfermeiros (Porto), e envolveu as Universidades do Minho (Departamento de Psicologia), de Coimbra (Faculdade de Medicina) e Técnica de Lisboa (Departamento de Ergonomia da FMH). A equipa, coordenada por Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático da Universidade de Aveiro, incluiu Vitor Rodrigues (Faculdade de Medicina de Coimbra), Anabela Pereira (Universidade de Aveiro), Teresa Cotrim (Faculdade de Motricidade Humana), Jorge Silvério (Universidade do Minho), Paulo Rodrigues (Universidade da Beira Interior), Paula Maia (Sindicato dos Enfermeiros) e Cláudia Sousa (Bolsista do Projecto). Os Doutores Juhani Ilmarinen (FIOH) e Maria Helena Pinto de Azevedo foram os consultores do projecto. A versão portuguesa do WAI é propriedade intelectual do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEIS da UC).

Anexo II - Autorização da ULSNE

IPB - Escola Superior de Saude de Bragança

A/c: Professora Doutora Helena Pimentel

Av. D. Afonso V

5300 - 121 Bragança

'15 11-24 15:18 003942

SAR Referência
Proc:2015/00098

Sua Comunicação de
00304/27-10-2015

Nota Referência

Data
23-11-2015

ASSUNTO: Pedido de colaboração em trabalho de investigação.

Em resposta ao pedido efectuado por Vª Ex.ª, para colaboração em trabalho de investigação, intitulado ao tema: "Avaliação da satisfação profissional e capacidade para o trabalho dos enfermeiros em Cuidados de Saude Primários da ULSNE", informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE, o mesmo é autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Desenvolvimento e Formação



Anexo III – Projeto de intervenção Comunitária

Motivação e Satisfação dos profissionais

1. Âmbito

O projeto de intervenção comunitária visa diminuir a prevalência da insatisfação profissional, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada.

No contexto do envelhecimento da força de trabalho, a insatisfação profissional tornou-se um indicador importante em função de suas consequências para a saúde, bem-estar e empregabilidade dos trabalhadores, com impactos para os indivíduos, organizações e sociedade.

Em 1975 Lawler citado por Miguez (1987) explicita que a insatisfação não tem necessariamente uma conotação negativa podendo, paralelamente, originar determinados comportamentos criativos, promovendo assim, mudanças construtivas no seio das organizações.

2. Enquadramento

A satisfação profissional em saúde vem regulamentada ao nível da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) sendo perentória em decretar que a satisfação profissional deve ser alvo de avaliações periódicas pelo Serviço Nacional de Saúde, paralelamente à satisfação dos utentes, à qualidade dos cuidados de Enfermagem e da eficiente utilização dos recursos.

De acordo com Graça (1999) a satisfação laboral abrange atitudes e emoções que se traduzem diretamente em comportamentos e em opiniões que se verbalizam, e deverá ser analisada à luz de várias dimensões, para uma avaliação coerente e lúcida, a saber, a remuneração, as condições de trabalho, a saúde, a segurança no emprego, o relacionamento, a autonomia, o poder, o *status*, o prestígio e a realização.

Assim um enfermeiro satisfeito no e com o seu trabalho apresenta características emocionalmente mais estáveis, demonstrando ser mais calmo, estabelecendo relações interpessoais mais positivas, que lhe proporcionam mais equilíbrio e estabilidade

emocionais e, conseqüentemente, melhorando a sua qualidade de vida e os cuidados prestados aos doentes, surgindo neste contexto, a motivação para a manutenção da satisfação, contribuindo não só para o crescimento e desenvolvimento pessoal mas também para o organizacional (Batista et al., 2005).

A este respeito, também Santos et al. (2007) identificam os fatores que promovem e potenciam a satisfação laboral, a saber, a realização pessoal, o reconhecimento, social e profissional, o trabalho em si e a responsabilidade, enquanto os fatores causadores de insatisfação sugerem as políticas e administração da empresa, a remuneração, a supervisão técnica, a supervisão de pessoal e por último as condições de trabalho assim como a distribuição de doentes, as condições de espaço, os requisitos de material e equipamento, as relações de trabalho e os riscos a que estão sujeitos os enfermeiros.

2.1. Insatisfação dos Enfermeiros dos CSP da ULSNE

No que concerne à insatisfação dos enfermeiros dos centros de saúde da ULSNE os resultados do estudo realizado, remetem-nos para algumas problemáticas específicas que exigem uma intervenção.

Assim, apresenta-se a análise dos resultados mais relevantes.

Verificou-se uma preocupante prevalência (53,6%67) de totalmente insatisfeito ou bastante insatisfeito (37,6%47).

Da análise da relação entre o sexo e a satisfação com o trabalho verifica-se que os enfermeiros do sexo feminino apresentam uma satisfação ligeiramente inferior.

Entre o tipo de horário e a escala de satisfação com o trabalho os enfermeiros que trabalham em horário fixo estavam, de modo geral, mais insatisfeitos

Na idade observa-se que os enfermeiros com mais de 40 anos apresentaram menor satisfação no apoio da hierarquia, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, relação com os colegas e satisfação com a profissão.

Quanto ao estado civil verifica-se uma certa tendência para os indivíduos solteiros apresentarem uma satisfação ligeiramente inferior.

Os enfermeiros sem filhos na escala da satisfação com o trabalho apresentam piores resultados.

Os enfermeiros com mais tempo de exercício na profissão apresentaram-se mais insatisfeitos.

No fator segurança com o futuro da profissão, satisfação com a profissão e totalidade da escala da satisfação, conclui-se que na segurança com o futuro da profissão foram os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o vencimento que se distinguem dos restantes, na satisfação no trabalho e que os enfermeiros totalmente insatisfeitos com o vencimento distinguiram-se dos enfermeiros que estavam pelo menos satisfeitos com o vencimento.

Os enfermeiros que afirmaram que se voltassem ao início escolheriam a mesma profissão apresentaram níveis de satisfação mais elevados.

No que diz respeito à satisfação profissional as diferenças observadas são estatisticamente significativas nos fatores: segurança no futuro da profissão, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, satisfação com a profissão e totalidade da satisfação com o trabalho.

3. Integração

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na saúde ocupacional.

4. Organização e Parcerias

Gestor do projeto: Centro de Saúde de Santa Maria de Bragança e Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Cliente/Utilizador: Enfermeiros dos CSP da ULSNE

Intervenientes:

- **Coordenadora do projeto:**
Ana Alexandra Martins Sarmento
- **Equipa multidisciplinar do Centro de saúde:** Enfermeiros, Psicóloga.
- **Parcerias:** Centros de saúde da ULSNe

Sujeitos das ações: os enfermeiros

Níveis de intervenção: Diagnóstico, promoção e prevenção da insatisfação profissional.

5. Período de Intervenção

Início: Novembro de 2015

Final: Junho 2016

Plano de Ação

Projeto de intervenção comunitária				
Objetivo Geral: Diminuir a prevalência de insatisfação profissional dos enfermeiros dos CSP da ULSNE				
População Alvo: Enfermeiros dos CSP da ULSNE				
Objetivos específicos	Atividades	Onde	Nº de ações previstas	Quando
Realizar reunião com os enfermeiros com funções de chefia dos Centros de Saúde da ULSNE.	Reunião com os enfermeiros com funções de chefia dos Centros de Saúde motivando a intervenção no âmbito da prevenção controlo da insatisfação profissional dos enfermeiros dos CSP da ULSNE.	Centros de Saúde da ULSNE	13	Iniciar janeiro 2016
Realizar sessões de educação para a saúde em várias áreas de intervenção para os enfermeiros dos CSP.	Execução de sessões de educação para a saúde teórico-práticas sobre a “gestão de conflitos” e “postura e imagem profissional”, promovendo a satisfação profissional dos enfermeiros.	Centros de Saúde da ULSNE.	13	Iniciar janeiro 2016 Ao longo
Promover uma participação ativa dos enfermeiros dos CSP na gestão e controlo da problemática da insatisfação profissional.	Implementação de programas e grupos de atividade física (sessões de exercício físico e relaxamento, passeios, caminhadas) e atividades culturais (musica, teatro e literatura); Promoção de relações de interajuda e partilha; Incentivo de ligações inter-centros de saúde.	Centros de Saúde da ULSNE.	13	Iniciar janeiro 2016 Ao longo do projeto.

Planeamento das sessões de educação para a saúde

Sessões	Área de Intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Hora	Local
1	Gestão de Conflitos	1 - Definição de conflito 2 - Formas de conflito 3 - Formas de lidar com os conflitos 4 - Resolução de conflitos - Estratégias	Ana Sarmento Enfermeira e Rosa Correia	15 Fevereiro	14h30	Centro de saúde Santa Maria de Bragança
2	Postura e Imagem Profissional	1- Conceitos de postura e imagem profissional 2 - Código Deontológico - Ligação com os serviços 3 - Autoconhecimento 4 - Medidas a adotar na postura e imagem profissional	Ana Sarmento Enfermeira	23 Fevereiro 2016	14h30	(a replicar pelos restantes centros de saúde)
3	Qualidade de vida no seu ambiente	1- Boas Práticas Ergonómicas 2 - Exercícios para relaxamento e alongamento muscular	Cristina Fernandes EEE Reabilitação	17 maio 2016	14h30	

7. Avaliação

A avaliação será realizada pela entidade gestora do projeto e pelo coordenador do mesmo, tendo como base indicadores de Estrutura, Processo e Resultado.

Indicadores de Estrutura (Indicam as características dos contextos em que ocorrem as atividades) - A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo.

- Disponibilidade de:
- Recursos humanos: profissionais de saúde, parceiros, enfermeiros;
- Recursos materiais (instalações, equipamentos, mobiliário, material didático)

Indicadores de Processo (Refere-se ao que é realmente feito durante o planeamento e implementação de cada atividade) -A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo.

- Tempo para planeamento de cada atividade; Tempo para realização de cada atividade; Avaliação de cada atividade;
- Percentagem de ações desenvolvidas;
- Índice de participação da população-alvo nas ações

Indicadores de resultado: A avaliar em 2016 através da realização ações de formação com características semelhantes as realizadas para este trabalho.

Indicadores de Resultado	Metas	
	Diagnóstico 2015	Novembro 2016
Prevalência da insatisfação profissional	91,2%	85%

Indicadores de desempenho: A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade.

Indicadores de desempenho	Metas		
	Diagnóstico 2015	Mai 2016	Novembro 2016
Percentagem de ações desenvolvidas	–	30%	85%
Índice de participação da população-alvo nas ações	–	75%	95%

Referências Bibliográficas

- Batista, A.; Vieira, M.; Cardoso, N.; Carvalho, G. (2005). Fatores de Motivação e insatisfação no trabalho do Enfermeiro. *Esc Enfermagem USP*. vol. 39, n.º 1, p.85-91.
- Graça, L. (1999). A satisfação profissional: O melhor do SNS é nós. *Mundo Médico*, n.º especial (16º Encontro Nacional de Clínica Geral, Vilamoura, 24-27 de Março). 18-19. Disponível no URL:<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos26.html>, consultado a 02-01-2016.
- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - Promulga a Lei de bases da saúde.
- Miguez, J. (1987). Satisfação no trabalho e comportamentos de ausência. *Revista de Psicologia e Ciências da Educação*.
- Santos, M., Braga, V., Fernandes, A. (2007). Nível de satisfação dos enfermeiros com o seu trabalho. *Revista Enferm UERJ*. Vol.15, n.º 1 (Jan/Mar).

Anexo IV- Relatório de Estagio

***Relatório das Atividades Desenvolvidas
no Estágio II***

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Mestranda:

Ana Alexandra Martins Sarmiento

Orientadores:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva
Fernandes

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, maio de 2016

*Relatório das Atividades Desenvolvidas
no Estágio II*

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho realizado pela mestranda Ana Alexandra Martins Sarmiento, no âmbito da unidade curricular - Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, maio de 2016

Lista de Acrónimos e Siglas

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

GNR- Guarda Nacional Republicana

DSC- Diagnostico de Saúde da Comunidade

REPE- Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. Âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública	9
1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade	10
1.2. Unidade de Saúde Pública.....	11
2. Relatório de estágio	12
2.1 Descrição do concelho de Bragança.....	12
2.2 Estrutura física, funcional e orgânica da ULSNe.....	13
2.3 Articulação dos Centros de Saúde com as várias Instituições de Saúde	17
3. Descrição das atividades desenvolvidas	19
3.1 Elaborar um diagnóstico da situação de saúde de uma população/comunidade. ..	19
3.2 Intervir na comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde	19
3.3 Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidade	20
3.4 Integrar as intervenções, nos planos de atividades da UCC, com base no diagnóstico da situação de saúde.....	21
4. Competências adquiridas	22
5. Análise crítico-reflexiva	24
6. CONCLUSÃO	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
Anexos	31
Anexo I	32
(Registo de Vacinação Gripe Sazonal)	32
Anexo II	86
(Avaliação das Formações)	86

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Calendarização Ações de Formação em Saúde	20
--	----

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Mapa do Concelho de Bragança	13
---	----

INTRODUÇÃO

Segundo o REPE (1998) Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro” a Enfermagem é a profissão, que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

No âmbito da unidade curricular - Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança elaborou-se este Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

O objetivo deste Estágio é adquirir competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

A realização deste Relatório de Estágio tem como objetivos:

- 1) Descrever as experiências vivenciadas e informações assimiladas ao longo do estágio, calendarizado entre 14 de setembro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016;
- 2) Refletir sobre as atividades realizadas.

A Enfermagem tem como objetivos, identificar as necessidades de saúde das pessoas, contribuir para os meios de diagnóstico, prestar cuidados de enfermagem requeridos pela promoção da saúde e prevenção da doença e neste contexto as características exclusivas de cada indivíduo, influenciam as intervenções que o enfermeiro irá ter junto dos seus utentes o que pressupõe que tenha a capacidade de relacionar as diferentes componentes do indivíduo e abordá-lo de forma holística.

No sentido de descrever as competências adquiridas e os cuidados prestados ao longo do estágio, elaborou-se o presente relatório que mais não é que um conjunto de informações, utilizado para reportar resultados parciais ou totais de uma determinada atividade, experiência, projeto, ação e pesquisa.

O grande desenvolvimento técnico e científico verificado nos últimos anos na área da saúde fez emergir um manancial de conhecimento, que se encontra em permanente

transformação e que implica uma atualização permanente que, por si só, justifica a delimitação do saber por áreas específicas, e, neste sentido, o relatório representa o produto final de uma caminhada que engloba todo o trabalho teórico e prático desenvolvido ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, aliado a experiências profissionais e pessoais.

Assim, a metodologia utilizada na sua realização é descritiva/reflexiva tendo em conta a consulta e análise dos objetivos propostos inicialmente; consulta do guia orientador do estágio; observação direta do serviço; as entrevistas informais que foram acontecendo com a equipa de enfermagem; experiências adquiridas durante o estágio; análise crítica dessas mesmas atividades e pesquisa bibliográfica.

De realçar que o caminho percorrido nem sempre foi fácil mas as dificuldades foram sendo ultrapassadas e encaradas como algo construtivo para o crescimento pessoal e profissional.

Desta forma, o presente relatório estruturou-se em quatro partes fundamentais em que na primeira parte se incluiu o enquadramento teórico, onde foi feita uma abordagem ao projeto de estágio, falando dos objetivos para a sua realização, a delimitação do campo de estágio e caracterização do serviço. Na segunda parte, descreveu-se a operacionalização do diagnóstico da situação de saúde de uma população ou comunidade, passando à fase de implementação, onde são descritas as atividades desenvolvidas que permitiram alcançar com sucesso os objetivos propostos. Na terceira parte, identificaram-se as competências como enfermeiro especialista na área da Enfermagem Comunitária adquiridas ao longo do estágio e a quarta parte diz respeito à conclusão.

1. Âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é o profissional de saúde que privilegia de um maior contacto com a pessoa no seu processo de saúde/ doença e, por isso, assume um papel preponderante na tomada de decisão relativamente à adoção de comportamentos/ estilos de vida saudáveis, na manutenção da sua saúde e na recuperação/ readaptação funcional da pessoa (REPE, 1998).

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública centra-se sobretudo na comunidade. Neste sentido o Enfermeiro especialista deve, através dos seus conhecimentos, competências e da sua experiência clínica, ter capacidade de dar resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos, no contexto dos cuidados de saúde primários.

No âmbito de avaliação de competências, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e conseqüente Título de Especialista, este relatório demonstra várias ações realizadas que vão de encontro aos pilares das competências pretendidas. Segundo o Regulamento n.º 128/2011, existem quatro grandes competências como:

1 – Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

2 – Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

3 – Integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

4 – Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para a consolidação destas competências, o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) preconiza a realização de um estágio com os seguintes objetivos:

1 – Elaborar um diagnóstico da Situação de Saúde de uma População/Comunidade;

2 – Intervir na comunidade (mercê do diagnóstico da situação de saúde), com base na metodologia do Planeamento em Saúde;

3 – Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

4 – Integrar as intervenções, nos Planos de Atividades das UCC, com base no diagnóstico da situação de saúde.

Para a concretização deste estágio, foram eleitas as Unidades de Cuidados na Comunidade e de Saúde pública do Centro de Saúde de Bragança.

1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem como objetivo principal contribuir para o bem-estar geral, com foco na melhoria do estado de saúde da população, de uma determinada área geográfica onde incide a sua intervenção, promovendo a obtenção de ganhos em saúde.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de risco ou dependência funcional, atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (DR, 2009, p. 15438).

À UCC compete assegurar as suas funções através de uma carteira básica de serviços, que incide sobre a promoção de estilos de vida saudáveis, em parceria com outras instituições, em todo o ciclo de vida.

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados, os projetos dependem da área de intervenção e da população-alvo, tendo como áreas de atuação a Intervenção precoce, a Saúde Escolar, a Preparação para a parentalidade (carteira adicional), a Comissão de proteção a crianças e jovens em risco (CPCJ), os Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), o Rendimento Social de Inserção (RSI) e a Unidade Móvel de Saúde.

1.2. Unidade de Saúde Pública

A Unidade de Saúde Pública (USP) tem um papel importante na administração da saúde da população abrangida pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Nesta unidade são desenvolvidas funções executivas nas áreas do Planeamento da Saúde, na Vigilância Epidemiológica e Coordenação de Programas e Projetos de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença da população, Autoridade de Saúde, Laboratório Regional de Saúde Pública e Observatório Regional de Saúde.

Assim, a USP deverá,

Numa perspetivo de trabalho em equipa multidisciplinar [...] potenciar as competências de cada grupo profissional e contribuir, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação às necessidades em cuidados de saúde (...) assegurar os recursos técnicos e matérias (...). (Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009 citado por Ferreira, 2010, p. 21).

Este departamento, de Saúde Pública, tem como objetivos operacionais a

Implementação do Plano Nacional de Saúde, Promover o diagnóstico da infeção por HIV/SIDA, Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças alvo de vacinação / vacinação contra a gripe sazonal, Avaliar o impacto do Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), Melhorar o acesso a consultas de apoio à Cessação Tabágica e consolidar e alargar a abrangência do processo de contratualização às várias unidades de saúde funcionais do ACES, sendo este objetivo partilhado com o Departamento de Contratualização (ARS Norte, 2014, p.30).

2. Relatório de estágio

O relatório de estágio pretende ser uma atividade intencional que pressupõe a elaboração de objetivos e respetivas atividades para os alcançar e deve ser, por isso, flexível, realista, adequado às características e possibilidades de concretização.

Por ser um processo de criação que obedece a um processo de planeamento, foi elaborado de forma realista, adaptado às circunstâncias de tempo e espaço, flexível e exequível, constituindo um guia orientador da prática ao longo do estágio e permitindo a descrição das ações, através de um conjunto de objetivos individuais e respetivas estratégias/atividades que permitiram alcançá-los com êxito.

Na elaboração dos objetivos teve-se sempre em conta os objetivos gerais e específicos preconizados pelo Plano de Estudos do Curso, presentes no Guia Orientador de Estágio, as características do campo de estágio escolhido e ainda a motivação pessoal e metas que se pretendia alcançar.

De seguida descreve-se sucintamente a região onde se localizam os locais de estágio bem como a sua estrutura física, funcionamento e articulação com os restantes serviços de saúde local.

2.1 Descrição do concelho de Bragança

Bragança é uma cidade localizada no extremo nordeste de Trás-os-Montes, na chamada Terra Fria, a 700m de latitude e a 22 Km da fronteira espanhola. Capital e sede de distrito de 12 municípios, limita a norte e a leste com Espanha (províncias de Ourense, Zamora e Salamanca), a sul com o Distrito da Guarda e com o Distrito de Viseu e a oeste com o Distrito de Vila Real, conforme se verifica da análise da ilustração 1.



Ilustração 1 - Mapa do Concelho de Bragança

A cidade de Bragança é sede de um dos maiores municípios portugueses, com 1173,6 km² de área e 35341 habitantes (INE, 2011). O concelho de Bragança tem uma população fortemente envelhecida, indicadora de uma desertificação efetiva comum ao Distrito e ao interior do País.

2.2 Estrutura física, funcional e orgânica da ULSNe

A unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNe), foi criada em 1 de Julho de 2011 pelo Decreto-lei nr 67/2011 de 2 de Julho de 2011, agregando o Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E. (que integrava as Unidades Hospitalares de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela) e o ACES do Nordeste (que incluía os 14 Centros de Saúde do Distrito de Bragança e o Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Coa no Distrito da Guarda), sendo só pertinentes para a realização do estudo sobre a Satisfação e capacidade dos profissionais os CSP.

A ULSNe serve a população do Distrito de Bragança que integra os concelhos de Alfandega da Fé, Carrazeda de Ansiães, Bragança, Frixo de Espada a Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo; Vila Flor; Vimioso e Vinhais.

A área de influência desta ULSNe estende-se por cerca de 7.000km² e abrange uma população de 131.843 habitantes.

A população servida caracteriza-se principalmente pelo elevado índice de envelhecimento, como se pode notar pelo elevado peso da população com mais de 65 anos, baixo poder de compra, a fraca densidade populacional, a reduzida taxa de natalidade e população com menos de 15 anos.

As principais características demográficas da área de influência da ULSNe são:

- Forte dispersão geográfica, com mais de 7.000km²
- Decréscimo da população nos últimos 20 anos
- Elevado peso da população idosa
- Forte índice de envelhecimento
- Rendimento per capita muito inferior á média nacional
- Elevadas distâncias entre as diversas unidades funcionais da ULSNe.

Resultante das principais características já elencadas, mas também consequência das várias reestruturações ocorridas nos últimos anos, nomeadamente a criação do centro hospitalar agregando os 3 hospitais Distritais, e mais recentemente a criação da ULSNe integrando as unidades Hospitalares e os cuidados de saúde Primários, detém esta Unidade local de saúde uma estrutura pesada, que, parecendo redundante, garante o acesso aos cuidados de saúde, comparativamente a outras regiões, justo e atempado aos utentes da extensa área do interior, referência da ULSNe.

Assim, da ULSNe, fazem parte:

- 3 Unidades hospitalares
- 14 Centros de Saúde
- 2 Urgências Médico-cirúrgicas
- 2 Urgências Básicas
- 1 Unidade de Cuidados Paliativos
- 1 Unidade de Doentes Evolução Prolongada

Capacidade instalada

- 382 Camas Hospitalares
- 40 Camas de Cuidados Paliativos e Evolução Prolongada (Psiquiatria)
- 10 Berços, 4 Incubadoras
- 22 Camas de OBS
- 7 Salas de Bloco
- 2 Salas de Parto
- 60 Gabinetes de Consulta
- 16 Cadeiras Hemodiálise

Recursos Humanos

- 291 Médicos
- 580 Enfermeiros (177 CSP)
- 369 Assistentes Operacionais
- 279 Assistentes Técnicos
- 108 Técnicos Diagnóstico Terapêutico
- 107 Outro Pessoal
- Total de Colaboradores: 1734

Missão da ULSNe

A ULSNe tem como missão prestar assistência Integrada de CSP, hospitalares e continuados à população da região do Nordeste, dando uma resposta capaz as suas necessidades e expectativas, promovendo a utilização racional e eficiente de todos os recursos, numa altura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores.

Para cumprir a sua missão, a ULSNe desenvolve atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e a continuidade dos cuidados.

A ULSNe desenvolve também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação de resultados, e participa na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduado, pós-graduado e contínua.

Visão da ULSNe

A ULS do Nordeste, EPE tem como visão desenvolver-se como uma organização otimizada pela integração vertical dos diferentes níveis de cuidados de saúde, em articulação com os recursos comunitários existentes, no âmbito de um processo clínico único efetivamente partilhado, colocando a pessoa (utente/doente), inserida numa família, num grupo e na comunidade, verdadeiramente no centro do sistema.

Valores/Principais Objetivos da ULSNe

A ULSNe, EPE prossegue o objetivo estratégico de, no limite da sua diferenciação técnica satisfazer de forma sustentável as necessidades em saúde da população residente na sua área de influência, enfatizando na promoção da saúde e prevenção da doença conciliando os legítimos interesses do utente, do estado financiador e do contribuinte.

Na sua atividade, a ULSNe, EPE orienta-se para a prossecução dos seguintes objetivos:

- Garantir a qualidade e melhoria contínua dos serviços prestados às populações, através do desenvolvimento de mecanismos de integração e complementaridade assistencial dos diferentes níveis de cuidado, da partilha de informação suportada num processo clínico único, da definição e standardização das melhores práticas clínicas, e da promoção da efetiva articulação entre a medicina geral, a familiar e as especialidades hospitalares;
- Otimizar o circuito do doente, através de um processo de referenciação eficaz e da eliminação de passos intermédios redundantes, da centralização e partilha de informação relativa ao diagnóstico e terapêutica, da promoção da ligação entre os

cuidados primários, hospitalares e continuados que garanta um ágil acesso ao nível de cuidados que mais justamente se adequa às reais necessidades do utente, e do melhoramento da capacidade resolutive em casos de urgência e emergência.

- Melhorar a qualidade da gestão interna, pela partilha e reforço de conhecimentos entre profissionais qualificados nos diversos níveis de cuidados, da uniformização de procedimentos em torno de melhores práticas, numa ótica de benchmarking, pela utilização e partilha de sistemas informáticas integrados e da eliminação de redundâncias desnecessárias, garantindo a sustentabilidade futura da instituição;

- Promover a racionalização e motivação de colaboradores, fomentando a sua afetação ao desenvolvimento de projetos que concretizem uma eficaz integração ao nível dos cuidados, a obtenção de economias de escala e o melhor aproveitamento da capacidade instalada;

- Melhorar a gestão e motivação dos colaboradores, desenvolvendo uma política de gestão de recursos humanos baseada no mérito e em metodologias indutoras de competência, motivação, responsabilização e eficiência no exercício de cuidados de saúde;

- Assegurar a implementação e coordenação das atividades transversal de formação e investigação, desenvolvendo um plano de formação continua dos colaboradores dos diversos níveis profissionais.

O cumprimento dos objetivos quantificados e assumidos, através de contratos programa e planos de atividades, será objeto de avaliação contínua interna e externa, no sentido de assegurar a concretização das metas estabelecidas e o sucesso da ULSNe enquanto entidade pública empresarial.

2.3 Articulação dos Centros de Saúde com as várias Instituições de Saúde

Os Cuidados de Saúde Primários fazem parte integrante do Serviço de Saúde, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade, proporcionando o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de Saúde o mais perto possível dos locais onde

a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de Saúde (DGS, 2005).

Para que haja uma continuidade na prestação dos cuidados, é necessário que exista uma boa articulação e coordenação de esforços entre as várias instituições de saúde e neste sentido, mantém-se regularmente contactos com algumas instituições, sendo as mais pertinentes:

- ULSNe - Unidade Local de Saúde do Nordeste
- Câmaras Municipais do Distrito de Bragança;
- Escolas da área geográfica abrangida pelos Centros de Saúde;
- Laboratórios de Anatomia Patológica no Porto;
- Guarda Nacional Republicana (GNR);
- Serviços de Segurança Social;

3. Descrição das atividades desenvolvidas

3.1 Elaborar um diagnóstico da situação de saúde de uma população/comunidade.

Qualquer intenção de formular projetos integrais de saúde e de os executar com sucesso requer um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, os quais poderão ser conhecidos através da realização de um Diagnóstico de Saúde da Comunidade (DSC). A conceção do DSC constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e tem como finalidade objetivar rigorosamente o nível de saúde de uma comunidade, através da determinação dos problemas e necessidades de saúde (Martinez et al., 2007).

A realização do DSC é uma das principais funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, ao qual compete recolher os dados que permitam conhecer as problemáticas da comunidade para, posteriormente, efetuar a determinação de prioridades em saúde e estabelecer estratégias de intervenção, as quais, promovendo a coparticipação dos cidadãos e a mobilização dos recursos disponíveis, permitirão obter ganhos em saúde.

Após análise dos dados, identificaram-se a/as situações onde a intervenção seria mais conveniente.

Assim, pretendia-se prestar cuidados no âmbito da prática especializada na área da enfermagem de CSP, com competência científica, técnica e relacional, à família (pessoa) e/ou grupo (comunidade): nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil; Planeamento Familiar; Saúde Materna; consultas dirigidas a Grupos de Risco como Diabéticos, Hipertensos e Hipocoagulados; Vacinação; Realização de Tratamentos/Curativos; Visitação Domiciliária.

3.2 Intervir na comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde

O Código Deontológico para Enfermeiros (1998) aborda o dever do enfermeiro Especialista como responsável da comunidade na promoção da saúde e nas respostas adequadas às necessidades em cuidados de enfermagem (artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 104/98, p.1754). Acresce ainda que como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária adquirem-se competências específicas, nomeadamente o estabelecer

programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados assim como a liderança de processos comunitários com a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e no exercício da cidadania (regulamento nº 128/2011).

Neste contexto, ao longo do estágio, foram agendadas ações de formação (anexo 2) em serviço para os enfermeiros dos CSP da ULSNE, tendo como objetivo minimizar/informar sobre as questões que maior número de frequências apresentaram nos questionários, com a calendarização que consta da tabela 1.

Formação	Formadoras
Gestão de conflitos	15/2/2016, formadoras-enfermeira Ana Sarmento e Dra. Rosa Correia
Postura e imagem profissional	23/2/2016, formadora enfermeira Ana Sarmento

Tabela 2 - Calendarização Ações de Formação em Saúde

Após cada formação, foi feito o diagnóstico da situação, pondo em prática alternativas para a melhoria da satisfação profissional do grupo em estudo observada anteriormente e melhorar a capacidade para o trabalho.

3.3 Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidade

É de responsabilidade da equipe de enfermagem o acolhimento do utente para vacinação, a vacina a ser administrada, as condições de conservação (mantidas na temperatura de +2°C a +8°C), a administração realizada dentro das normas e técnicas preconizadas pelo PNV (Programa Nacional de Vacinação) e as orientações pertinentes para possíveis contraindicações e reações adversas. O enfoque da imunização deve estar centrado neste tipo de orientação e despertar no profissional o interesse pela dinâmica de ações centralizadas nesta assistência, (PNV 2012).

Neste sentido, foi efetuada uma revisão bibliográfica acerca do Plano Nacional de Vacinação e especificidades da vacinação (indicações, contraindicações e efeitos adversos), apoiada na troca de informação mantida com a equipa de enfermagem, que se mostrou bastante enriquecedora.

Durante a prática na sala de vacinação observou-se que havia o cuidado por parte da enfermagem, em orientar, informar e educar o utente/família quanto à importância da vacinação, assim como reconvocar utentes faltosos e verificar esquemas incompletos de vacinas.

Este cuidado era reforçado nas sessões de educação para a saúde escolar, onde se realizavam ensinamentos/educação acerca da necessidade da vacinação e cuidados a ter antes e após a mesma, às quais tivemos oportunidade de assistir em alguns momentos. Era ainda solicitado às escolas que no dia da formação as crianças levassem o seu boletim individual de vacinas, para ser verificado e, desta forma, serem convocadas as crianças para administração das vacinas em falta.

Ao longo desta prática, realizou-se, por uma questão de coerência, uma recolha sobre a vacinação da gripe sazonal, na equipa multidisciplinar da UCC, no sentido de verificar se os procedimentos aplicados à população, eram também cumpridos na unidade (anexo I).

O resultado dessa recolha foi esclarecedor, pois dos 76 profissionais, apenas 39 referiram ter feito a vacina da gripe sazonal, o que permitiu concluir que existe a necessidade de implementar ações de sensibilização sobre a temática, no sentido de também prevenir possíveis situações de absentismo ou transmissão do vírus.

3.4 Integrar as intervenções, nos planos de atividades da UCC, com base no diagnóstico da situação de saúde

A UCC tem integrado vários projetos que se encontram distribuídos pelos vários profissionais dependendo da sua atuação.

A carteira básica da UCC, definida para a Unidade de Santa Maria teve por base o artigo 9º do despacho nº 10143/2009 onde consta que

Todas as atividades a desenvolver têm o seu alicerce no diagnóstico de saúde da comunidade, nas estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e nos programas em desenvolvimento, integram-se no plano de ação da ULSNe

em estreita articulação com todas as unidades funcionais do Centro de Saúde, e em consonância com as orientações técnicas do conselho clínico.

De forma a poder ser concretizado este objetivo e tendo em conta que os cuidados de enfermagem comunitários são, paralelamente, abrangentes e com particularidades muito próprias, foram elaboradas questões aos membros da equipa multidisciplinar de saúde sobre procedimentos e conteúdos mais suscetíveis de dúvidas tais como o registo em aplicações informáticas não utilizadas normalmente, a forma de organização do Centro de Saúde, no que diz respeito aos seus recursos humanos e materiais e ainda o horário de funcionamento.

Paralelamente, foram consultados os protocolos e normas de funcionamento do Centro de Saúde, no sentido de proceder à prestação de cuidados, respeitando a deontologia e ética do profissional de enfermagem e as normas da instituição.

A execução dos procedimentos técnicos de enfermagem pautou-se pelo conhecimento teórico-prático do percurso académico e profissional, bem como através da colaboração da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde.

4. Competências adquiridas

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (REPE, 1998).

A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de CSP, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2011).

Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2011).

As competências comuns do enfermeiro especialista são quatro: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as quais se descrevem individualmente:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

5. Análise crítico-reflexiva

Considera-se que o trabalho é uma das mais importantes maneiras do homem se posicionar como indivíduo único, que é algo que complementa e dá sentido à vida (Alberto, 2000; Lunardi, 1997), sendo, por isso, visto como um dos componentes da felicidade humana, onde a felicidade no trabalho é tida como resultante da satisfação plena de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentido de contribuição no exercício da atividade profissional.

A satisfação no trabalho exerce influência sobre o estado emocional do indivíduo, manifestando-se na forma de alegria decorrente da satisfação ou na forma de sofrimento decorrente da insatisfação (Locke, 1969, 1976, 1984). A satisfação com aspectos psicossociais do trabalho é vista como um dos componentes da felicidade no trabalho e tem sido operacionalizada como um dos aspectos representativos de bem-estar do trabalhador (Parker, Chmiel & Wall, 1997; Warr, 1994).

Apesar da influência que a satisfação no trabalho pode exercer sobre a capacidade para o trabalho dos trabalhadores, não existe um consenso sobre conceitos e teorias referentes a esse constructo. As teorias que abordam o tema evoluíram de uma concepção em que o trabalhador reage mecanicamente a fatores externos e que a satisfação no trabalho existe unicamente em função de salários, para concepções que contemplam as subjetividades.

Entre as várias teorias que abordam a satisfação no trabalho, seja ocupando-se dela diretamente, seja abordando-a no contexto de outros fenômenos, a Teoria de Locke sobre Satisfação no Trabalho contempla as relações entre satisfação no trabalho e saúde, em que satisfação no trabalho está relacionada ao prazer ou à felicidade no trabalho e insatisfação está na origem do desprazer ou do sofrimento no trabalho.

A associação entre satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho, tem sido demonstrada por meio de estudos transversais, porém ainda são necessários estudos longitudinais que demonstrem a direção causal dessas associações. São igualmente necessários estudos qualitativos sobre a dinâmica e o significado das associações observadas.

A título de reflexão sobre ações que promovam satisfação no trabalho e capacidade dos trabalhadores, sugere-se projetar e avaliar mudanças na concepção e organização do trabalho e que sejam direcionadas para os aspectos psicossociais do trabalho. Essas mudanças devem considerar, por exemplo:

- Prévia, discussão e consolidação internas, na organização, sobre as prioridades e conteúdo das mudanças, com a participação direta dos trabalhadores de todos os níveis hierárquicos;

- Mudanças nas formas de reconhecimento e valorização dos trabalhadores e de seu trabalho, seja por meio de comunicação verbal ou escrita, formal ou informal, pessoal ou coletiva, como por meio de incentivos ou recompensas a ideias, esforços e trabalhos realizados, com ênfase na clareza de apresentação e critérios de concessão dos mesmos;

- Implementar a autonomia e o controle no trabalho exercidos pelos trabalhadores, com aumento das participações individual e coletiva em processos decisórios (Sisson, 2000). Isso pode ser obtido pela valorização da análise e das decisões e consenso entre chefias e empregados e pela promoção do envolvimento dos empregados nas atividades de planejamento e organização e não apenas de execução do trabalho. Essas mudanças devem ser acompanhadas da clara definição das competências e das responsabilidades envolvidas evitando conflitos, ambiguidade de papéis e polivalência com excesso de pressões;

- Enriquecimento do trabalho e aumento do conhecimento e das habilidades a partir do envolvimento dos trabalhadores em todo o processo de trabalho, desde a concepção até a avaliação dos resultados, por meio de tarefas mais interessantes e complexas, que utilizem os conhecimentos e habilidades de que o trabalhador já dispõe e/ou a necessidade de aprendizagem e desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades, que signifiquem desafios dentro das expectativas dos trabalhadores;

- Possibilidade, para todos os envolvidos, de desenvolvimento da carreira e de segurança no emprego. Por meio, de desenvolvimento e avaliação de carreira, de competências; com o envolvimento dos empregados na concepção geral, definição de prioridades e critérios de avaliação, bem como incentivo para atividades e oportunidades de qualificação e de exercício de valores de cidadania;

- Aumento do suporte social. Por exemplo, por meio de sensibilização e capacitação de chefias e profissionais (de Recursos Humanos, Saúde, Segurança) para oferecer suporte, orientação ou encaminhamento adequado para questões ligadas à vida no trabalho ou afetada pelo trabalho;

- Priorizar o fluxo, o suporte e a qualidade das informações operacionais e organizacionais. Por exemplo, por meio da agilização na transmissão de informações entre os diversos níveis hierárquicos de forma que as informações cheguem completa e rapidamente às pessoas que delas necessitam; disponibilizar informações transparentes e claras sobre mudanças que estão sendo cogitadas ou acontecerão na empresa para diminuir boatos e tensões resultantes da incerteza e de informações mal planeadas, conflitantes ou tardias;

- Melhoria das condições do ambiente físico de trabalho por meio de (re) adequação das condições ambientais (ruído, temperatura, iluminação), áreas e postos de trabalho, circulação, repouso, lazer, do mobiliário e equipamentos, em conformidade com as normas técnicas e legislação mais avançadas em cada um desses aspectos. É imprescindível suscitar, facilitar e tornar prático reconhecido valorizado internamente o envolvimento dos empregados na priorização, definição, acompanhamento e avaliação dessas mudanças.

A validade desse tipo de mudanças pode ser ilustrada pelo impacto de programas de promoção da saúde no local de trabalho sobre a satisfação no trabalho. Peterson e Dunnagan (1998) identificaram que tais programas - embora percebidos como tendo valor para a melhoria da saúde e do bem-estar - não apresentavam impactos sobre a satisfação no trabalho. Por outro lado, os mesmos autores identificaram que mudanças na organização do trabalho com melhorias do ambiente psicossocial tiveram impactos substanciais tanto sobre a satisfação no trabalho, como sobre a saúde dos trabalhadores.

A implementação desse tipo de mudanças deve ser feita de modo que elas correspondam às necessidades, expectativas e desejos dos trabalhadores (quando não puderem atendê-los, que sejam muito bem expostos os motivos) e que sejam compatíveis com as características e as exigências das tarefas. Se tais pré-condições não forem respeitadas, as mudanças serão facilmente caracterizadas por aumento do volume de trabalho, das exigências e das responsabilidades, dos conflitos interpessoais,

constituindo novas fontes de sobrecarga para o trabalhador e, portanto, fontes de insatisfação e de riscos para a saúde e o bem-estar.

Este tipo de processo pode ser de longa duração, com uma implantação onde frequentemente ocorrem limitações decorrentes do contexto da empresa, sejam de caráter econômico, administrativo, de disponibilidade de recursos humanos e de tempo. Nesse sentido, mesmo em situações mais favoráveis, as mudanças devem ser feitas a partir das prioridades identificadas e elas podem e devem ser voltadas para implementar os aspectos psicossociais do trabalho que aparecem como principais fontes de satisfação no trabalho - e de alterar os aspectos que aparecem como principais fontes de insatisfação no trabalho em cada situação.

A título de reflexão e para ilustrar melhorias potenciais de níveis de satisfação no trabalho e capacidade do trabalhador, seria pertinente mudanças na concepção, nas condições e na organização do trabalho. Os exemplos aqui sugeridos servem apenas para enfatizar que mudanças devem ser norteadas:

- Incluir a participação direta no processo e favorecer aos trabalhadores a escolha e a organização mais autônoma possível, no sentido de autorregulação de seu trabalho (Sisson, 2000);

- Constituir estratégias para a promoção da satisfação no trabalho e da capacidade do trabalhador.

6. CONCLUSÃO

Com este relatório tentou-se demonstrar o resultado de uma caminhada que englobou todo o trabalho teórico e prático desenvolvido ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, aliado a experiências profissionais e pessoais, considerando atingidos os objetivos propostos inicialmente na elaboração do mesmo.

Realça-se a manifesta dificuldade inicial na elaboração deste relatório principalmente por ser difícil resumir e descrever o essencial do trabalho desenvolvido ao longo de todo o estágio.

Muitos dos momentos passados ao longo do curso são difíceis de descrever por palavras, pela sua intensidade e por muitas vezes estarem revestidas de improviso, procurando-se, ainda assim, expor, de forma clara e fundamentada, os objetivos desenvolvidos ao longo do estágio bem como a descrição das atividades realizadas para os concretizar.

Os objetivos foram atingidos, pois todas as experiências vividas, aprendizagens efetuadas e qualidade dos cuidados prestados resultaram num balanço positivo que contribuiu para o crescimento pessoal e profissional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberto, L. C. F. R. (2000). *Os determinantes da felicidade no trabalho: um estudo sobre a diversidade nas trajetórias profissionais de engenheiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Carteira básica da UCC, artigo 9º do despacho nº 10143/2009.

Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de Junho. Cria a Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto.

Direcção Geral da Saúde (2005). *Estatísticas: Centros de Saúde e Hospitais : Recursos e Produção do SNS, 2003*. Lisboa: Divisão de Estatística.

Direcção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional de vacinação. Norma 040/2011.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Lisboa: INE.

Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4 (4), 309-336.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In: M. D. Dunnette (Ed.). *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.

Locke, E. A. (1984). Job satisfaction. In: M. Gruneberg & T. Wall (Eds). *Social psychology and organizational behaviour* (pp. 93-117). New York: John Wiley & Sons.

Lunnardi Filho, W. D. (1997). Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo do trabalho da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50 (1), 77-92.

- Martinez, M. C. (2002). As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Martínez, C. M. S., Joaquim, R. H. V. T., Oliveira, E. B. & Santos, I. C. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista brasileira de fisioterapia*. São Carlos. 11 (1), 69-76. Disponível no URL http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_11.pdf, consultado a 12-11-2015.
- Ordem dos Enfermeiros. *Rede de Cuidados de Saúde Primários, Modelos de Gestão dos Centros de Saúde*. Consultado em 12 de Fevereiro de 2016, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>;
- Parker, S. K., Chmiel, N. & Wall, T. D. (1997). *The work characteristics and employe well-being within a context of strategic downsizing*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2 (4), 289-303.
- Peterson, M. & Dunnagan, T. (1998). *Analysis of a worksite health promotion program's impact on job satisfaction*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40 (11), 973-979.
- Regulamento 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- REPE art. 4 n.º1, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril
- Sisson, K. (2000). *Direct Participation and the Modernisation of Work Organisation*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work Stress*, 8 (2), 84-97.

Anexos

Anexo I

(Registo de Vacinação Gripe Sazonal)

Administração
VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE SAZONAL 2015/2016
Centro de Saúde – Bragança Stª Maria

Nº Mec.	Nome	Grupo Profissional	Inscrito	Lote vacina	Data administração	Administrador Assin./Nº Mec.
		Técnico Superior	Sim	m 292-3	01/10/2015	
		Pessoal de Enfermagem	Sim	nao fez	/	
		Pessoal em formação pré carreira	Sim	10170-1	30-10-2015	
		Assistente Técnico	Sim	nao fez	/	
		Pessoal em formação pré carreira	Sim	nao fez	/	
		Pessoal de Enfermagem	Sim	10170-1	15/12/2015	
		Pessoal em formação pré carreira	Sim	m 292-3	9/30/2015	
		Pessoal de Enfermagem	Sim	m 292-3	02/10/2015	
		Pessoal em formação pré carreira	Sim	10170-1	12/11/2015	
		Pessoal de Enfermagem	Sim	m 292-3	01/10/2015	
		Pessoal de Enfermagem	Sim	10170-1	16/09/2015	
		Pessoal de Enfermagem		nao fez	/	
		Pessoal de Enfermagem	Sim	m 292-3	01/10/2015	

Dina Alves: Médica do Trabalho
 Filomena Travenca: Def.ª do Trabalho
 Nao Pinto: Tec. Sup. Seg. do Trabalho
 Rui Vaz: Resp. Planos Emerg./Psicólogo

Serviço de Saúde e Risco Ocupacional (SSRO) da ULSNE

e-mail: filomena.travenca@ulsne.mh-saude.pt
 e-mail: n.pinto@ulsne.mh-saude.pt
 e-mail: rui.vaz@ulsne.mh-saude.pt

UH Mirandela, Ext.3494
 UH Mirandela, Tel. 961790231/52312, Ext.3494
 UH Mirandela, Ext.3506

76-natel
 39-fizem ue
 u celo Gripe

		Pessoal de Enfermagem		nao f3	nao
		Pessoal de Enfermagem	Sim	PP291-1	08/10/2015
		Pessoal de Enfermagem	Sim	PP291-3	16/10/2015
		Pessoal Médico		nao f3	/
		Pessoal Médico	Sim	PP291-1	09/10/2015
		Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Sim	nao f3	/
		Pessoal de Enfermagem	Sim	PP291-3	8/10/2015
		Assistente Técnico	Sim	PP291-3	9/10/2015
		Assistente Técnico	Sim	nao f3	/
		Assistente Técnico	Sim	PP291-3	01/10/2015
		Pessoal Médico		nao f3	/
		Pessoal de Enfermagem	Sim	PP291-3	01/10/2015
		Pessoal Médico		nao f3	/
		Assistente Operacional	Sim	PP170-1	13/11/2015
		Pessoal Médico	Sim	nao f3	/
		Pessoal em formação pré carreira	Sim	nao f3	/
		Assistente Técnico	Sim	PP291-3	01/10/2015

		Pessoal Médico		10/167-1	8/10/2015
	ES	Assistente Técnico	Sim	nao t3	/
	IA	Pessoal de Enfermagem	Sim	10/170-1	20/10/2015
		Assistente Técnico	Sim	nao t3	/
		Assistente Técnico	Sim	nao t3	/
		Assistente Técnico		nao t3	/
	A	Assistente Técnico		10/167-1	8/10/2015
		Pessoal Médico	Sim	nao t3	/
		Assistente Operacional		nao t3	/
		Pessoal de Enfermagem	Sim	1429-3	02/10/2015
		Assistente Técnico		nao t3	/
		Pessoal de Enfermagem	Sim	1164-1	8/10/2015
	B	Pessoal Médico	Sim	10/170-1	02/10/2015
		Assistente Operacional		nao t3	/
		Assistente Técnico		nao t3	/
		Assistente Técnico		nao t3	/
		Pessoal Médico	Sim	nao t3	/

		Assistente Operacional	Sim	M7291-3	2/10/2015	
	A	Pessoal de Enfermagem		sem registo vacinal		
		Pessoal Médico	Sim	M7291-3	1/10/2015	Helena
		Pessoal Médico	Sim	M7291-3	9/10/2015	
		Pessoal de Enfermagem	Sim	M7291-3	9/10/2015	
		Pessoal de Enfermagem	Sim	M7291-3	29/10/2015	
		Assistente Técnico		_____		
		Assistente Operacional	Sim	M7291-3	1/10/2015	
		Assistente Técnico		_____		
		Assistente Técnico	Sim	_____		
		Técnico Superior		sem registo vacinal		
		Pessoal Médico	Sim	_____		
		Assistente Operacional	Sim	M0167-1	9/10/2015	
		Pessoal Médico	Sim	_____		
		Pessoal de Enfermagem	Sim	M7291-3	1/10/2015	
		Assistente Operacional	Sim	M7291-3	1/10/2015	Helena
		Pessoal Técnico Superior de Saúde	Sim	M7291-3	1/10/2015	

		Pessoal de Enfermagem	Sim	M7291-3	26/10/2015
		Pessoal de Enfermagem	Sim	M7291-3	2/10/2015
		Pessoal em formação pré carreira		M0167-1	7/10/2015
		Pessoal em formação pré carreira	Sim	_____	_____
		Conselhos de Administração	Sim	_____	_____
		Pessoal de Enfermagem		_____	_____
		Assistente Operacional		_____	_____
		Pessoal em formação pré carreira		_____	_____
		Pessoal de Enfermagem	Sim	M0167-1	9/10/2015
		Pessoal em formação pré carreira		_____	_____
		Assistente Técnico	Sim	M7291-3	2/10/2015
		Pessoal de Enfermagem	Sim	M0167-1	7/10/2015

Anexo II

(Avaliação das Formações)

TEMA: Postura e Imagem Profissional

Data: 23/02/2016

Duração: 1 hora

Horário:11-12/16-17

	<i>Negativa</i>		<i>Positiva</i>	
1. Utilidade temas abordados	0	0	5	16
2. Conteúdos abordados	0	0	4	17
3. Grau de satisfação	0	0	6	15
4. Correspondeu às minhas expectativas	0	0	4	17
5. À linguagem utilizada pelo formador	0	0	2	19
6. Ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os/as formandos/as	0	0	5	16
7. Dinamização e ao incentivo à participação	0	0	5	16
8. Instalações	0	0	3	18
9. Disponibilização de material de apoio	0	0	5	16
10. Meios audiovisuais	0	0	5	16
11. Apoio técnico /Administrativo/Pedagógico	0	0	4	17

Sugestões/Criticas

Outros temas a incluir neste tipo de

Ações: _____

Sugestões: _____

Observações:

TEMA: Gestão de Conflitos

Data: 15-02-2016

Duração: 60min

Horário: 11h/12h-16/17h

	<i>Negativa</i>		<i>Positiva</i>	
1. Utilidade temas abordados	0	0	1	20
2. Conteúdos abordados	0	0	1	20
3. Grau de satisfação	0	0	2	19
4. Correspondeu às minhas expectativas	0	0	1	20
5. À linguagem utilizada pelo formador	0	0	3	21
6. Ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os/as formandos/as	0	0	1	20
7. Dinamização e ao incentivo à participação	0	0	2	19
8. Instalações	0	0	3	18
9. Disponibilização de material de apoio	0	0	5	16
10. Meios audiovisuais	0	0	3	18
11. Apoio técnico /Administrativo/Pedagógico	0	0	5	16

Sugestões/Criticas

Outros temas a incluir neste tipo de

Ações: _____

Sugestões: _____

Observações:
