

III MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE
ESPECIALIDADE DE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL E COMUNITÁRIA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, n.º.250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Diagnóstico e Intervenção Sócio Organizacional e Comunitária

SATISFAÇÃO / MOTIVAÇÃO DOS ENFERMEIROS PROFISSÃO, SERVIÇO E HIERARQUIA

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Sandra Maria Ventura de Abreu

Orientador:

Professor Doutor Domingos Braga



170 378

ÉVORA

Dezembro de 2009

“Só há uma forma de uma empresa ter progresso. Primeiro, é preciso dar-lhe um rumo. Segundo, é preciso fazer com que os empregados acreditem nesse rumo.

Terceiro é preciso motivar os empregados para que eles ajudem a gestão a chegar lá. Portanto, na minha opinião só há um segredo: os empregados, a motivação das pessoas.”

(Fernando Pinto, gestor da TAP, em entrevista à revista Única, Expresso, 9/04/04)

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS	9
AGRADECIMENTOS	10
RESUMO	11
ABSTRAT.....	13
INTRODUÇÃO.....	16
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
CAPÍTULO I.....	22
1 - CONCEITO DE PROFISSÃO	22
CAPÍTULO II.....	30
1 - O PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM	30
2 - EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL.....	33
2.1 - CONTEXTO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES.....	41
2.2 - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS.....	43

CAPÍTULO III.....	48
1 - SATISFAÇÃO NO TRABALHO	48
1.1 - SATISFAÇÃO NO TRABALHO E SAÚDE FÍSICA /SAÚDE MENTAL	54
CAPÍTULO III.....	56
1 - MOTIVAÇÃO	56
1.1 - MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO	61
2 - TEORIAS DAS MOTIVAÇÕES HUMANAS	62
2.1 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL: TEORIAS SOBRE A SATISFAÇÃO NO TRABALHO.....	65
Figura 1 – Classificação das teorias da motivação	66
Figura 2- Teoria nas das Necessidades Humanas de Maslow.....	68
2.2 - O FUTURO DAS TEORIAS DA MOTIVAÇÃO	78
3- SATISFAÇÃO NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS.....	81
4 - FACTORES GERAIS QUE ALTERAM O NÍVEL DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO	86
CAPÍTULO IV	97
1 – CONCEITO DE LIDERANÇA.....	97
1.1 – DIMENSÕES DO CONCEITO DE LIDERANÇA	101
1.2 - TIPOS DE LIDERANÇA	111
CAPÍTULO VI.....	118
1- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	118
1.1 - ORIENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	121
2 – DELINEAMENTO DOS OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	123

2.1 – OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	125
2.2 – ENUNCIÇÃO DE HIPÓTESES.....	126
3 - ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS.....	127
3.1 - VALIDADE E FIDELIDADE DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	131
4 - PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	135
5 - SELECÇÃO DO TERRENO DE PESQUISA.....	137
5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/ ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO	138
5.2 – BREVE HISTORIAL SOBRE A EVOLUÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	139
5.3 – RECURSOS HUMANOS, ORGANOGRAMA E REGULAMENTO DO CENTRO HOSPITALAR	141
5.4 - SELECÇÃO DE ACTORES.....	142
5.5 – DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS.....	144
6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	145
6.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	146
6.2 – NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	189
7 – CONCLUSÃO	193
8 – PLANO DE INTERVENÇÃO.....	199
9 – BIBLIOGRAFIA	201

ÍNDICE DE QUADROS

<u>Quadro n.º 1 – Distribuição dos inquiridos por género</u>	147
<u>Quadro n.º 2 – Distribuição dos inquiridos por idade</u>	147
<u>Quadro n.º 3 – Distribuição dos inquiridos por estado civil</u>	148
<u>Quadro n.º 4 - Distribuição dos inquiridos por formação profissional</u>	149
<u>Quadro n.º 5 - Distribuição dos inquiridos por serviço onde exercem funções</u>	149
<u>Quadro n.º 6 - Distribuição dos inquiridos por funções de chefia</u>	150
<u>Quadro n.º 7 - Distribuição dos inquiridos por tempo de profissão</u>	150
<u>Quadro n.º 8 - Distribuição dos inquiridos por tempo no serviço</u>	151
<u>Quadro n.º 9 - Distribuição dos inquiridos por horário de trabalho</u>	151
<u>Quadro n.º 10 - Distribuição dos inquiridos por horário de trabalho</u>	152
<u>Quadro n.º 11 - Distribuição dos inquiridos por vínculo institucional</u>	152
<u>Quadro n.º 12 - Distribuição dos inquiridos por sentimentos relativos à profissão</u>	154
<u>Quadro n.º 13 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas que têm apresentado no último mês</u>	155
<u>Quadro n.º 14 - O meu superior hierárquico tem atitudes claras para com os enfermeiros do serviço</u>	157
<u>Quadro n.º 15 – O meu superior hierárquico é aberto à mudança</u>	157
<u>Quadro n.º 16- O meu superior hierárquico é simpático e acessível ao diálogo</u>	158
<u>Quadro n.º 17 – O meu superior hierárquico preocupa-se com o bem-estar profissional e pessoal dos enfermeiros do serviço</u>	159
<u>Quadro n.º 18 – Os enfermeiros do serviço são sempre ouvidos quando o superior hierárquico tem que tomar alguma decisão relativamente aos mesmos</u>	159

<u>Quadro n.º 19 – O meu superior hierárquico encoraja e motiva os enfermeiros a melhorar o seu desempenho através de críticas construtivas</u>	160
<u>Quadro n.º 20 – Quando me deparo com algum problema pessoal / profissional, tenho o apoio do meu superior hierárquico</u>	160
<u>Quadro n.º 21 – O meu superior hierárquico respeita-me enquanto pessoa e não apenas como profissional</u>	161
<u>Quadro n.º 22 – O meu superior hierárquico valoriza-me enquanto profissional</u>	162
<u>Quadro n.º 23 – O meu superior hierárquico fomenta e encoraja à formação profissional dos enfermeiros</u>	162
<u>Quadro n.º 24 – Existe uma boa comunicação entre os enfermeiros e o superior hierárquico</u>	163
<u>Quadro n.º 25 – Quando há necessidade de falar com o meu superior hierárquico este mostra-se receptivo</u>	164
<u>Quadro n.º 26 – Quando o superior hierárquico tem necessidade de abordar os enfermeiros relativamente aos aspectos negativos fá-lo de modo a motivar e de uma forma construtiva</u>	164
<u>Quadro n.º 27 – Relação entre satisfação e género</u>	166
<u>Quadro n.º 28 – Relação entre satisfação e estado civil.....</u>	167
<u>Quadro n.º 29 – Relação entre satisfação e idade.....</u>	168
<u>Quadro n.º 30 – Relação entre satisfação e formação profissional</u>	170
<u>Quadro n.º 31 – Relação entre satisfação e tempo de profissão</u>	171
<u>Quadro n.º 32 – Relação entre satisfação e serviço onde trabalha.....</u>	172
<u>Quadro n.º 33 – Relação entre satisfação e tempo de serviço.....</u>	173
<u>Quadro n.º 34 – Relação entre satisfação e funções de chefia</u>	174
<u>Quadro n.º 35 – Relação entre satisfação e horário de trabalho</u>	175
<u>Quadro n.º 36 – Relação entre satisfação e tipo de horário</u>	176
<u>Quadro n.º 37 – Relação entre satisfação e vínculo à instituição</u>	177
<u>Quadro n.º 38 – Relação entre satisfação e sentimentos dos enfermeiros face ao trabalho</u>	179

<u>Quadro n.º 39 – Relação entre satisfação geral no trabalho e género</u>	180
<u>Quadro n.º 40 – Relação entre satisfação geral no trabalho e estado civil</u>	181
<u>Quadro n.º 41 – Relação entre satisfação geral no trabalho e idade</u>	182
<u>Quadro n.º 42 – Relação entre satisfação geral no trabalho e formação profissional</u>	182
<u>Quadro n.º 43 – Relação entre satisfação geral no trabalho e tempo de profissão</u>	183
<u>Quadro n.º 44 – Relação entre satisfação geral no trabalho e serviços estudados</u>	184
<u>Quadro n.º 45 – Relação entre satisfação geral no trabalho e tempo de serviço</u>	185
<u>Quadro n.º 46 – Relação entre satisfação geral no trabalho e funções de chefia</u>	185
<u>Quadro n.º 47 – Relação entre satisfação geral no trabalho e horário de trabalho</u>	186
<u>Quadro n.º 48 – Relação entre satisfação geral no trabalho e tipo de horário</u>	187
<u>Quadro n.º 49 – Relação entre satisfação geral no trabalho e vínculo à instituição</u>	187
<u>Quadro n.º 50 – Relação entre satisfação geral no trabalho e sentimentos relativos ao trabalho</u>	188
<u>Quadro n.º 51 – Relação entre satisfação geral no trabalho e serviços</u>	189
<u>Quadro n.º 52 – Médias relativas aos Índice de satisfação geral no trabalho, Índice de satisfação com a profissão, serviço e hierarquia</u>	190
<u>Quadro n.º 53 – Padrão de distribuição dos índices</u>	Erro! Marcador não definido.
<u>Quadro n.º 54 – Comparação do grau de satisfação dos enfermeiros por serviço estudado relativamente à profissão, serviço e hierarquia</u>	190
<u>Quadro n.º 55 – Relação entre satisfação geral no trabalho e sintomas sentidos pelos enfermeiros</u>	192

ÍNDICE DE FIGURAS

<u>Figura 1 – Classificação das teorias da motivação</u>	66
<u>Figura 2- Teoria nas das Necessidades Humanas de Maslow</u>	68

AGRADECIMENTOS

Estas primeiras páginas, e últimas palavras que escrevo neste trabalho, são para dedicar a todas as pessoas que me aconselharam, motivaram, orientaram, reforçaram, cuidaram, ouviram, protegeram e colaboraram ao longo desta minha época especial de vida e de trabalho.

A elaboração de uma dissertação é um produto colectivo apesar do trabalho do investigador ser por vezes bastante solitário. Várias pessoas contribuíram para que este trabalho chegasse a bom termo. Deixo o meu agradecimento a todas elas.

Ao Prof. Dr. Domingos Braga, orientador desta tese.

Ao conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central por ter permitido a realização deste estudo de investigação na instituição onde trabalho.

A todos os enfermeiros do Centro Hospitalar de Lisboa Central que preencheram o questionário, tornando possível a execução desta dissertação.

Às pessoas mais importantes da minha vida. À minha família, pais e irmão, pelo apoio incondicional que sempre me deram. Sei que estão orgulhosos de mim por ter concluído mais esta fase, e este trabalho é em parte para vós.

Um profundo e sentido agradecimento aos meus pais pela confiança que me inculcaram ao longo dos meus anos de vida, sei que é a vós que devo o facto de ser aquilo que sou hoje.

Um agradecimento especial ao meu saudoso avô que certamente ficaria muito orgulhoso pelo término deste trabalho.

A todos o meu Muito Obrigada!

RESUMO

SATISFAÇÃO/MOTIVAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Profissão, serviço e hierarquia

Apesar de décadas de estudos, as opiniões são controversas. Não existe uma opinião comum entre os pesquisadores sobre o que é e como ocorre a motivação, a satisfação e a insatisfação no trabalho.

As condições físicas dos serviços são um factor primordial para a motivação, satisfação ou insatisfação do trabalhador, assim como o tipo de liderança existente no mesmo. Ao longo da nossa história tem-se assistido a muitos exemplos de liderança, uns mais, outros menos eficazes.

A satisfação no trabalho é um estado afectivo resultante da apreciação das características percebidas do trabalho e da organização. Neste contexto de mudanças na administração pública em geral e na área da saúde em particular, surge este estudo em contexto hospitalar, motivado pela necessidade de conhecer a satisfação dos enfermeiros de um Centro Hospitalar de Lisboa e a relação com algumas variáveis sócio demográficas.

Optou-se pelo paradigma quantitativo, numa amostra de 122 inquiridos pertencentes a um grupo de profissionais de enfermagem de um Hospital Central de Lisboa. Para a elaboração da parte empírica utilizou-se o método por questionário de escolha múltipla.

Os objectivos definidos:

Objectivo Geral: Perceber o nível de motivação/ satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão ao serviço e à hierarquia.

Objectivos específicos: Identificar o nível de satisfação/motivação dos enfermeiros dos serviços estudados relativamente à profissão, em função das variáveis sócio-demográficas.

- Caracterizar os aspectos com os quais os enfermeiros têm maior e menor satisfação relacionados com a profissão, serviço e hierarquia.

- Identificar se existe relação entre o nível de motivação/satisfação e os sintomas físicos sentidos.

Os participantes da amostra são, maioritariamente do sexo feminino, a média de idades é de 32 anos, grande percentagem já tem como habilitações profissionais a licenciatura, têm entre 1 e 28 anos de profissão e 1 e 28 anos no serviço actual, 17,2% exercem funções de chefia. Grande percentagem da amostra tem como horário semanal de trabalho 35 horas e trabalham em horário rotativo.

Os enfermeiros são profissionais que mostram insatisfação relativamente à profissão e hierarquia e moderada satisfação relativamente aos serviços.

A satisfação dos enfermeiros quanto à profissão altera-se de acordo com o horário de trabalho, vínculo à instituição e os sentimentos que os mesmos têm relativamente ao trabalho.

A satisfação dos enfermeiros relativamente ao serviço altera-se consoante o tempo de profissão e com os sentimentos que os profissionais apresentam relativamente ao trabalho.

Quanto à satisfação dos enfermeiros relativamente à hierarquia altera-se dependendo da idade dos profissionais, do tempo de profissão e do serviço onde desempenham.

Relativamente à satisfação geral com o trabalho, esta pode alterar dependendo da idade, do tempo de profissão, do serviço onde desempenham funções e dos sentimentos dos profissionais relativamente ao trabalho.

De salientar que ao analisarmos os serviços estudados separadamente concluímos que os enfermeiros do serviço de urgência são profissionais muito insatisfeitos com a hierarquia e os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica

são profissionais pouco satisfeitos mas apesar de tudo satisfeitos com a hierarquia.

ABSTRAT

SATISFACTION / MOTIVATION OF NURSES Occupation, service and hierarchy

Behind decades of studies, the opinions are controversial. There is a common opinion among researchers about what is and how is the motivation, satisfaction and dissatisfaction at work.

The physical conditions of services are a major factor in motivation, satisfaction or dissatisfaction of the worker and the type of leadership exists in it. Throughout our history have seen many examples of leadership, some more, some less effective.

Job satisfaction is an affective state resulting from the assessment of the perceived characteristics of work and organization. In this context of changes in public administration in general and in health in particular, this study appears in the hospital setting, motivated by the need to know the satisfaction of nurses in a Hospital in Lisbon and the relationship with sociodemographic variables. We chose the quantitative paradigm in a sample of 122 respondents belonging to a group of nursing professionals in a central hospital in Lisbon. In developing the empirical part we used the method for multiple-choice test.

The objectives:

General Objective: To understand the level of motivation / satisfaction of nurses for the profession and the service hierarchy.

Specific objectives: To identify the level of satisfaction / motivation of nursing service studied for the profession, according to the socio-demographic variables.

- Characterize the points with which nurses have the highest and lowest satisfaction related to the profession, service and hierarchy.

- To identify if there is a relationship between the level of motivation / satisfaction and physical symptoms felt.

The sample participants are mostly female, average age is 32 years, a large percentage already has the professional qualifications of the degree, are between 1 and 28 years of occupation and 1 and 28 in the current service, 17.2 % hold positions of leadership. A great percentage of the sample has the working week and working 35 hours on rotating schedule.

Nurses are professionals who show dissatisfaction with the profession and the hierarchy and moderately satisfied for the services, the latter fact can be justified by what is possible when the organization professionals are available and perform functions in service to their liking and they like to work.

The satisfaction of nurses as the profession changes according to working hours, commitment to the institution and the feelings they have for the work.

The satisfaction of nurses for the service changes depending on the length of service and with the feelings that professionals are on the job.

The satisfaction of nurses from the hierarchy will change depending on the age of professionals, time and professional service where they play. For the overall satisfaction with the work, this may change depending on age, length of employment, where the service functions and the feelings of the professionals for the job.

Note that when analyzing the services studied separately concluded that the nurses in the emergency department professionals are very unhappy with the hierarchy and the nurses of the Unit of Emergency Medical professionals are somewhat satisfied but still happy

INTRODUÇÃO

As organizações são estruturas organizadas com objectivos, recursos humanos e dinâmica próprios de acordo com os equipamentos e natureza das actividades a que se dedicam.

O trabalho pode contribuir significativamente para a satisfação/ motivação, pode-se afirmar que para o Homem o trabalho deixou de ser fundamentalmente um meio de sobrevivência, assumindo-se, também, como um meio de realização pessoal e de integração social. O tipo de vida que cada indivíduo tem, a forma como se relaciona e se integra na sociedade depende, cada vez mais, do tipo de trabalho que realiza e do sucesso do seu desempenho.

É importante que o trabalho seja motivador e proporcione o nível de satisfação necessária para contribuir para o bem-estar global do ser humano, na sociedade actual o Homem passa cada vez mais horas no trabalho.

A satisfação no trabalho segundo Vala "...um constructo que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho." (Vala *et al*, 1994)

O comportamento organizacional dos indivíduos, grupos, equipas pode ser condicionado pela satisfação e pode interferir de duas formas, positiva ou negativa.

A satisfação no trabalho começou a ser objecto de estudo por parte dos teóricos, investigadores e gestores a partir do momento em que o modelo Taylorista da organização do trabalho foi posto em causa e se valorizou o factor humano nas empresas. A partir daí, a satisfação no trabalho tem sido considerada de primordial importância porque, directa ou indirectamente, é associada

simultaneamente à produtividade das empresas e à realização profissional dos seus trabalhadores. Conforme refere Aliaga *et al.*, (1993) a relação existente entre a satisfação no trabalho e o rendimento deste, é um motivo importante para o seu estudo. No mundo actual as organizações que estão empenhadas no seu crescimento e desenvolvimento valorizam os seus colaboradores, quer do ponto de vista das competências técnicas, quer científicas. Estes constituem uma das mais importantes componentes, as condições de trabalho bem como o tipo de tarefas que lhes estão atribuídas, influenciam a sua motivação e satisfação e conseqüentemente melhoram a sua qualidade de desempenho.

No mundo das organizações não existe nenhuma dúvida, que um objectivo importante é fazer com que os trabalhadores se encontrem satisfeitos com as condições e o tipo de tarefas que desenvolvem. Não é em vão que a insatisfação no trabalho é estudada muitas vezes como variável preditiva do absentismo laboral, da agressividade no posto de trabalho ou, baixo rendimento do trabalhador.

A satisfação no trabalho, conforme define Ferreira e Sousa (2006), é um estado afectivo resultante da apreciação das características percebidas do trabalho e da organização. São múltiplos os factores condicionantes da satisfação, entre eles encontra-se o ambiente interno das organizações (clima organizacional) e as próprias características pessoais do indivíduo. Por outro lado a satisfação no trabalho no exercício da profissão de enfermagem em ambiente hospitalar é, no entender do investigador, um aspecto de primordial importância, já que o profissional de enfermagem cuida de pessoas doentes, com maior ou menor grau de dependência nas suas actividades de vida diária.

A experiência do quotidiano possibilita um olhar sobre a realidade do funcionamento das instituições. As constantes transformações ocorridas nos diferentes domínios das intervenções do enfermeiro, operadas por forças da exigência de elevados padrões de qualidade, aliadas a políticas economicistas, bem como a sua irrefutável relação com os diversos factores envolvidos no processo, provocaram a reflexão sobre o tema da satisfação e motivação dos enfermeiros. Dado o nosso interesse por este assunto sentimo-nos motivados a

desenvolver um trabalho de investigação cujo principal objectivo fosse perceber o nível de satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão que desempenham, do serviço onde trabalham e do seu superior hierárquico.

Mais importante do que conhecer o nível de satisfação do enfermeiros, é tentar compreender as razões ou motivações que estão na sua determinação e na essência da sua génese.

Assim, o investigador interrogou-se sobre as seguintes questões:

- Qual o nível de satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão, serviço e hierarquia?

- Em que medida as variáveis sócio-demográficas interferem na motivação/satisfação dos enfermeiros que exercem funções nos serviços onde foi realizado o estudo?

- Qual a relação entre os sintomas físicos dos enfermeiros e o nível de satisfação/motivação relativamente à profissão, serviço e hierarquia?

Na Enfermagem a satisfação no trabalho assume particular importância, pois, pode ajudar a manter o equilíbrio emocional atendendo a que é uma profissão em que a relação com o próximo é essencial.

A liderança tem sido objecto de estudo desde há vários anos. Saber como conseguir uma liderança eficaz e como esta deve ser exercida tem evoluído ao longo dos séculos, na perspectiva de encontrar a forma mais eficaz.

Deste modo, ao longo da nossa história tem-se assistido a muitos exemplos de liderança, uns mais eficazes, outros menos. Os líderes podem ser considerados eficazes numa determinada situação, e ineficazes noutras situações; alguns estudos têm tentado explicar algumas inconsistências de lideranças. Apesar destas dúvidas a necessidade de liderança nas organizações é inquestionável, sendo que a liderança é actualmente considerada como uma das principais ferramentas de sucesso em qualquer organização e imprescindível em qualquer profissão, o que também se aplica à profissão de enfermagem. Hoje em dia não basta ser-se um bom gestor ou um bom chefe. Acima de tudo é importante ser-se um bom líder.

Vive-se actualmente um clima de exigência crescente em termos de definição de objectivos e de concretização de resultados, em que as questões relativas às lideranças e sua importância no funcionamento das organizações estão na ordem do dia. Gil (1994) refere que “a liderança constitui uma das mais importantes influências que se pode exercer em relação ao desempenho das pessoas. O processo de liderança é bastante complexo, com sucessivas abordagens e teorias ao longo dos tempos.

Este estudo foi realizado num Centro Hospitalar da região de Lisboa. É um hospital EPE (Entidade Pública Empresarial). A amostra foi constituída pelos enfermeiros que exercem funções no serviço de Urgência e na Unidade de Urgência Médica, por estes serviços funcionarem de um modo muito idêntico e a chefia ter, aproximadamente o mesmo tempo de formação.

Em termos de metodologia optamos pelo estudo quantitativo e, tendo em consideração os objectivos definidos, optou-se por um estudo não experimental, transversal e correlacional. Os dados para desenvolver este estudo foram recolhidos através de um questionário constituído por duas partes distintas, uma primeira parte com questões sócio-demográficas e uma segunda parte com afirmações no sentido de avaliar a satisfação dos inquiridos relativamente à profissão, serviço e hierarquia.

Do ponto de vista estrutural o trabalho está sistematizado em duas partes: a primeira é dedicada ao enquadramento teórico e a segunda à investigação empírica realizada.

A primeira parte que inclui o enquadramento teórico do tema em estudo está dividido em cinco capítulos onde são tratadas várias temáticas entre as quais conceito de profissão, o processo de trabalho em enfermagem, evolução da enfermagem em Portugal, contexto de trabalho dos enfermeiros portugueses, características do trabalho dos enfermeiros, satisfação no trabalho, satisfação no trabalho e saúde física/ saúde mental, motivação, teoria das motivações humanas, satisfação profissional: teorias sobre a satisfação no trabalho, o futuro das teorias da motivação, satisfação no trabalho dos enfermeiros, conceito de liderança, tipos

de liderança, organização, motivação e equipas, trabalho em equipa, equipas na área da saúde, motivação das equipas.

A segunda parte inicia-se com o sexto capítulo onde é apresentada a investigação realizada. Inicia-se pela descrição da problemática em investigação, objectivos e tipo de estudo, seguidamente são descritos os aspectos relativos à contextualização do estudo, às hipóteses, à população e amostra, aos instrumentos de recolha de dados e às variáveis em estudo.

Outro capítulo fundamental desta segunda parte do estudo, consiste na apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, através da caracterização da amostra e testando as hipóteses levantadas. Finaliza-se este trabalho com um capítulo onde se expõem as conclusões, sendo dado ênfase aos resultados obtidos e considerados relevantes.

De salientar que é apresentado um plano de intervenção que contempla algumas estratégias que visam melhorar o nível de satisfação dos enfermeiros.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1 - CONCEITO DE PROFISSÃO

O fenómeno das profissões foi reflectido por vários pensadores já no final século XIX, tais como Weber, Durkheim, Spencer, Saint-Simon entre outros podendo desta forma fornecer importantes contributos para o seu estudo. Todos estes autores atribuem às profissões um valor positivo e consideram-nas como formas superiores de organização social, logo, manifestações de desenvolvimento e modernidade.

Ao longo dos anos tem-se vindo, cada vez mais a aprofundar o fenómeno das profissões.

“ A primeira interrogação – o que é uma profissão? Que traços ou características as distinguem de outras ocupações? – constitui a principal preocupação de uma série de autores, que procurarão identificar tais características, atributos ou traços e definir o tipo “perfeito” ou ideal de profissão. Encontrados os traços e definido o ideal tipo, as profissões existentes são classificadas no que respeita às suas características, ao seu modo de funcionamento e organização, com o objectivo de verificar em que medida se aproximam ou afastam do modelo; e assim num mesmo passo, surgiram associados ao conceito de profissão, novas noções, como “semi-profissão”, “quase profissão” e “não profissão”, para clarificar grupos ocupacionais que se afastam do tipo idealmente definido...” (Rodrigues, 2002:7)

Uma das principais preocupações de Carr Saunders e Wilson foi identificar os atributos que permitissem distinguir as profissões. Uma profissão surge quando

um número definido de pessoas com formação especializada prática e técnica dão resposta às necessidades sociais.

“A constituição das profissões decorreria de: i) uma especialização de serviços, permitindo a crescente satisfação de uma clientela; ii) a criação de associações profissionais, obtendo para os seus membros a protecção exclusiva dos clientes e empregadores requerendo tais serviços, isto é, estabelecendo uma linha de demarcação entre pessoas qualificadas e não qualificadas, fixando códigos de conduta e de ética para os qualificados; iii) o estabelecimento de uma formação específica fundada sobre um corpo sistemático de teorias, permitindo a aquisição de uma cultura profissional” (Rodrigues, 2002:8)

Para Parsons (1939) todo o comportamento é resultado de motivações económicas, diz ainda que as profissões são orientadas por motivações altruísticas e não por razões económicas.

“Em contraste com os negócios, nesta interpretação a profissão é caracterizada pelo desprendimento. Não se encara o profissional como apostado apenas em conseguir lucros, mas sim, em prestar serviços aos seus pacientes ou clientes ou a valores impessoais como seja o avanço da ciência (...) O estudo das profissões pela eliminação do elemento “interesse próprio” no sentido vulgar, parecia proporcionar uma abordagem favorável para análise da (sociedade moderna)” (citado por Rodrigues, 2002:9)

Para Goode as profissões constituem comunidades onde os membros partilham uma identidade, valores, linguagem e um estatuto adquirido para toda a vida.

A sociedade concede às profissões autonomia em troca da capacidade de controlo; recompensas e prestígio em troca de competência; monopólio através de licenças em troca das melhores prestações ou serviços. É também a sociedade que oferece poder às comunidades profissionais, que oferecem como contrapartida principal uma procura constante de elevação dos níveis de formação dos seus membros.

Para Goode o conhecimento é a variável central, logo para alcançar o estatuto de profissão são necessários elevados níveis de conhecimento e

dedicação. As profissões serão definidas por dois elementos, o conhecimento profissional (sendo estes conhecimentos abstractos organizados num corpo codificado de princípios, aplicáveis a problemas concretos, aceites como tal pela sociedade, veiculados por uma comunidade com capacidade para criar, organizar e transmitir esses mesmos conhecimentos) e o ideal de serviço ou orientação para a comunidade (considerando-se um conjunto de normas através das quais as soluções técnicas são baseadas nas necessidades dos clientes, mas não necessariamente determinadas por eles, o profissional tem poder para decidir e impor soluções).

A abordagem funcionalista assentou em três pressupostos que definiram o conceito de profissão, são eles:

1 - O saber científico e prático e o ideal de serviço, corporizados por comunidades formadas em torno do mesmo corpo de saber, dos mesmos valores e ética de serviço deram origem ao estatuto profissional;

2 - Devido a uma formação longa que fundamenta a competência surge o reconhecimento profissional;

3 - As instituições profissionais surgem como resposta a necessidades sociais permitindo assim o bom funcionamento da sociedade.

Fora do quadro do paradigma funcionalista surge a abordagem interaccionista com E. Hughes, este, identifica as escolas e os professores como instituições de primordial importância nos processos de profissionalização, percebe a formação como um meio, um recurso, e não um atributo.

Segundo a perspectiva interaccionista, as profissões são apenas ocupações que adquiriram e mantêm a posse de títulos honoríficos, a imagem que as próprias profissões querem transmitir corresponde ao modelo profissional.

A perspectiva interaccionista coloca a ênfase na diversidade e no conflito de interesses dentro das profissões e analisam as implicações e as alterações que resultam destes processos conflituais, no que diz respeito à situação dos grupos ocupacionais. Considera também que as profissões não são blocos homogêneos ou comunidades cujos membros partilham identidades, valores e interesses por força dos processos de socialização sofridos nas instituições de formação. Dentro

de cada profissão existem grupos que são constituídos a partir das inúmeras instituições de formação, de recrutamento e das actividades desenvolvidas por membros do mesmo grupo ocupacional, através da utilização de diferentes técnicas e metodologias, pela diversidade dos sentidos de missão, estas diferenças podem mesmo originar diferentes associações de interesses no interior do próprio grupo. Os diversos grupos dentro da mesma profissão tendem a desenvolver identidades distintas, um sentido de passado e futuro específicos, organizam as suas actividades e desenvolvem interacções (na maior parte das vezes assumem a forma de conflitos) de forma a garantir uma posição institucional. É através destas interacções que ocorrem as mudanças e avanços, definindo-se novamente posições e relações dentro do grupo e fora dele, que são parte fundamental no processo de profissionalização.

Wilensky dá um novo sentido à palavra profissionalização surgindo como uma sequência de eventos ou etapas seguidas pelos grupos ocupacionais até alcançarem o estágio de profissionalismo. Segundo este autor para as ocupações adquirirem o estatuto de profissão tinham que passar por diversas etapas tais como:

“1 - A passagem de uma actividade amadora a uma ocupação a tempo inteiro;

2 - Estabelecimento do controlo sobre a formação;

3 - Criar uma associação profissional, que tem como principais funções, definir as tarefas essenciais, gerir os conflitos internos entre membros com diferentes recursos de formação e gerir os conflitos que surjam com outros grupos que desenvolvem actividade semelhante;

4 - Protecção legal;

5 - Definição do código de ética.” (Rodrigues,2002:18)

As décadas de 70 e 80 são caracterizadas pela emergência de uma pluralidade de orientações paradigmáticas e metodológicas, emergindo uma segunda fase no desenvolvimento da análise sociológica das profissões caracterizadas pelas leituras críticas da perspectiva funcionalista, que se



conjugam com um discurso anti-profissional desmistificador das práticas das profissões e igualmente contestatária dos privilégios materiais e simbólicos dos profissionais. No paradigma do poder destacam-se autores como Johnson, Freidson e Larson, estes são responsáveis pelo movimento crítico.

Na perspectiva funcionalista a explicação do fenómeno das profissões assenta sobre critérios de legitimidade social. Na perspectiva interaccionista, nas relações de negociação e conflito desenvolvidas pelas ocupações. No paradigma do poder as explicações alargam-se a critérios relacionados com o poder: o poder profissional, económico, social e político dos próprios grupos.

As leituras críticas procedem à revisão dos resultados dos estudos funcionalistas.

“Johnson é o primeiro autor a defender a necessidade de centrar a análise nas relações de poder” (Rodrigues, 2002:47)

Este autor redefine o profissionalismo como um peculiar tipo de controlo ocupacional, não como um tipo de ocupação mas, um meio de controlo de uma ocupação.

Segundo Rodrigues (2002) Johnson identifica três tipos de controlo ocupacional:

– Colegial - é caracterizado pelo facto de o profissional ter a capacidade de definir as necessidades do utente, bem como a forma de as resolver. É neste tipo de controlo que é incluído o profissionalismo.

- Patrocinato – é o utente / consumidor a definir as próprias necessidades e a forma de as resolver. O consumidor pode ser corporizado pelas grandes organizações que empregam profissionais.

- Mediado – a relação produção /consumo é mediado, por exemplo, pelo Estado, podendo a definição das necessidades e a forma de as resolver assumir diferentes modalidades.

Com a identificação destes três tipos de controlo ocupacional Johnson desafia o conceito de *continuum* (que estava presente até aqui nos conceitos de profissão e de profissionalização). Pode-se dizer que foi iniciada assim uma nova fase marcada pela preocupação de alargamento do campo de observação, ou

seja, passar de uma visão interna das profissões para o estudo em simultâneo das interacções estabelecidas com o exterior, a estrutura de classes da sociedade envolvente e com o Estado.

É com o contributo de Freidson que se consolida o paradigma do poder.

“Para este autor, profissionalização, pode ser definida como um processo pelo qual uma ocupação – organizada formalmente ou não, através da reivindicação ou afirmação das suas competências especiais e esotéricas, da particular qualidade do seu trabalho e dos benefícios que com isso proporciona à sociedade – obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado; e identifica a profissão como um princípio ocupacional de organização do trabalho.” (Rodrigues, 2002:51)

As características das profissões estão baseadas na ligação entre tarefas, para as quais existe procura num mercado, formação fornecida pelo sistema de educação para a realização de tais tarefas e acesso privilegiado de trabalhadores formados para o desempenho de tais tarefas, esta ligação institucionaliza a relação entre ensino superior e o mercado de trabalho.

Larson, na sua análise das profissões, entende os processos de profissionalização como projectos de grupos ocupacionais com motivações económicas e não económicas, razões intelectuais e ideológicas.

“- Projectos de criação de mercados de trabalho ou de serviços institucionais fechados, desencadeados por indivíduos cuja competência deve ser previamente também demonstrada;

- Projectos de mobilidade social, isto é, movimentos saídos da sociedade civil para os quais os mercados protegidos têm enorme importância, pelo que requerem do Estado a garantia de mecanismos monopolizadores, justificando as suas pretensões com princípios não económicos, como o altruísmo, os comportamentos, o estilo de vida, etc” (Rodrigues, 2002: 55)

“O poder profissional seria, então, definido ou identificado pela capacidade de transformação de determinada ordem de recursos (cognitivos, políticos, relacionais/ organizacionais, culturais e ideológicos) numa outra ordem (acesso

privilegiado ao mercado, autonomia sobre o trabalho, controlo sobre o acesso à profissão e outros privilégios profissionais), que no seu conjunto constituem áreas de incidência do poder profissional, mas também recurso de manutenção e alargamento desse mesmo poder” (Rodrigues, 2002:58).

A terceira fase do desenvolvimento da análise sociológica das profissões, durante os anos oitenta, distingue-se pelo aprofundamento das teses do poder e dos monopólios profissionais, e pela afirmação de uma perspectiva sistémica e complexa sobre o fenómeno profissional. Verifica-se, igualmente, um decréscimo das críticas mais contundentes quanto às profissões e o início de uma releitura da inserção destas nas sociedades capitalistas, sujeitas a uma intensificação dos processos de globalização económica e financeira.

No decurso daqueles anos, o trabalho de Abbott (1988) ganhou uma notoriedade indiscutível. Recuperando alguns dos contributos teórico-metodológicos expressos pelos funcionalistas, pelos interaccionistas simbólicos e pelos defensores das teses do poder profissional, o autor formula um novo quadro conceptual sobre as profissões e os processos de profissionalização nas sociedades capitalistas avançadas. É um nível de observação fundamental para se perceber as práticas dos profissionais, os modos como são mobilizados os conhecimentos produzidos nos espaços académicos e as relações de conflito com outras profissões a propósito do controlo das respectivas jurisdições.

“A proposta teórico- metodológica de Abbot (1988) desenvolveu-se em três níveis de análise do fenómeno:

- O processo e as condições do estabelecimento efectivo e da manutenção de jurisdição, de que são elementos fundamentais a natureza do trabalho profissional e as estruturas que suportam, as pretensões de jurisdição, através das quais estas são apresentadas, avaliadas e estabelecidas;

- As fontes de mudança no interior do sistema: as profissões são internamente diferenciadas e mudanças na sua composição interna podem afectar ou introduzir transformações no poder e na legitimidade dessas mesmas profissões;

- As fontes de mudança, localizadas no exterior do sistema, isto é, no contexto sociocultural, nomeadamente as mudanças macrossociais no conhecimento, nas tecnologias e nas organizações.” (Rodrigues, 2002: 95).

Abbot conceptualiza uma abordagem dinâmica do fenómeno das profissões, a relação entre as ocupações é uma dimensão importante na análise do sistema ocupacional.

CAPÍTULO II

1 - O PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM

As transformações ocorridas no processo de trabalho da profissão de enfermagem tiveram início antes da era cristã, quando sacerdotes, feiticeiros e mulheres prestavam cuidados aos doentes, não sendo evidenciado, naquele período, nenhum grupo organizado de mulheres enfermeiras.

O cristianismo propagou os ideais de fraternidade, serviço, caridade e auto-sacrifício.

Organizaram-se grupos de trabalho, com diáconos e diaconisas, cuja função principal era cuidar dos doentes e necessitados, executando actividades que consistiam em alimentá-los, vesti-los e cuidar da sua higiene, dar-lhes abrigo e até sepultar os mortos. Contudo, os grupos agiam em causa própria, visando obter o perdão dos seus pecados e a salvação da alma, em troca dessas acções. Este modelo religioso de prestação de cuidados permaneceu durante a Idade Média.

Existiu um período de transição da enfermagem, entre a queda do feudalismo e a instalação do capitalismo. Este período ficou conhecido como sendo o mais decadente da profissão de enfermagem, devido ao encerramento dos hospitais e à expulsão das religiosas que neles actuavam. O serviço passou então a ser remunerado e executado por leigos. Assim, mulheres marginalizadas prestavam serviço de enfermagem em troca de baixos salários e as actividades desenvolvidas nos hospitais caracterizavam trabalho doméstico, atribuído ao sexo feminino, reflectindo a dominação do sexo masculino e o papel de subordinação da mulher. O período dito negro da enfermagem, conhecido como período de 'caça às bruxas', foi marcado pela perseguição às mulheres curandeiras por parte da Santa Inquisição, em que a luta da igreja contra elas

devia-se principalmente ao seu conhecimento sobre a arte de curar, que era monopólio da igreja.

Florence Nightingale nasceu a 12 de Março de 1820, em Florença, na Itália, e faleceu a 13 de Setembro de 1910, em Londres.

A institucionalização da enfermagem como profissão ocorreu na Inglaterra, no século XIX, por Florence Nightingale, que introduziu o modelo vocacional ou a arte de enfermagem, ao legitimar a hierarquia e a disciplina no trabalho de enfermagem, oriundas da alta classe social, da organização religiosa e militar.

Dessa forma, reproduziram-se na enfermagem as relações de classe social, quando nela se materializaram as relações de dominação - subordinação.

Florence Nightingale estabeleceu princípios constitutivos que foram determinantes para a construção da identidade do enfermeiro, e, mesmo não estando esses princípios formalmente instituídos nas escolas, por meio de conteúdos, os enfermeiros ainda hoje recorrem a eles para justificar a sua prática profissional. Os princípios apregoados por Florence Nightingale representam colectivamente o enfermeiro como sendo um profissional dedicado, solidário, fraterno, compreensivo e, acima de tudo, caridoso. Para Florence, o enfermeiro era o profissional que devia ter conhecimento e preparação específica, mas devia assumir a profissão como 'missão', com total dedicação aos doentes, com o espírito religioso de servir.

A profissionalização da enfermagem desenvolvida na Revolução Nightingale efectivou-se com a formação de duas categorias distintas: as *nurses* e as *ladies nurses*, colocando em evidência a divisão saber/fazer na enfermagem, bem como reflectindo a divisão de classes existentes nas sociedades capitalistas.

As *nurses* provenientes de classes sociais de baixa renda, tinham preparação bastante simples e realizavam os trabalhos manuais, sendo responsáveis pelo 'fazer'. Já as *ladies-nurses* pertenciam às classes mais elevadas, com preparação técnica e científica, o que lhes conferia 'saber', e conseqüentemente algum poder, mesmo que apenas no interior da categoria de enfermagem.

A divisão das tarefas por género foi uma componente que sempre influenciou a forma como o Homem se organiza em sociedade e que não lhe é exclusiva. À mulher estão associados atributos como a maternidade por este motivo foram-lhe atribuídas, desde cedo, funções dirigidas para o cuidado da família e do abrigo. Ao homem competia tarefas como a caça, a pesca e a defesa do grupo/família. É com base nesta divisão de tarefas, que as actividades como a enfermagem, vêm a sua história fortemente ligada à mulher desde o início da história do Homem. A versão passada pela história da enfermagem é a de que os enfermeiros adoptaram como princípio norteador da profissão, durante séculos, o trabalho caritativo realizado exclusivamente por mulheres e controlado pela igreja.

A organização dos princípios científicos que norteiam a prática de enfermagem, que até então era vista como não científica e baseada apenas na intuição, possibilitou uma prestação de cuidados prescritos para satisfazer as necessidades bio-psico-sociais dos pacientes, fundamentados cientificamente, com base, sobretudo, nas ciências naturais (anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia) e nas ciências sociais. Então, o saber da enfermagem construiu-se sob o saber da medicina e de outras áreas do conhecimento, tentando obter as bases necessárias ao desenvolvimento da sua prática, iniciando, assim, a dimensão do trabalho intelectual.

2 - EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL

A profissão de Enfermagem actualmente, está distante da época referida anteriormente, não é apenas arte e vocação ou manifestação prática da caridade, pois o seu desenvolvimento deve ser estudado como resultado da relação económica, política e ideológica do sector da saúde com a sociedade, e não como resultado de esforços individuais.

O trabalho de enfermagem é complexo na medida em que se baseia na visão holística do ser humano tendo em conta a sua vertente física, mental, emocional, espiritual e social e considerando que todas estas vertentes são de imensurável valor, então, não podendo nenhuma ser descurada. Na busca da harmonização, todas elas são relevantes, para que o cuidado prestado seja integral e completo. O cuidado insere-se na assistência directa ao utente, na prevenção, recuperação e reabilitação, ajudando o indivíduo a crescer e promovendo o seu auto-cuidado, indo além da componente física e da mente, numa relação transpessoal. Como tal, cuidar é estar com o outro mantendo a sua unicidade, autenticidade e individualidade.

A enfermagem em Portugal fez um percurso evolutivo idêntico ao verificado noutros países estando ligada à mulher que ajuda no progresso e na prática da medicina. A enfermagem é uma actividade herdeira de um passado cheio de tradições, regras morais, deveres, representações e rituais, que emerge hoje envolvida num processo de simbiose de tradição e modernidade, cujos actores viveram e vivem experiências únicas na prática profissional.

Como foi descrito anteriormente é atribuído a Florence Nightingale o aparecimento da Enfermagem Moderna nos finais do século XIX (1860).

“ Falar de enfermagem em Portugal, por exemplo, na década de 70 de Oitocentos, era referir um grupo indiferenciado de pessoal hospitalar ou dos asilos. A emergência da enfermagem como grupo socioprofissional ocorreria já no século XX. Recente na memória seria ainda a questão das irmãs da caridade que agitara a opinião pública até 1862. Tratara-se essencialmente de um conflito ideológico travado entre as correntes religiosas e as portadoras de uma mentalidade laica e anticlerical. Todavia, a diferenciação mantida entre enfermagem laica e religiosa poderá ter tido as suas origens neste tipo de conflito.” (NUNES, 2003, p.21)

“Entre nós, a formalização do ensino (1881-86) poderá ser considerada uma fase intermediária da passagem do ofício a profissão.

O primeiro curso começou a funcionar nos Hospitais da Universidade de Coimbra, em Outubro de 1881, durante a administração de Costa Simões.” (NUNES, 2003, p.22)

Segundo Nunes (2003) o primeiro curso de enfermagem a ser leccionado em Lisboa iniciou-se em Janeiro de 1887 regido por Artur Ravara. Este curso surge por Tomas de Carvalho ter considerado que o tratamento dos doentes efectuado por colaboradores do médico, influenciava a economia hospitalar. A criação de uma escola de enfermeiros surge como uma necessidade do médico para ser auxiliado por alguém com adequada instrução, apelando assim à criação de uma escola de enfermeiros.

“Os objectivos da escola eram habilitar profissionalmente para o exercício e organizar uma corporação de enfermeiros civis para o tratamento de doentes particulares.” (NUNES, 2003, p. 25)

No Porto surge em 1886 a Escola de Enfermeiros do Hospital de Santo António.

Segundo Nunes (2003) apenas em 1918 o curso de enfermeiros começa a ter a designação de “Curso de Enfermagem”.

É nesta altura com a criação dos cursos de enfermagem que o trabalho de enfermagem se separa das lides domésticas às quais estava associado e se começa, então a falar da prestação de cuidados de Enfermagem. Segundo LOPES (1994) começa a relacionar-se esta prestação de cuidados de

Enfermagem com a diminuição de tempo de duração das doenças desencadeando-se assim o esforço para reestruturar o trabalho de Enfermagem.

“Decorre assim o rito iniciático do processo escolarizado de formação profissional, que tanto qualificava para dar resposta às responsabilidades e competências do trabalho como servia de demarcação entre enfermeiros e os outros profissionais” (NUNES, 2003, p. 27).

“Da enfermeira esperava-se que se mantivesse à cabeceira dos doentes, com uma postura caridosa, que fosse capaz de executar tarefas prescritas pelo médico e que cuidasse dos aspectos “domésticos” (agora, administrativos e burocráticos) do serviço” (NUNES, 2003, p. 27).

“O papel modifica-se, parecendo haver uma deslocação da enfermeira como consoladora do doente para auxiliar do médico.” (NUNES, 2003, p. 27)

Nesta época denota-se um grande aumento de escolas devido ao contexto técnico e organizacional. A invenção de aparelhos e o desenvolvimento de outras ciências que requeriam um intercâmbio com a medicina, levavam, por um lado, a uma menor disponibilidade dos médicos e, por outro lado, a um aumento da complexidade dos cuidados, conduzindo a uma reorganização do serviço. Era necessário libertar o médico de algumas actividades, sendo criada a necessidade de formar pessoas que as pudessem executar.

Tendo em conta o percurso da enfermagem podemos dizer que esta tem dupla filiação: a religiosa que tem como base servir um ideal e seguir uma vocação e a médico-técnica que tem como base uma capacidade de execução e uma submissão à autoridade do modelo médico.

Em 1922 é aprovado o Regulamento da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Este curso incluía, já nesta altura, disciplinas como a anatomia e fisiologia, enfermagem geral, enfermagem médica, enfermagem cirúrgica, história da enfermagem e deontologia profissional. A partir desse ano passa a ser exigido a apresentação do diploma para exercer a profissão.

Em 1929, foi reconhecido o nível precário dos candidatos a enfermeiros não só a nível intelectual, como moral. Perante este facto começou, então a haver maior exigência na selecção dos candidatos às escolas de Enfermagem,

sendo obrigatório um exame médico na admissão. Passa também a ser obrigatório a realização de estágios ao longo do curso de enfermagem.

Entre 1929/1930 existiu, pela primeira vez uma comissão que começou a definir instruções de desinfecção para serem adoptadas nos serviços, numa tentativa de inverter os números da taxa de mortalidade, que tinha, muitas vezes como causa as más condições de higiene e sanidade e o facto de os doentes com patologias diversas permanecerem internados nas mesmas instalações.

No ano de 1932/1934 com a institucionalização do estado novo houve uma despromoção da profissão, motivada por uma desresponsabilização do estado face ao doente. Com esta filosofia houve um afastamento do nosso país com relação aos modelos de saúde existente na Europa, o que originou uma redução da formação científica, investindo-se mais na prática.

É nesta década que começam a surgir os movimentos sindicais em 1931 é inaugurada a sede do Sindicato dos Enfermeiros da região Sul e em 1933 surge o Sindicato dos Enfermeiros da região Norte, Em 1937 foi criado o Boletim do Sindicato Nacional dos Enfermeiros do Distrito de Lisboa intitulado – “ A Enfermeira”.

A 12 de Março de 1942 foi regulamentada pelo decreto-lei n.º 31.973 a enfermagem como uma profissão de mulheres solteiras ou viúvas sem filhos, medida que só foi revogada em 1963 pelo Decreto-lei 44.923. Durante 20 anos entendeu-se que as mulheres que seguissem enfermagem não podiam casar-se.

Pelo Decreto – lei n.º 32.612 de Dezembro de 1942, foi regulamentado o início dos Cursos de especialidades em Enfermagem. É então nesta altura que surge o primeiro curso de enfermeiras parteiras na Maternidade Alfredo da Costa.

Entre 1939/1945 vive-se a II Guerra Mundial. O ensino no pós guerra sofre inúmeras reformas.

Nos anos de 1942/1944 após a II Grande Guerra Mundial, em Portugal inicia-se uma grande agitação social com sucessivas greves resultando daí grandes carências e dificuldades para a população.

A 10 de Abril de 1947 ao abrigo do Decreto-lei n.º 36.219 é publicado um diploma importante na Organização do ensino da Enfermagem no nosso país, criando-se, assim novas escolas e reestruturando as já existentes. A partir desta

altura passou a ser obrigatório o 1º ciclo do Liceu e, como existia grande carência de enfermeiros surge, então a figura de auxiliares de enfermagem. Houve nesta fase uma grande evolução quanto à profissão de enfermagem.

Neste mesmo ano o ensino nas escolas de Enfermagem era dependente de três ministérios. O ministério da Educação Nacional em que eram leccionados os cursos de visitadoras de higiene, parteiras, a Escola Técnica de Enfermeiras estava também dependente deste Ministério. O Ministério do interior estava ligado à Escola de Saúde Pública que passou a realizar cinco tipos de cursos após a reestruturação do ensino em 1937, eram eles: Pré-enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Gerais (curso de Enfermagem, Administração Hospitalar e Serviço Social), específicos (com as especialidades de Puericultura, Psiquiatria, Enfermagem fisiológica) e de aperfeiçoamento com a formação de enfermeiros monitores e chefes e o curso de visitadoras sanitárias. Do Ministério da Marinha dependia a Escola dos Enfermeiros da Armada.

No final da década de 1950 Portugal apresentou os primeiros sinais de mudanças profundas principalmente a nível do crescimento da classe operária, desenvolvimento urbano, fortalecimento industrial e financeiro, decréscimo da agricultura e alargamento das classes médias.

Em 1950 os deputados na Assembleia da República referiam-se à enfermagem como “uma espécie de sacerdócio, de dedicação e sacrifício pela vida e saúde alheias”.

As enfermeiras eram proibidas de casar mas, quer os médicos, quer a igreja reprovavam o celibato das enfermeiras hospitalares.

Em 1952 dá-se a reforma do ensino da enfermagem com a entrada em vigor do Decreto-lei n.º 38.884 que refere a enfermagem como uma profissão de vocação e considera fundamental elevar o nível social e profissional das enfermeiras e melhorar a sua preparação técnica.

A partir desta altura disciplinou-se e organizou-se o ensino da enfermagem nas escolas oficiais. As escolas mantêm-se dependentes dos hospitais apesar de ser legalmente inscrita a independência técnica e administrativa. Esta reforma é considerada a primeira ruptura, que mais tarde conduziu à verdadeira reforma do ensino de enfermagem.

A partir desta altura começam a existir três cursos distintos, o curso Geral (tinha a duração de três anos e era exigido o 1º ciclo do liceu), o curso de Auxiliares (tinha a duração de 1 ano e seis meses de estágio e era exigido a instrução primária), curso Complementar (as habilitações mínimas exigidas era o 2º ciclo do liceu, curso de enfermagem geral, pratica profissional e tinha a duração de um ano).

O plano de estudos nesta altura é constituído por aulas teóricas, práticas e estágios de frequência obrigatória e no final do curso era efectuado um exame de estado numa escola oficial. Além das habilitações mínimas exigidas era necessário ter a idade mínima de 18 anos, ter comportamento moral irrepreensível e robustez física.

O intuito do Curso Complementar era melhorar a formação dos monitores.

Com a reforma de 1952 torna-se necessário ter diploma para exercer Enfermagem.

No final dos anos 50 a enfermeira é considerada como “capital técnico” e o pouco reconhecimento da profissão, assim como a baixa remuneração contribuíram para a falta de enfermeiras.

Foi também nesta década que os cuidados de enfermagem começaram a ter como objectivo a manutenção da saúde em todas as suas dimensões bio-psico-socio-culturo-espiritual.

O ministério da Saúde é criado em 1958 e inicia-se uma nova fase de organização da saúde em Portugal. O ensino passa a estar sob a tutela do Ministério da Saúde.

A década de 60 foi marcada por grandes modificações tais como: a criação da Direcção Geral dos Hospitais, a 1ª Direcção do Serviço de Enfermagem Hospitalar da Direcção Geral do Hospitais, a preocupação de elaborar um projecto de estatuto de enfermagem, a publicação do estatuto da Saúde e Assistência em “actividades de saúde Pública, de medicina curativa recuperadora e de assistência ” e a preocupação em melhorar o ensino facultando aos alunos preparação que não fosse exclusivamente hospitalar de modo a torná-los aptos a trabalhar como profissionais em qualquer campo da saúde.

É publicado no decreto-lei 48:166 de 27 de Dezembro de 1967 a estruturação das carreiras. A Enfermagem a partir deste momento passa a ter três carreiras: a de saúde pública, a hospitalar e a do ensino, sendo valorizadas as carreiras de saúde pública e ensino em detrimento da carreira hospitalar. Todas estas modificações resultaram numa reestruturação do ensino e da carreira de Enfermagem. Esta década foi das mais importantes a nível da autonomia do ensino de enfermagem.

Nos anos 70, a maioria dos prestadores de cuidados de enfermagem eram auxiliares. Grande parte dos auxiliares ia substituindo na prática os enfermeiros, nomeadamente nos hospitais e nos serviços médicos da previdência, sem as necessárias contrapartidas a nível de reconhecimento formal das suas competências, a nível remuneratório, a nível de oportunidades de formação profissional, o que levou a um movimento reivindicativo a partir de 1969.

Em 1971, foram realizados estudos, debates e relatórios relativamente ao exercício da enfermagem, legislação e cursos de enfermagem. É publicado o decreto-lei 413/71 de 27 de Setembro que regulamenta a reforma educativa.

Em 1972, após alteração da lei de Bases do Sistema Educativo, é criado e começa a funcionar o Curso de Promoção dos Auxiliares de Enfermagem com a duração de 20 meses. Foi também, neste ano que foi anunciado pelo Ministério da Educação Nacional a criação do Curso Superior de Enfermagem.

Em 1973 acontece o I Congresso Nacional de Enfermagem organizado pelos Sindicatos Nacionais de Enfermagem e, deste congresso surgem como conclusões a transformação em ensino superior, integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a defesa do estatuto profissional. Começa nesta fase a emergir a necessidade de uma Ordem de Enfermeiros.

A revolução democrática de 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976, mudaram Portugal, pois emergiram novas políticas sociais.

A criação do sistema Nacional de Saúde foi considerada a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa dos serviços de saúde.

A prática profissional implica que os enfermeiros apliquem os seus conhecimentos técnicos, científicos e comportamentais, trabalhados durante a

formação e que contemplam áreas como: prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e manutenção da vida.

Com o evoluir das Ciências e com todas as revoluções políticas que têm vindo a acontecer no mundo e nomeadamente em Portugal, a Enfermagem foi a profissão com maior e mais rápido desenvolvimento nos últimos 30 anos, adquirindo autonomia no ensino, enquadramento no ensino superior com atribuição de grau de Licenciatura e com Exercício de funções orientado e controlado por uma entidade própria - A Ordem dos Enfermeiros.

A Enfermagem é, na actualidade encarada como uma mais-valia na melhoria dos cuidados de saúde, quer a nível político, quer pela economia da saúde. Há uma participação activa, em Mestrados e Doutoramentos em Ciências de Enfermagem que contribuem para o contínuo desenvolvimento da profissão.

Collière abordou um século de profissionalização da enfermagem sobre alicerces considerados fundamentais tais como os cuidados, a profissão e a enfermeira.

Os cuidados, recentemente Cuidados de Enfermagem, impõem-se para a prestação que a profissão oferece; a profissão como “um corpo de pessoas que conseguiram um título, um estatuto, através da formação com vista a exercer uma actividade (Collière, 1989:16).

A palavra profissão remete-nos para, como refere Graça e Henriques (2000), a existência de um corpo de conhecimentos, o poder de auto-regulação, a existência de um código deontológico e de uma identidade profissional.

Só muito recentemente se concretizaram alguns destes pressupostos, com o regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros em 1996 (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) e a criação da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril). Foi sempre através da formação que a profissão de Enfermagem emergiu no tecido social. A enfermagem sempre se insinuou como profissão muito antes de se verificarem os movimentos de profissionalização, fundamentada, talvez, numa ideologia comum.

2.1 - CONTEXTO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES

De acordo com Rosa e Oliveira (2004) as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses tem sido objecto de estudos frequentes, demonstrando assim as preocupações que decorrem, quer das aspirações dos profissionais à melhoria dos serviços que são prestados e ao reconhecimento que lhes é devido, quer do interesse dos organismos de saúde na qualidade de responsáveis pela população utente ou potencialmente utente dos serviços, assim como das instâncias políticas que assumiram o encargo público de garantia do direito à saúde dos cidadãos.

A globalização económica, o rápido progresso do conhecimento e das tecnologias da informação e da comunicação, obrigam a uma nova relação laboral, na qual a flexibilidade, o conhecimento e a inovação sejam componentes essenciais exigidas. A qualidade e a produtividade na saúde implicam uma organização do trabalho não apenas racional nos seus métodos e na afectação dos recursos, mas que envolva também os profissionais.

Conforme referem Rosa e Oliveira (2004) os enfermeiros encontram-se posicionados nas organizações empregadoras de acordo com uma estrutura hierárquica, que corresponde, quer ao nível de formação académica, quer à habilitação fundada na sua experiência profissional. Neste momento em que há uma crescente industrialização dos serviços de saúde, está em curso um processo de requalificação da enfermagem, que tem como objectivo a necessidade de incrementar o interesse pelas questões teóricas e a sua interligação com as práticas, no âmbito da enfermagem. É esta a principal razão do interesse pelo desenvolvimento das teorias de enfermagem, as quais influenciam a capacidade de poder proporcionar o reconhecimento da profissão, estabelecendo a sua ligação à prática profissional. É a partir de uma adequada interligação entre a teoria e a prática que se reconhece a existência de uma profissão que, embora relativamente autónoma do ponto de vista teórico e experimental, seja capaz de cooperar com os gestores, médicos e utentes, e de proceder à reunificação das actividades de enfermagem, assim como à especificação das suas competências, de forma científica e sustentada.

Emerge nos serviços de saúde uma nova diferenciação da prática de enfermagem face à actividade médica e aos demais profissionais: os profissionais de enfermagem baseiam-se num discurso centrado na inexistência de rotina e na tese do cuidar em vez de tratar, sendo assim, procuram uma nova diferenciação no campo dos saberes na saúde, que pode ser traduzida numa outra forma de ganhar poder e autonomia na regulação do mercado da prestação dos cuidados de saúde. Este novo grupo de profissionais, apesar de ser detentor de um saber e de uma prática singular, estatutariamente bem definida, ainda não alcançou o adequado estatuto de reconhecimento identitário (Rosa e Oliveira, 2004).

Costa (1998) salienta que as unidades de saúde estão em mudança, num sistema de saúde também em mudança e integradas num contexto social em mudança constante, estando também a profissão de enfermagem em mudança.

De acordo com, Rosa e Oliveira (2004) as teorias e os modelos de enfermagem caminham no sentido das intervenções individualizadas do enfermeiro, centradas na pessoa que recebe cuidados e nas suas necessidades, sendo o receptor de cuidados visto numa perspectiva holística como sujeito activo, assumindo as relações entre este e o profissional, uma primordial importância no contexto dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, Carapinheiro (1998) salienta que a contradição central que atravessa a profissão de enfermagem, e à volta da qual gravitam todas as outras, é a que se estabelece entre o reconhecimento do papel psicossocial como dominante da profissão, pretensamente concessor de uma verdadeira autonomia, e o facto do seu estatuto social ser totalmente determinado pela sua posição objectiva na produção dos cuidados.

As concepções de identidade profissional, que subjazem às práticas profissionais de enfermagem, concretizam-se em múltiplas posições tomadas pelos enfermeiros com o objectivo de desenvolver uma estratégia de revalorização profissional, que conceda alguns graus de autonomia face ao poder médico. Mas, em todas as posições que se tomam, reconhecem-se como poderosos obstáculos, por um lado, a impossibilidade do abandono do estatuto de simples executante das prescrições médicas e, por outro lado, a ausência da definição formal de um conjunto de tarefas mais complexas e autónomas,

desenvolvidas pelo saber e competências adquiridos ao longo da socialização escolar e profissional (Carapinheiro, 1998). Para a autora, na ideologia dominante da enfermagem hospitalar, os enfermeiros devem permanecer polivalentes, centrados na valorização do papel psicossocial junto dos utentes, mas, simultaneamente, empenhados na sua valorização técnica, como um meio de revalorização profissional que segue de perto os traços técnico-científicos da evolução dos modelos da prática médica. Recusando definitivamente a ideia de vocação ou de missão, a ideia da revalorização profissional não deixa de servir uma orientação ideológica humanitária, que lhes foi deixada desde que as ideologias médicas a desvalorizaram e a afastaram dos seus projectos profissionais de poder.

Os enfermeiros revelam preocupação com a afirmação pessoal e profissional através da qualificação escolar, mas também apontam como aspiração a valorização de um ambiente de trabalho mais flexível, que lhes seja favorável a uma efectiva participação. Os enfermeiros privilegiam, assim, uma valorização contrária à formalização nos serviços de saúde, no que respeita às práticas do seu quotidiano.

Das diferentes posições existentes sobre a enfermagem é indubitável que esta desempenha hoje uma função social de primordial importância na área da saúde, função esta, que ao longo dos anos se veio consolidando e diferenciando, como resultado de uma actividade com grandes benefícios para o ser humano. As grandes divergências de pensamento sobre aquilo que é hoje a essência da prática profissional resultam das circunstâncias que têm acompanhado a sua evolução ao longo da história da humanidade.

2.2 - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

A Carreira de Enfermagem e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) constituem hoje as referências fundamentais para o exercício da profissão de enfermagem. De acordo com este regulamento, publicado através do Decreto-Lei nº 161/96, a enfermagem é a:

“profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que se mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Segundo o mesmo regulamento o enfermeiro é um profissional habilitado com curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana reconhecida para prestar cuidados de enfermagem gerais a indivíduos, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

A carreira de enfermagem é uma carreira mista, com progressões horizontais e verticais, sendo as categorias existentes na função pública as seguintes: enfermeiro; enfermeiro graduado; enfermeiro especialista; enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor, existindo ainda o cargo de assessor de enfermagem e de enfermeiro director. De acordo com as categorias profissionais, pode exercer a sua actividade profissional em três grandes áreas: na área da prestação de cuidados, dentro das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista; na área da gestão, dentro das categorias de enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor e no cargo de enfermeiro director; na área de assessoria técnica no cargo de assessor de enfermagem.

A evolução do Ensino de Enfermagem no contexto do Sistema Educativo Nacional, tem demonstrado dinâmica justificadora da necessidade de, ciclicamente rever a Carreira de Enfermagem adaptando-a às novas realidades do perfil formativo do Enfermeiro enquadrado nos mais elevados graus de formação académica, de indiscutíveis saberes conceptuais próprios. Tendo em conta estes factos, desde há algum tempo que os enfermeiros estão em luta no sentido de haver um revisão dos conteúdos da Carreira de Enfermagem e, consequentemente a nível de progressões dos profissionais na carreira.

Já segundo o decreto-lei n.º437/91 de 8 de Novembro, passados quase 10 anos sobre a actual carreira de enfermagem, a mesma encontra-se manifestamente desactualizada e desadequada em relação às necessidades e realidades presentes.

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a entrada em funcionamento do curso superior de Enfermagem e a previsão do início dos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem, com a atribuição dos correspondentes graus académicos ou equivalentes, devem conduzir a mudanças efectivas ao nível do exercício da enfermagem, cabendo, em parte, à carreira de enfermagem encontrar formas de incentivar e facilitar essas mudanças.

As actividades de enfermagem são classificadas no REPE segundo o tipo de intervenção, em autónomas ou interdependentes. As primeiras são, as acções realizadas pelos enfermeiros sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade. As interdependentes, são as realizadas por estes, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção, previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e prescrições ou orientações, previamente formalizadas.

O REPE no seu Artigo 4.4, define por cuidados de enfermagem as *“intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”* devendo o profissional de enfermagem utilizar uma metodologia científica respeitando a interacção entre ele, o utente, o indivíduo, a família, os grupos e a comunidade, consta do referido regulamento.

Através do REPE e da Carreira de Enfermagem os conteúdos funcionais das diferentes áreas e categorias profissionais estão definidos e, simultaneamente, a Ordem dos Enfermeiros tem pugnado pela delimitação e clarificação do papel do enfermeiro.

De acordo com o REPE, os enfermeiros após efectuarem o diagnóstico de enfermagem e de acordo com as suas qualificações profissionais podem efectuar um conjunto de actividades, tais como:

a) organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção;

b) decidir sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e participação activa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade;

c) utilizar técnicas da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais;

d) participar na coordenação e dinamização de actividades inerentes à situação de saúde / doença do utente;

e) proceder à administração da terapêutica prescrita;

f) participar na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos;

g) proceder ao ensino do utente sobre administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.

De acordo com o mesmo regulamento o enfermeiro deve ainda conceber, realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral, devendo também contribuir para o exercício da sua actividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, sempre com o objectivo de melhorar e fazer evoluir a prestação dos cuidados de enfermagem.

Conforme referem Rosa e Oliveira (2004), para o desempenho eficaz e eficiente da profissão, um enfermeiro deve deter um conjunto alargado de competências na área técnica, científica e das relações humanas, tais como:

a) na área técnico-científica: saber identificar problemas, identificar recursos, prescrever cuidados, prestar cuidados, planear altas, informar / ensinar;

b) na área da gestão dos cuidados: saber planear intervenções, avaliar resultados supervisionar;

c) na área das relações humanas: saber estabelecer parcerias, comunicar, desenvolver empatia, envolver, respeitar o outro e ouvir.

O REPE veio a ter nova reformulação com a publicação do Decreto – Lei nº 104/98 que garante os direitos e deveres estabelecidos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. É reconhecido aos enfermeiros o direito de exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem, sendo esse direito correlativo ao cumprimento do dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela

vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

Conforme referem Rosa e Oliveira (2004), apesar das melhorias efectuadas, a enfermagem sofre de assimetrias e dificuldades. As assimetrias não são unicamente entre regiões, mas também entre hospitais e centros de saúde, e entre os próprios serviços hospitalares.

Mendes (2000) citado por Rosa e Oliveira (2004), refere que o posicionamento dos enfermeiros portugueses face à profissão, é caracterizado em três categorias: o enfermeiro técnico, que é aquele que valoriza os cuidados de enfermagem assentes principalmente na técnica; o enfermeiro que enfatiza o cuidar, que se caracteriza por colocar a tónica dos cuidados na interacção com o utente; e os enfermeiros que somente se preocupam em desempenhar as tarefas. O autor salienta no seu estudo que os enfermeiros sentem a necessidade de melhorar as suas condições de trabalho na organização onde estão, sobretudo no que diz respeito à formação contínua, às relações humanas, às condições técnicas, ao horário de trabalho e à remuneração. O autor salienta também que não existe em Portugal um modo uniforme de conceber a prática profissional em enfermagem.

CAPÍTULO III

1 – SATISFAÇÃO NO TRABALHO

A satisfação no trabalho tem sido bastante estudada, especialmente na área organizacional, este interesse segundo vários autores decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, influenciando a sua saúde física e mental, atitudes, comportamento profissional, social, tendo mesmo repercussões para a vida pessoal e familiar dos indivíduos nas organizações.

O século XX foi marcado pelo desenvolvimento de teorias e correntes de pensamento nas diversas áreas das ciências procurando perceber, explicar e prever atitudes, comportamentos e estratégias do Homem, na sociedade.

Segundo Harris (1989:13), satisfação no trabalho também pode ser definida como “sentimento experimentado pelo trabalhador em resposta à situação total do trabalho.”

Para Locke (1969) a definição de insatisfação no trabalho não é a de um fenómeno distinto de satisfação no trabalho, mas refere que ambos compõem os dois extremos do mesmo fenómeno.

Segundo Fraser, (1983:56) “não existe um limite superior de satisfação absoluta, enquanto o limite inferior se funde de forma indistinguível na insatisfação, a qual não tem limite inferior absoluto”

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (1984) o ambiente psicossocial engloba a organização e as relações sociais do trabalho.

Factores psicossociais no trabalho são aqueles que se referem à interacção entre o ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas

extra trabalho pessoais que podem, por meio de percepções e experiência, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho.

A satisfação no trabalho tem sido conceptualizada como uma emoção, Locke (1976) ou como uma atitude, Schneider (1975). Em qualquer dos casos trata-se de um conceito complexo resultante de ideias simples, que visa dar conta de um estado emocional positivo ou uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências no seu contexto (Vala, et al 1994). Esta é influenciada por múltiplos factores, todos eles importantes podendo ter componentes afectivas, cognitivas e comportamentais (Almeida, 1995).

O Homem avalia as suas expectativas no trabalho utilizando as atitudes, crenças e valores que lhe são intrínsecos, o que resulta num estado emocional que, se agradável, produz satisfação, se desagradável leva à insatisfação.

Os conceitos mais recentes referem-se à satisfação no trabalho como sinónimo de motivação, como atitude ou como estado emocional positivo, há também ainda autores que consideram satisfação e insatisfação como fenómenos distintos e opostos.

Segundo Fraser (1983), satisfação no trabalho é um fenómeno complexo e de difícil definição, em parte, esta dificuldade ocorre por a satisfação no trabalho ser um estado subjectivo, em que a satisfação como uma situação ou evento pode variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, ao longo do tempo a mesma pessoa pode estar sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato.

Em consonância, Alcobia (2001) refere que o estudo da satisfação no trabalho tem uma larga tradição na psicologia industrial e organizacional, sendo um aspecto amplamente estudado desde que Hoppck, em 1935 efectuou os primeiros estudos sobre a temática atingindo amplos grupos da população. Para o autor existem várias razões que justificam o estudo da satisfação no trabalho, destacando-se duas perspectivas: a perspectiva do trabalhador e a da organização. A primeira tem uma tendência humanitária, no sentido em que considera a satisfação no trabalho como resultado de aspectos, como o respeito, o bem-estar e a saúde psicológica. A segunda baseia-se num maior pragmatismo, fundamentando-se no princípio de que a satisfação pode

influenciar o funcionamento da organização e contribuir para o incremento da produtividade.

Chasco e Aznarez (2000:353) definem satisfação no trabalho como sendo *“uma percepção subjectiva das experiências laborais do sujeito, que incide no seu estado de saúde e no nível de qualidade dos cuidados que presta.”* As autoras salientam também, que a satisfação favorece o estado de ânimo e as atitudes positivas no trabalho e na vida privada. A insatisfação correlaciona-se de forma directa com alterações psicossomáticas diversas, como o *stress*, problemas de conduta laboral, absentismo e falta de pontualidade.

Ferreira e Sousa (2006:37) definem satisfação *“como um estado afectivo resultante da apreciação das características percebidas do trabalho e da organização”*. Para os autores esta variável constitui um aspecto relevante em contexto organizacional, dado que, quanto mais satisfeitos estiverem os membros de uma organização, mais condições reúnem à partida para atingirem níveis de desempenho mais elevados.

Alcobia (2001) salienta que as inúmeras definições existentes relativas à satisfação no trabalho podem ser categorizadas de acordo com perspectivas distintas. Existem os autores que se referem à satisfação enquanto um estado emocional, sentimentos ou respostas afectivas, são exemplo, Crites (1969); Locke (1976); Mueller e McCloskey (1990); Muchinsky (1993) e Newstron e Daivis (1993). Outros autores como Beer (1964);

Arnold, Robertson e Cooper (1991) definem o conceito de satisfação no trabalho como uma atitude generalizada em relação ao trabalho, e consideram o estudo da satisfação no âmbito das atitudes no trabalho, as quais aparecem como associações entre objectos e respectivas avaliações por parte dos indivíduos. As referidas avaliações traduzem a componente afectiva e emocional das experiências individuais, ou das crenças, o que, no quadro organizacional, emerge em termos de avaliações em relação ao trabalho ou factores com ele relacionados.

Independentemente das orientações conceptuais, para Alcobia (2001) existem duas dimensões da satisfação no trabalho. A primeira é definida através de uma abordagem unidimensional, sendo a satisfação vista como uma atitude em relação ao trabalho em geral, e não é o somatório dos múltiplos aspectos

que caracterizam o trabalho, mas depende deles. A segunda, caracteriza-se por uma abordagem multidimensional, porque considera que a satisfação deriva de um conjunto de factores associados ao trabalho, e é possível medir a satisfação das pessoas em relação a cada um desses factores.

Com uma visão diferente, Mullins (2004) refere que não está claro que a satisfação no trabalho consista numa dimensão ou em várias dimensões separadas, pode existir uma correlação positiva entre a satisfação e determinadas áreas do trabalho. O autor salienta que pode ser dito com toda a clareza, que o nível de satisfação no trabalho é afectado por muitas variáveis, relacionadas com factores individuais, sociais, culturais, organizacionais e ambientais.

Em resumo, para definir o conceito de satisfação no trabalho, tendo em atenção os diversos autores estudados, é preciso considerar pelo menos dois aspectos. Por um lado, deve-se especificar os processos psicológicos que constituem a experiência subjectiva da satisfação no trabalho, estando neste caso o domínio das atitudes, podendo-se considerar as suas componentes cognitivas, afectivas e comportamentais. O segundo aspecto refere-se à identificação das características associadas ao trabalho que produzem essas experiências subjectivas de satisfação.

A confusão entre os termos “satisfação” e “motivação” tem sido considerada como causa de falhas na formulação de hipóteses e na selecção de instrumentos de pesquisa.

A diferença entre motivação e satisfação é clarificada quando se menciona que a motivação manifesta a tensão gerada por uma necessidade e satisfação expressa a sensação de atendimento dessas mesmas necessidades.

Segundo (Caravagh, 1992), as variações na satisfação em relação ao trabalho são resultado de diferenças na natureza do trabalho. Podem ser considerados todos os aspectos psicossociais do trabalho, tais como factores relacionados com a tarefa, papel do indivíduo na organização, relacionamentos interpessoais, possibilidades de desenvolvimento de carreira, clima e estrutura organizacional. O trabalho é valorizado de maneiras diferentes: para alguns é uma parte extremamente importante da vida; para outros, é apenas um aspecto da vida que existe para prover outras necessidades.

A satisfação no trabalho exerce influência sobre o trabalhador. Esta influência pode ser manifestada sobre a saúde, qualidade de vida e comportamento, com consequências para o indivíduo e para a organização.

Satisfação no trabalho tem sido associada à saúde do trabalhador. Os indivíduos mais satisfeitos com o seu trabalho apresentam melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças, quer relativamente à saúde física, quer à saúde mental (Locke, 1976; Rocha, 1996; Zalewska, 1999).

Quanto à qualidade de vida, a satisfação no trabalho também influencia a satisfação com a vida através da generalização das emoções do trabalho para a vida fora do trabalho e de atitudes que podem mesmo afectar as relações sócio-familiares (Locke, 1976).

Segundo Zalewska, 1999, a satisfação global no trabalho é uma das principais componentes da satisfação geral com a vida, ou de uma avaliação de bem-estar subjectivo.

Relativamente ao comportamento, a nível de satisfação no trabalho afecta o comportamento sob a forma de absentismo, rotatividade, queda de produtividade, greves, acidentes de trabalho, dependência de álcool ou drogas (Locke, 1976; Pérez-Ramos, 1980; Zalewska, 1999). A forma como o indivíduo reage em resposta à emoção depende dos seus valores, crenças, dificuldades e oportunidades oferecidas na situação e da forma como o aspecto é percebido, ou seja, se é percebido como benéfico ou prejudicial (Locke, 1976).

Os efeitos do comportamento resultantes dessas acções manifestam-se de múltiplas maneiras entre elas: ausências em que o trabalhador procura formas de evitar a situação que provoca insatisfação. Uma dessas formas é manter-se afastado do trabalho faltando ao mesmo, atrasos ou pausas prolongadas e, muitas vezes não autorizadas.

Segundo (Henne & Locke, 1985; Locke, 1976, 1984) a ausência psicológica ocorre quando o trabalhador se torna passivo e desinteressado do seu trabalho.

Em relação à produtividade há controvérsias quanto à relação entre esta e a satisfação no trabalho e sobre se, a satisfação leva ou não à queda de produtividade, ou ainda, se existem elementos que podem afectar, tanto a satisfação, como a produtividade (Henne & Locke, 1985; Locke, 1976). A baixa

produtividade e a qualidade insatisfatória do trabalho são respostas possíveis à insatisfação no trabalho, mas que certamente não ocorrem em todos os funcionários insatisfeitos.

A insatisfação também pode ter efeitos sobre a produtividade através do absentismo ou greves (Locke, 1984). A insatisfação no trabalho pode dar origem a tentativas para modificar esta situação sob a forma de protestos e greves (Henne & Locke 1985; Locke, 1984).

Há efeitos sobre a satisfação com a vida relacionados com a insatisfação no trabalho (Henne & Locke 1985; Locke, 1976). O trabalho é um componente da vida, podendo afectar a atitude perante a vida como um todo, mas a forma como ocorre vai depender da importância do trabalho na hierarquia de valores do indivíduo e do grupo.

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

trabalho e das possibilidades de desenvolvimento que o seu papel lhes pode trazer ou recusar.

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

1.1 - SATISFAÇÃO NO TRABALHO E SAÚDE FÍSICA /SAÚDE MENTAL

Alguns autores como (Henne & Locke 1985; Locke, 1976; Peterson e Dunnagon, 1998; Rocha, 1996; Zalewska, 1996) referem a ocorrência de melhor qualidade de saúde física em indivíduos satisfeitos, bem como maior risco para a ocorrência de problemas de saúde, tais como fadiga, dificuldade respiratória, cefaleias, problemas digestivos e mialgias em indivíduos insatisfeitos.

Henne & Locke 1985; Locke, 1976, identificaram a existência de associação entre o nível de satisfação e os problemas físicos acima descritos e a longevidade. Referem que, indivíduos mais satisfeitos apresentam menor incidência de problemas de saúde e maior longevidade. Justificam este facto por a satisfação ser um estado emocional, e as emoções implicam respostas físicas involuntárias onde o nível de satisfação (estado emocional) pode actuar como fonte de stress agindo sobre o trabalhador, de forma a provocar reacções orgânicas involuntárias. Mas, referem ainda que o nível de satisfação no trabalho e o estado de saúde podem ser influenciados por outros factores, argumentando a ideia de que a associação entre saúde física e satisfação no trabalho pode ser difícil de estabelecer.

Segundo Zalewska 1999, a satisfação no trabalho é uma das principais componentes para a satisfação geral com a vida e uma estimativa subjectiva de bem-estar. A satisfação no trabalho também é importante para a saúde mental do indivíduo na medida em que, pode ter uma extensão do seu efeito para a vida

particular. Caso ocorra insatisfação no trabalho, pode surgir desapontamento, situação que pode afectar o comportamento fora do trabalho (Coda, 1986).

A relação entre saúde e satisfação no trabalho é difícil de ser estabelecida, porque, nem sempre está claro se a satisfação produz saúde, se a saúde produz satisfação ou se as duas são resultado de outro factor (Henne & Locke, 1985).

CAPÍTULO III

1 - MOTIVAÇÃO

O conceito de motivação é amplo e complexo e a sua definição deve considerar todos os factores que suscitam e orientam a conduta do ser humano.

De uma maneira geral, motivação é um termo empregue para designar os fenómenos envolvidos nas acções de incentivo e impulsos, ou seja, é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma ou, pelo menos que dá origem a uma propensão, a um comportamento específico, podendo ser um estímulo externo (que provém do ambiente) ou ser gerado internamente nos processos mentais do indivíduo (Chiavenato, 1999).

De acordo com Doron e Parot (2001), é devido à motivação que as necessidades se transformam em objectivos, planos e projectos. Estes autores referem que a motivação envolve quatro aspectos:

- 1 – Canalização das necessidades (aprendizagem)
- 2 – Elaboração cognitiva (objectivos e projectos)
- 3 – Motivação instrumental (meios e fins)
- 4 – A personalização (autonomia funcional)

Segundo Dorsch (1976), a motivação é um fenómeno que explica a conexão e os modelos de relação entre sucessivos estados da parte psíquica. Cada acontecimento na vida psíquica constitui motivação para o acontecimento seguinte que, por sua vez foi motivado pelo precedente. A motivação tem bases afectivas, emocionais e intelectuais, os objectivos mais significativos são potentes criadores de motivação.

Robbins (1999) define "Motivação como o desejo de exercer um alto nível de esforço direccionado a objectivos organizacionais, condicionado pela

habilidade do esforço de satisfazer alguma necessidade individual." Daqui resulta que a motivação do indivíduo depende e é orientada no sentido de conjugar os seus interesses com os da organização; é com vista à realização dos seus interesses, que o indivíduo se sente motivado e orienta o seu esforço e empenho.

Chiavenato (1999) refere, que motivação "é o processo que leva alguém a comportar-se para atingir os objectivos organizacionais, ao mesmo tempo que procura alcançar também os seus próprios objectivos individuais."

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

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

Podemos dizer que a motivação é a grandeza que dirige as acções humanas e a sua força reside no mais íntimo das pessoas, podendo ser alterada. Define-se pelo desejo de exercer níveis de esforço elevados com o fim de atingir determinados objectivos, organizacionais ou não, condicionados pela capacidade de satisfazer algumas necessidades individuais.

As principais características básicas da motivação são que esta é um fenómeno individual, ou seja, somos únicos e devemos ser tratados como tal; que a motivação é intencional, uma vez que está sob o controlo do trabalhador, a motivação é multifacetada, depende tanto do estímulo, como da escolha do comportamento empregue.

Outra característica é que a motivação não pode ser medida directamente. Mede-se o comportamento motivado, acção e forças internas e externas que influenciam na escolha da acção. A motivação não é passível de observação.

Existem dois tipos de motivação, motivação intrínseca quando está relacionada com recompensas psicológicas como por exemplo reconhecimento,

respeito, status. Estes tipos de motivação estão intimamente ligadas as acções individuais da chefia relativamente aos seus subordinados.

Chamamos motivação extrínseca quando as causas são baseadas em recompensas tangíveis, tais como os salários, benefícios, promoções. Estas recompensas são geralmente determinadas pela alta administração organizacional, sendo, então independentes da chefia.

Relativamente ao indivíduo, enquanto pessoa existem quatro tipos de motivações.

Motivações fisiológicas (primárias, inatas, básicas ou biogénicas), estas são inerentes à estrutura biológica do organismo, tendo por função garantir o equilíbrio orgânico – homeostasia (é um processo dinâmico de auto-regulação que assegura a sobrevivência do organismo. Temos como exemplos de motivações fisiológicas o sono, a fome, a sede, a dor.

Motivações sociais (adquiridas, aprendidas, secundárias ou orgânicas), estas variam de indivíduo para indivíduo e são adquiridas através do processo de socialização, resultando do processo de aprendizagem social. Consideram-se motivações sociais:

→ Necessidade de afiliação, isto é o desejo de o indivíduo ser aceite e estimado pelos outros, que está relacionado com a vida dos seres humanos em grupos. Existe uma intensa relação entre a afiliação e a necessidade de aprovação social.

→ Necessidade de realização/ sucesso, a motivação de realização é o desejo de ser bem sucedido em situações que provocam desafio.

→ Necessidade de poder/ prestígio é a necessidade de ter uma posição de determinado nível na sociedade e de ser admirado (pessoas que procuram ocupar lugares de chefia).

Motivações combinadas, estas motivações designam-se por combinadas porque combinam factores biológicos e factores sociais / aprendidos. São marcadas pela aprendizagem, mas não são essenciais à sobrevivência do indivíduo nem à manutenção do equilíbrio do organismo (homeostasia). Como exemplo de motivações combinadas temos o comportamento sexual que está relacionado com o funcionamento do sistema endócrino. A expressão da sexualidade depende da aprendizagem do indivíduo num determinado contexto

social, variando no tempo e cultura. É o contexto sócio cultural que, através das leis/ normas, controla a manifestação do impulso sexual. Temos, também como exemplo o comportamento maternal que é determinado por mecanismos hormonais, o comportamento maternal, varia ao longo do tempo e nas diferentes culturas.

Motivações cognitivas, são necessidades de informação e de conhecimento que têm como base a curiosidade e a actividade exploratória, para melhor compreendermos e, explicarmos a realidade.

O comportamento dos indivíduos dentro da organização é complexo, depende dos factores internos (decorrentes das suas características de personalidade, capacidade de aprendizagem, de motivação, de percepção do ambiente externo e interno, de atitudes, de emoções, de valores...) e externos (decorrentes do ambiente envolvente, das características organizacionais, como sistemas de recompensa e punições, de factores sociais, de políticas, da coesão do grupo...)

Segundo Chiavenato, 1999, com a teoria das Relações Humanas passou a estudar-se a influência da motivação no comportamento dos indivíduos. Embora este seja apenas um dos factores internos que influenciam o comportamento humano, a ele é dada importância porque a motivação actua, de uma forma geral, sobre as necessidades dos indivíduos com o fim de supri-las, de modo a atingir objectivos, quer pessoais, quer organizacionais (Chiavenato, 1999).

Estas necessidades humanas tidas como forças activas e impulsionadoras do comportamento apresentam-se de diversas formas, pois, os indivíduos são diferentes entre si, possuem necessidades diferentes e estas conseqüentemente, produzem padrões de comportamento que variam de indivíduo para indivíduo. Apesar de todas estas diferenças podemos dizer que o processo que dinamiza o comportamento humano é muito semelhante para todos os indivíduos.

Quando o indivíduo está motivado para atingir um determinado objectivo, e devido a um obstáculo independentemente de qual for não o consegue atingir, vive um estado de frustração. Este sentimento depende de muitos factores: personalidade do sujeito, idade, natureza da motivação, tipo de obstáculo, etc.

A frustração é o bloqueio do comportamento motivado, ou seja, um obstáculo impede que o desejo ou objectivo seja alcançado. Podemos distinguir dois tipos de frustração, a primária que resulta da ausência do objectivo de satisfação da motivação e a secundária que resulta da interposição de um obstáculo.

A tolerância à frustração, isto é, a capacidade de suportar a frustração, depende de vários factores, como a idade e aprendizagem, nomeadamente a socialização.

As reacções à frustração podem ir da agressão (directa ou deslocada) à apatia (indiferença).

A agressão directa acontece quando o indivíduo agride a causa que provocou a frustração. Na agressão deslocada, o sujeito desloca a sua agressão para elementos não responsáveis pela frustração.

A auto-agressão é uma forma de agressão deslocada em que o sujeito se agride a si próprio.

O indivíduo vive um conflito quando está numa situação em que diferentes motivações se opõem. O conflito designa a oposição de forças com nível semelhante. O conflito surge quando as motivações são incompatíveis podemos dizer que é um estado de hesitação entre tendências ou impulsos antagónicos.

Kurt Lewin (1975) classificou os conflitos em três grupos:

1. Conflito aproximação/ aproximação. Decisão sobre duas coisas desejáveis, mas incompatíveis. O conflito surge por só ser possível escolher uma situação;

2. Conflito afastamento/ aproximação. Decisão sobre algo que comporta aspectos positivos, mas também negativos. O indivíduo está perante uma situação que é positiva e negativa ao mesmo tempo.

3. Conflito afastamento/ afastamento. Decisão sobre duas coisas igualmente desagradáveis, mas inevitáveis.

1.1 - MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

Sendo o comportamento humano fundamentalmente orientado por objectivos, sejam eles conscientes ou inconscientes, há factores de motivação que vão influenciar directamente o comportamento do indivíduo e, conseqüentemente, o seu desempenho na organização. Motivação, comportamento e desempenho encontram-se estreitamente ligados. O desempenho é uma manifestação do comportamento humano nas organizações podendo ser motivado pelo próprio indivíduo (motivos internos) ou pela situação ou ambiente em que ele se encontra (motivos externos) (Maximiano, 1995: 318).

→ Motivos Internos, são interesses, aptidões, necessidades e habilidades do indivíduo, que o deixam capaz de realizar certas tarefas e não outras, que o fazem sentir atraído por algumas coisas e evitar outras, que o fazem valorizar certos comportamentos e menosprezar outros. Podemos mesmo referir que são impulsos interiores de natureza fisiológica e psicológica, afectados por factores sociológicos tais como: necessidades, frustração, aptidão, habilidades, atitudes e interesses.

→ Motivos Externos são os estímulos ou incentivos que o ambiente oferece ou objectivos que a pessoa persegue porque satisfazem uma necessidade, despertam um sentimento de interesse porque representam a recompensa a ser alcançada. Os motivos externos podem ser divididos em duas categorias o trabalho e as condições de trabalho.

2 - TEORIAS DAS MOTIVAÇÕES HUMANAS

As motivações, ou motivos no ser humano, não são estáticos, antes pelo contrário são forças dinâmicas e persistentes capazes de interferir no comportamento das pessoas. As teorias mais reconhecidas na psicologia sobre motivação são as que se relacionam com as necessidades humanas.

As teorias da motivação tratam de forças propulsoras do indivíduo para o trabalho e estão normalmente associadas à produtividade e ao desempenho, despertando o interesse dos dirigentes e administradores. O crescimento dos estudos da motivação para o trabalho dá-se pela possibilidade de atender ao sonho dos administradores em criar um motor propulsor, que mantenha o homem a trabalhar conforme as expectativas da organização.

Os chefes gostariam de ver os seus funcionários motivados e integrados com os objectivos da organização de forma a atingir o máximo de produtividade. Ao perder o sentido do trabalho com a sua crescente divisão, as teorias da motivação têm lutado pela procura da motivação. Os indivíduos tornam-se um meio para atingir os fins definidos pela organização devido ao uso de padrões organizacionais de motivação. O indivíduo passa a ser utilizado como um instrumento.

“A fragmentação do trabalho nas organizações produtivas e a alienação daí decorrente levou muitas pessoas que trabalham nas organizações contemporâneas a aceitarem como absolutamente normal desempenhar actividades que não fazem o menor sentido (...) A motivação do empregado só se tornou uma questão organizacional porque o próprio trabalho, pela excessiva fragmentação, perdeu sentido. As teorias motivacionais têm procurado oferecer aos gerentes os corantes e aromatizantes artificiais para torna tolerável uma actividade que já faz sentido” (Sievers, 1984:22)

As teorias da motivação podem-se separar em grandes correntes que se diferenciam quanto à visão do que seria a força propulsora para o trabalho.

Estas grandes correntes são as seguintes:

→ **Etologistas**, que sugerem ser a conduta instintiva de cada espécie animal e a busca por adaptação ao meio a maior motivação para acção, inclusive dos homens;

→ **Behavioristas**, que acreditam que a força propulsora é constituída pelos estímulos externos através do processo de aprendizagem;

→ **Cognitivistas** acreditam que a motivação depende da representação que os indivíduos possuem do meio, o que inclui um conjunto complexo de factores, como a percepção, pensamento, valores, expectativas e aprendizagem;

→ **Psicanálise**, que enfatiza as motivações inconscientes derivadas de impulsos biológicos e experiências passadas, principalmente durante a infância;

→ E um grupo de teóricos que procuram compreender o ser humano na sua vivência concreta.

Quer os behavioristas, quer os cognitivistas, desenvolveram uma teoria, na qual a motivação se fundamenta no princípio do hedonismo, que afirma que os indivíduos buscam o prazer e se afastam do sofrimento. Acreditam que as pessoas se comportam de forma a maximizar certos tipos de resultados das suas acções, ou seja, dão ênfase à aprendizagem. A sua abordagem é histórica porque, o que motiva o comportamento são as consequências dos efeitos produzidos pelo comportamento passado dos indivíduos.

O pressuposto fundamental dos behavioristas e que os diferencia dos cognitivistas, é que a força que conduz o comportamento motivado está fora da pessoa. Nasce de factores extrínsecos que são soberanos à sua vontade. Desta forma, para os behavioristas existe uma ligação necessária entre o estímulo externo e a resposta comportamental. Trata-se de uma acomodação do organismo vivo às modificações operadas no meio ambiente.

Assim, pelo reforço ou recompensa, a motivação passa a ser vista como um comportamento reactivo que leva ao movimento.

Segundo Bergamini “a motivação passa a ser compreendida como um esquema de ligação estímulo - resposta (...) e que o homem pode ser colocado em movimento por meio de uma sequência de hábitos que são o fruto de um condicionamento imposto pelo poder das forças condicionantes do meio exterior” (Bergamini, 1990:26)

A teoria behaviorista pode representar de certa forma, um perigo ao chegar indevidamente à percepção de que o homem está verdadeiramente motivado, quando na verdade está apenas a alterar o seu comportamento, reagindo ao meio exterior. Assim, a crença de que o comportamento das pessoas pode ser dirigido a partir de uma programação controlada, independentemente das suas vontades, ameaça o sentido da identidade pessoal definido e mantido ao longo de toda a vida.

Os cognitivistas, ao contrário dos behavioristas, acreditam que os indivíduos possuem valores, opiniões e expectativas em relação ao mundo que os rodeia e que assim também são direccionados para os seus comportamentos, só que desta vez, baseados nas representações internas. Isto é, os indivíduos possuem representações internas do seu ambiente que envolvem os processos de percepção, pensamento e aprendizagem. De acordo com estas representações os indivíduos traçam objectivos e lutam para atingi-los.

“ Os indivíduos possuem objectivos e expectativas que desejam alcançar e agem intencionalmente, de acordo com as suas percepções da realidade (...) As intenções dependem das crenças e atitudes que definem a maneira de um indivíduo ver o mundo, ou seja, suas percepções” (Motta, 1986:124).

Em oposição aos behavioristas, que acreditavam que era possível e necessário aprender a motivar ou outros, os cognitivistas acreditam que ninguém pode motivar quem quer que seja, uma vez que as acções humanas são espontâneas, tendo como origem os seus impulsos interiores. Não podemos esquecer que os indivíduos tendem a buscar o prazer e a afastar-se do sofrimento, mas desta vez “a escolha feita em determinada situação é ocasionada pelos motivos e cognições próprias do momento em que se faz a escolha” (Aguiar, 1992:256)

A administração busca em Freud contribuições para as teorias das motivações, uma vez que este aborda a motivação de uma forma dinâmica que

se baseia em forças internas que direccionam o comportamento. Estas forças internas seriam os instintos (libido) que fornecem uma fonte fixa e contínua de estímulo, sendo algumas vezes conscientes e outras inconscientes. As pessoas nalguns momentos estão conscientes das motivações das suas acções, só que muitas vezes são comandadas pela necessidade de liberdade e satisfação dos instintos.

Segundo Aguiar (1992:257), a principal contribuição da teoria psicanalítica está na ênfase que Freud dá à dependência que o comportamento adulto mantém em relação às experiências da infância.

“A ênfase no passado do indivíduo e nos instintos como forças motivadoras realmente caracteriza a abordagem histórica e o determinismo biológico da teoria psicanalítica (...) o determinismo biológico deve-se ao facto de que os instintos são herdados e determinam o comportamento humano” (Aguiar, 1992:257).

Assim, a principal contribuição de Freud encontra-se no facto de considerar o homem prisioneiro da sua hereditariedade, do seu passado e do seu meio.

2.1 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL: TEORIAS SOBRE A SATISFAÇÃO NO TRABALHO

A natureza complexa e variável da motivação no trabalho deu origem a muitas teorias, baseadas em diferentes conceitos, que contribuem para explicar a satisfação no trabalho.

Uma das classificações de maior valor organizador da diversidade de abordagens e teorias da motivação cruza dois critérios. O primeiro aborda entre teorias de conteúdo e teorias do processo. O segundo distingue entre as teorias gerais sobre a motivação humana e as teorias específicas. Daqui resultam quatro tipos de teorias/abordagens.

Figura 1 – Classificação das teorias da motivação

	Teorias Gerais	Teorias Organizacionais
Teorias de Conteúdo	Hierarquia das Necessidades Teoria ERG Teoria dos Motivos	Teoria Bifactorial Teoria das Características da Função
Teorias de Processo	Teoria de Equidade ModCO	Definição de Objectivos Teoria das Expectativas Teoria da Avaliação Cognitiva

Fonte: adaptado de "manual de comportamento Organizacional e gestão (Cunha, 2004)

As Teorias do Conteúdo explicam a motivação através de uma análise pelo ponto de vista dos motivadores e pesquisam sobre o que motiva os indivíduos.

As teorias do processo analisam a motivação de uma forma mais dinâmica, e tentam compreender como se manifesta o comportamento dos indivíduos motivados.

TEORIAS DE CONTEÚDO

Teoria da hierarquia das necessidades

A teoria formulada por Abraham Maslow (1954), é, provavelmente, a teoria mais conhecida sobre a motivação humana, sendo conhecida por profissionais de vários sectores, e sendo ligada imediatamente ao tema da motivação. Na sua obra, Maslow discute aquilo que caracteriza o "bom ser humano". O autor afirma que o bom ser humano, é aquele que tem a possibilidade de se aproximar da auto-realização.

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

influenciam o comportamento quando as necessidades mais baixas estão relativamente satisfeitas." (Chiavenato, 1999).

As necessidades humanas estão dispostas em forma de pirâmide, obedecendo a uma ordem de prioridades com que invariavelmente estas se apresentam. Importa saber como é que estas são definidas; assim, e por ordem decrescente de importância desde a base até ao vértice, temos:

- **"Necessidades fisiológicas:** incluem fome, sede, sono, sexo e outras necessidades corporais. São as necessidades básicas de sobrevivência biológica.

- **Necessidades de segurança:** incluem segurança e protecção contra ameaça ou perigo físico e emocional. Visam assegurar a estabilidade das pessoas.

- **Necessidades sociais:** incluem afeição, filiação, aceitação social e amizade. Envolvem a necessidade de amor, integração e relacionamento humano.

- **Necessidades de estima:** incluem factores internos de estima, como auto

- **Respeito, autonomia, senso de competência,** e factores externos de estima, como status, reconhecimento, prestígio, atenção e consideração.

- **Necessidades de auto-realização:** é a necessidade mais elevada do ser humano. Essas são as necessidades de cada um realizar o seu próprio potencial, de estar em contínuo auto-desenvolvimento, de ser criador no sentido mais alto do termo. Incluem o crescimento pessoal e o alcance da plena potencialidade da pessoa (Chiavenato, 1999)

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

Figura 2- Teoria nas das Necessidades Humanas de Maslow



Fonte: Adaptado de Ferreira (1998)

Chiavenato (1999) refere que nesta teoria há duas classes de necessidades: as necessidades de baixo nível (necessidades fisiológicas e de segurança), e as necessidades de alto nível (as necessidades sociais, de estima e de auto-realização). Neste sentido, a satisfação das diferentes necessidades em situação de trabalho supõe igualmente medidas várias e investimentos organizacionais de ordem diversa e assim temos "... as necessidades mais elevadas são satisfeitas internamente (dentro da pessoa), enquanto as de baixo nível são satisfeitas externamente (através da remuneração, contractos de trabalho, relacionamento pessoal ou profissional, etc.)" (Chiavenato, 1999). O que é desejável é que a organização proporcione a satisfação das necessidades, mesmo as de nível mais elevado; é, no entanto, necessário um envolvimento de todos e a adopção de medidas de gestão que vão nesse sentido.

Teoria ERG, de Alderfer

Existe uma grande relação entre a teoria de Alderfer e a teoria de Maslow, pode-se dizer que Alderfer, fez um reagrupamento de categorias.

Ao contrário de Maslow que considera 5 níveis de necessidades, Alderfer considera apenas 3, nomeadamente as necessidades de Existência, de Relacionamento e de Crescimento

As necessidades de existência de Alderfer correspondem às necessidades fisiológicas e de segurança material de Maslow, as de relacionamento correspondem às necessidades sociais e de estima e as necessidades de crescimento equivalem, às necessidades de auto-realização.

Segundo esta teoria existem situações em que os trabalhadores podem activar as suas necessidades de nível mais elevado sem terem satisfeito completamente as necessidades de níveis inferiores;

Alderfer defende, ao contrário de Maslow, que quando as necessidades de um nível superior são frustradas, as necessidades de nível inferior retornam, mesmo que já tenham sido satisfeitas.

Teoria das Necessidades (Teoria dos Motivos) de McClelland

Segundo McClelland, são três os impulsos básicos que motivam os indivíduos para o desempenho: necessidade de realização, necessidade de poder e necessidade de afiliação.

Necessidade de realização – define-se como o desejo de querer ser o melhor, de querer ser excelente, os indivíduos com esta necessidade em grau elevado gostam de estabelecer objectivos exigentes e de assumir responsabilidades de forma a encontrarem soluções para os problemas. São características para um bom desempenho em profissões / trabalhos desafiantes e competitivos mas com fraco desempenho em trabalhos rotineiros.

Necessidade de poder – consiste no forte desejo de influenciar e controlar o comportamento dos outros. É mais motivante o estatuto e o prestígio do que um desempenho eficaz.

Necessidade de afiliação – consiste no desejo e vontade de ser aceite pelos outros, indivíduos que apresentam esta necessidade elevada preferem situações pouco competitivas e os relacionamentos têm que implicar mútua compreensão.

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

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

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

Herzberg defende, então, que o oposto da satisfação não é a insatisfação; retirar as características insatisfatórias de um trabalho não faz com que ele se tome obrigatoriamente satisfatório. "Herzberg propõe que as suas descobertas indicam a existência de um duplo: o oposto de "Satisfação", é "Não-satisfação". e o oposto de "Insatisfação" é "Não-insatisfação".(ROBBINS, 1999). Nesta perspectiva, os factores que proporcionam a satisfação são distintos daqueles que levam à insatisfação em situação de trabalho,

Teoria das características da função- Hackman e Oldham

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

A teoria tem duas ideias chave; o trabalho deve ter cinco características ou, como os autores referem, cinco dimensões que passamos a citar: *variedade de habilidade, identidade da tarefa, significação da tarefa, autonomia e feedback*, que são tidas como necessárias para que o indivíduo tenha motivação e satisfação no trabalho, qualidade no desempenho e baixo absentismo. Estas características do trabalho propiciam estados psicológicos vividos pelo indivíduo: *significação* percebida, *responsabilidade* percebida e *conhecimento* dos resultados do trabalho. Motivação, qualidade no desempenho e satisfação no trabalho são recompensas pessoais que segundo Hackman e Lawler, (1971) citado por (Neves, 1998) "...reforçam o comportamento e servem de incentivo ao sujeito para continuar a empenhar-se no trabalho, através de um ciclo de auto-motivação. Este ciclo tende a manter-se enquanto pelo menos um destes três estados psicológicos esteja presente ou enquanto o indivíduo valorize as recompensas internas resultantes de um bom desempenho..."

- *Variedade de competências*, consiste no grau de exigências e talentos requeridos pelas actividades inerentes a uma dada função.

- *Identidade das tarefas*, refere-se ao grau de identificação que a função proporciona em termos de conjunto, isto é, um trabalho com princípio e fim e com resultados perceptíveis, e não tarefas repetitivas e monótonas.

- *Significado das tarefas*, refere-se ao impacto que estas têm para os outros trabalhadores, para a organização ou para a comunidade.

- *Autonomia*, é entendida como o grau de liberdade e independência que o indivíduo possui no que se refere ao planeamento das tarefas.

- *Feedback*, é a forma como o indivíduo é informado acerca da eficácia do seu desempenho.

- *Significado do trabalho*, é a percepção que o indivíduo tem do trabalho devendo esta ser a de um trabalho importante, valioso e digno

- Responsabilidade, o indivíduo deve ser responsável e responder pelos resultados da função que desempenha.

- Conhecimento dos resultados, o indivíduo deve ter conhecimento do resultado das suas tarefas, do seu trabalho. (Adaptado de Neves, 1998)

TEORIAS DE PROCESSO

Teoria da Equidade, de Adams

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

A teoria da equidade baseia-se na premissa de que a quantidade de esforço que o indivíduo dispense no seu trabalho depende da comparação que este faz com o esforço dispendido por outros indivíduos relevantes. É do equilíbrio que pode estar presente nesta comparação que resulta a satisfação do indivíduo. "A satisfação é determinada pelo balanceamento dos investimentos *{inputs}* e recompensas. A percepção da equidade nesta relação determina a satisfação; se a percepção é de inequidade a pessoa sentirá insatisfação. O grau de insatisfação resulta do *rácio* percebido entre o que a pessoa investe no trabalho e o que recebe em troca." (NEVES, 1998).

Esta teoria contém quatro elementos tidos como os mais importantes:

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

Assim, numa situação de trabalho, os recursos da pessoa (*inputs*) como sejam as habilitações e o esforço, são o meio de obter recompensas como

sejam o salário, um estatuto social, etc., e que são os (*outputs*). Porque a avaliação dos *inputs* e *outputs* é feita através da comparação do indivíduo com os outros relevantes, ele sentir-se-á satisfeito quando recebe *outputs* comparativamente adequados à sua situação. Quando estes estão acima ou abaixo daquilo que ele acha que merece, irá sentir-se insatisfeito.

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

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

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

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

Teoria ModCO, de Luthans e Kreitner

ModCO é a Modificação do Comportamento Organizacional.

Esta teoria ensaia uma mudança de uma lógica cognitiva, comum às teorias de processo, para uma lógica comportamental.

Com esta mudança, troca-se a descrição dos comportamentos, ou seja, como pensam as pessoas, pela sua previsão e controlo, ou seja, como elas agem.

Existem quatro tipos de reforços que podem ser usados para aumentar a probabilidade de ocorrência de alguns comportamentos e para enfraquecer outros, nomeadamente:

Reforço positivo: a recompensa é oferecida se o comportamento da pessoa for o pretendido.

Reforço negativo: refere-se à suspensão de uma contingência indesejada devida ao surgimento do comportamento desejado.

Extinção: envolve retirar um esforço positivo de modo a que o comportamento indesejado deixe de se manifestar.

Punição: consiste em proporcionar consequências negativas a um comportamento indesejado de modo a fazer decrescer a frequência desse comportamento.

Para evitar a punição, a pessoa deixa pura e simplesmente, de actuar de determinada forma, independentemente das circunstâncias.

A teoria de ModCo enfatiza as causas externas do comportamento: o comportamento é uma consequência de estímulos e reforços.

A ModCo tem vindo a incorporar elementos da teoria da aprendizagem social. Esta teoria defende que os comportamentos são aprendidos através da observação do comportamento dos outros.

A intervenção do ModCo assenta num conjunto de 5 princípios:

- Identificar os comportamentos relacionados com os problemas de desempenho;
- Medir as frequências do comportamento identificado;
- Analisar as contingências antecedentes e consequentes na envolvente actual;
- Intervir para mudar as contingências ambientais;
- Avaliar se a mudança comportamental correu na direcção desejada.

Teoria da Definição de Objectivos, de Locke e Latham

Uma das mais conhecidas e mais extensamente confirmadas teorias da motivação é a definição de objectivos. Tal como sugerido pelo nome, esta teoria baseia-se no efeito motivador da existência de objectivos, isto é de metas que os indivíduos tentam alcançar através das suas acções

Locke defende a onnipresença da definição de objectivos nas diversas teorias da motivação, querendo com isso identificar a definição de objectivos como a mais importante de todas as fontes de motivação.

A lógica desta teoria decorre da constatação de que a nossa vida é de algum modo uma sucessão de objectivos.

Conclui-se então que esta teoria refere o facto dos mais eficazes de todos os objectivos serem os que combinam um conjunto de características reunidas na sigla SMART:

- Specific (específicos)
- Measurable (mensuráveis)
- Agreed (acordados, alcançáveis)
- Realistic (realistas)
- Timed (com prazos)

Teoria da Expectativa - Vroom

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

Esta teoria assenta numa abordagem de base cognitiva que considera que o comportamento e o desempenho são o resultado de uma escolha consciente.

O comportamento escolhido é aquele que conduz a maiores ganhos para a pessoa.

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

Valência traduz o significado e importância que indivíduo dá às recompensas e metas que pode ou quer atingir, pelo que a expectativa e a instrumentalidade são assim condicionadas pela importância que esta última tem para o indivíduo. Neves (1998) define como "... valor afectivo que o indivíduo atribui às consequências (outcomes) resultantes do seu desempenho." É uma relação de recompensas e metas e reside no "...grau em que as recompensas organizacionais satisfazem as metas ou necessidades pessoais de um indivíduo e a atracção destas recompensas potenciais para o indivíduo." (ROBBINS, 1999).

Resumindo: o indivíduo está motivado a fazer um esforço elevado quando acredita que este possibilita um desempenho do qual resultam recompensas organizacionais que irão satisfazer as suas metas pessoais.

Teoria da Avaliação Cognitiva, de Deci

Segundo o autor, devem ser considerados dois sistemas motivacionais:

→ Intrínseco

→ Extrínseco

As pessoas intrinsecamente motivadas são aquelas que têm um *locus* de controlo interno elevado.

Estas pessoas atribuem o seu comportamento a necessidades internas e esforçam-se por obter recompensas que lhes satisfaçam as necessidades intrínsecas.

De acordo com esta teoria, as organizações devem sobretudo estimular a motivação intrínseca das pessoas, sendo do seu interesse trocar causas externas que sejam percebidas como controlando o comportamento, por factores externos de apoio, pouco intrusivos.

A teoria da avaliação cognitiva defende que as variáveis externas são importantes e que devem ser geridas com cautela, porque quando são percebidas como controlando o comportamento individual, tendem a diminuir a motivação intrínseca.

Em suma, o resultado desta teoria é a **auto-determinação** – desenvolvimento de “um sentimento de escolha na iniciação e regulação das acções individuais”.

Os resultados conjecturados da auto-determinação são:

- Maiores criatividades
- Auto-estima
- Bem-estar

Teoria do Stress e da Exaustão - Hans Seley-1936

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

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

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

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

2.2 - O FUTURO DAS TEORIAS DA MOTIVAÇÃO

As teorias da motivação utilizadas como fonte de explicação do comportamento dos funcionários no local de trabalho surgiram entre a década de sessenta e a década de noventa, do século XX, "a partir desta data o interesse científico ao nível da motivação no trabalho entrou em declínio" (Streets et al., 2004: 383). Estas teorias surgiram num contexto organizacional diferente do actual. As teorias existentes necessitam ter em conta novas variáveis, ou seja, de ter em consideração uma nova realidade, devendo

adaptar-se às novas características dos locais de trabalho (Latham & Pinder, 2005: 486-487).

Fried e Slowik (2004: 404-419) constataram que as teorias de motivação no trabalho falharam ao tentarem incorporar o tempo como uma variável importante que afecta a motivação das pessoas. Argumentam que os modelos cognitivos da motivação permitem que os investigadores se foquem nas tendências humanas para interpretar o passado e o presente, tentando prever o futuro, como também incorporam estas três fracções de tempo e o relacionamento entre elas como uma parte integral do processo cognitivo da decisão comportamental no trabalho. Analisaram ainda o papel negligenciado do tempo na Teoria da Definição de Objectivos e demonstraram como a integração do tempo nesta teoria adiciona-lhe dinamismo e validade no ambiente de trabalho, caracterizado por uma complexidade crescente e uma mudança constante.

Um exemplo disso é a interpretação de que o desempenho varia entre indivíduos que têm uma elevada orientação para o futuro (promoção) e os que têm uma elevada orientação para o presente (prevenção).

Seo et al. (2004: 423-435) salientam que as emoções têm sido um tópico negligenciado na literatura do comportamento organizacional, sugerindo que os aspectos das experiências afectivas podem ser integrados mais profundamente na compreensão actual da motivação no trabalho. Mencionam um conjunto de caminhos que directa ou indirectamente vão afectar três dimensões do comportamento: direcção, intensidade e persistência.

Kanfer e Ackerman (2004: 440-456) referem que até à data a investigação sobre as ramificações do desenvolvimento do adulto na motivação do trabalho tem sido escassa. Nesse contexto apresentam uma estrutura para compreender como as mudanças relacionadas com a idade no desenvolvimento do adulto afectam a sua motivação no trabalho. A estrutura por eles revista e apresentada sugere que não existe nem uma justificação teórica nem evidência empírica que suporte a noção de um declínio inevitável e universal da motivação no trabalho relacionada com a idade e que a diferença na motivação no trabalho na vida adulta pertence principalmente ao impacto das mudanças relacionadas com a idade nas competências e nos componentes do processo motivacional.

Ellemers et al. (2004: 459-474) afirmam que as teorias e as pesquisas em motivação do trabalho centraram-se principalmente nas necessidades individuais que as pessoas possam ter, nos seus próprios objectivos e nas expectativas independentes, ou nos resultados pessoais que consideram recompensadores, não dando relevância aos grupos de trabalho. Neste contexto e acreditando que os processos do indivíduo e do grupo interagem para determinar a motivação do trabalho, defendem que os empregados não são dirigidos somente por considerações pessoais e que por sua vez a motivação individual é projectada sobre, desenvolvido por e adaptada às necessidades, aos objectivos, às expectativas ou às recompensas da equipa ou da organização em que os indivíduos estão inseridos.

Kehr (2004: 479-494) aborda a questão da motivação e da vontade no trabalho, criando um modelo compensatório da motivação e da vontade no trabalho que conjuga três abordagens previamente não relacionadas da motivação humanas: as teorias duplas do sistema, as teorias da vontade e as teorias em habilidades percebidas.

Segundo Ambrose e Kulik (1999: 266-278) as próximas áreas de interesse da pesquisa da motivação serão:

- **A criatividade:** as mesmas variáveis que se prevêem forçar a motivação intrínseca estão também associadas a um desempenho criativo. Então as organizações podem simultaneamente influenciar a motivação e o desempenho criativo de uma forma eficaz;

- **Os grupos e equipas:** as organizações continuam a ir de encontro a sistemas baseados em grupos. A pesquisa da motivação dentro dos grupos ganha uma importância crescente, visto pouco se saber sobre a forma como os grupos constroem a sua percepção de expectativas, valência ou percepção de equidade;

- **A cultura:** é já aceite que as diferenças culturais assumem uma importância crescente dentro das organizações, tornando-se necessário considerar o como e porquê a cultura é importante, baseando-se em teorias em vez da simples intuição e empirismo

3- SATISFAÇÃO NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

De acordo com Chasco e Aznarez (2000) a satisfação no trabalho dos enfermeiros é uma percepção subjectiva das experiências laborais do sujeito que influenciam o seu estado de saúde e a qualidade dos cuidados que presta. Por seu lado a Lei nº 48/90 – Lei de Bases da Saúde – refere na sua base XXX que a avaliação da satisfação dos profissionais deve ser um dos critérios da avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde.

Teixeira (2005) salienta que a satisfação no trabalho será de entre as inúmeras variáveis relacionadas com o trabalho, a de maior relevância na actualidade. A mesma autora afirma ser insólito que o tema da satisfação no trabalho tenha chegado tão tardiamente ao campo das organizações dos profissionais de saúde, já que foi reconhecido como importante indicador do clima organizacional, mais do que isso, um elemento determinante da avaliação da qualidade dos hospitais, a par com a satisfação dos utentes.

Esta temática é tanto mais importante se for tido em consideração que na fase de mudança que as organizações de saúde atravessam, é sobretudo necessário atingir a satisfação no trabalho de forma integrada, de modo a que as expectativas geradas não saiam frustradas por necessidades não satisfeitas.

A enfermagem é uma profissão de desgaste rápido. As condições e a sociedade em que a profissão se desenvolve actualmente são motivo de situações de *stress*, potenciadas por exemplo por uma população cada vez mais envelhecida com aumento dos processos crónicos, pela maior exigência dos utentes e por condições de emprego precário. O desfaseamento existente entre a formação recebida durante o curso e a realidade laboral nas actuais estruturas organizacionais constitui um factor de risco para o aparecimento de situações de

stress, frustração, desmotivação, ou seja o denominado “Síndrome de Burnout” (Santos *et al.*, 2006).

Lucas (1984) refere que a satisfação no trabalho dos enfermeiros é um tema importante e pode revelar-se extremamente gravoso quando olhado a partir dos seus efeitos: absentismo, elevada rotação de emprego, escassez de profissionais, baixa produtividade, diminuída eficiência e qualidade dos serviços a par de custos acrescidos de substituição. O autor salienta que, apesar de não serem conhecidos resultados de estudos sobre a satisfação profissional da enfermagem portuguesa, é possível inferir a partir de alguns dados sobre absentismo, rotação e escassez de enfermeiros, concluindo que situação não é de modo algum entusiasmante. O mesmo refere que em estudos localizados em alguns hospitais, a taxa de absentismo do pessoal de enfermagem é das mais elevadas do conjunto dos profissionais.

No mesmo sentido que o autor atrás referenciado, Ferreira e Sousa (2006), salientam que a satisfação profissional dos enfermeiros é condicionada por diversos factores nomeadamente: escassa autonomia dos profissionais; indefinição das tarefas; elevada pressão a que estão submetidos; sobrecarga de trabalho; falta de apoio do supervisor; poucas expectativas de carreira e desenvolvimento profissional; deficiente reconhecimento pessoal e profissional e a ausência da melhoria dos cuidados de saúde prestados. Por tudo isto os autores salientam que a enfermagem é considerada uma profissão de alto risco devido ao desgaste físico e emocional a que os enfermeiros estão sujeitos, provocando nestes profissionais alguma insatisfação, a qual poderá causar manifestações físicas e comportamentais, condicionando, assim, o seu bem-estar e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados. As situações que aparecem, com maior frequência, provocadas pela insatisfação são as doenças dos profissionais, provocando o desinteresse pela profissão, o absentismo, a passividade e a rotatividade.

Ferreira (1996) ao construir um questionário para avaliar a grau de satisfação no trabalho dos enfermeiros, efectuou um levantamento das causas de insatisfação desses profissionais, agrupando-as em quatro grandes dimensões: incentivos, relações humanas, carreira e aspectos estruturais.

Chasco e Aznarez (2000) referem que em alguns estudos efectuados sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros espanhóis, se salienta a existência de hospitais com uma cultura que influencia positivamente a satisfação no trabalho e que dão aos enfermeiros, dentro da estrutura organizativa, independência para actuar na sua área profissional. Entre outros resultados as autoras encontraram uma baixa associação entre a satisfação no trabalho e o tipo de horário (fixo ou por turnos), referindo que, ao contrário do que se poderia esperar, estão mais satisfeitos os profissionais com horário rotativo, pelo acto de receberem um complemento salarial, assim como perceberem que existe uma maior carga de trabalho no turno das manhãs, onde se concentra a maior parte da actividade hospitalar. No que diz respeito à idade e à antiguidade profissional as autoras referem que são variáveis significativas em relação à satisfação laboral, o facto de ser mais jovem e ter menos tempo de trabalho favorece uma situação laboral mais satisfatória. Já o sexo e tipo de vínculo à instituição pouco significado têm em relação com a satisfação no trabalho.

Um estudo sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego, efectuado por Quintela e Santos (1996), referem que a satisfação surge nas dimensões, clima organizacional, considerações profissionais, posição sócio-profissional e realização profissional, enquanto que a insatisfação dos enfermeiros se encontra nas dimensões condições de trabalho, remuneração e relação com os superiores hierárquicos. Blegen (1993) efectuou uma análise de 48 estudos envolvendo 15.048 enfermeiros dos Estados Unidos da América, do Canadá e de outros países não especificados, tendo concluído que existia uma relação directa entre o salário e a satisfação no trabalho. Na perspectiva da organização dos cuidados, concluiu que a rotina no trabalho tem merecido muita atenção pois influencia negativamente a satisfação no emprego. A autora refere que o tempo de exercício profissional tem uma muito baixa correlação.

No estudo efectuado por Gonçalves (1998) sobre a satisfação profissional dos enfermeiros especialistas, encontrou entre os diversos resultados, a inexistência de uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos, contudo parece existir um maior grau de satisfação profissional nos homens

relativamente às mulheres. No que diz respeito à categoria profissional a autora não encontrou diferenças estatisticamente significativas.

Gonçalves (1999) num estudo que efectuou intitulado “Satisfação Profissional em Enfermagem: Resultados Empíricos” chegou à seguinte conclusão: *“poder-se-á dizer que este conjunto de artigos veio demonstrar que a satisfação/insatisfação profissional em enfermagem é um problema bastante complexo que também subsiste a nível internacional, não existindo um único factor a sobressair com a maior variável explicativa.”*

A autora salienta que Aliaga *et al.*, (1993) num estudo sobre a motivação no trabalho envolvendo 100 enfermeiros espanhóis, do Hospital *Doctor Peset* de Valência, referem que nos resultados obtidos, de forma geral, os homens encontram-se mais satisfeitos no trabalho que as mulheres, não se encontrando diferenças significativas quanto ao estado civil.

Fung-Kam (1998) num estudo realizado em dois hospitais de Hong Kong a 365 enfermeiros, concluiu que a autonomia, o estatuto profissional e o nível salarial, é o que os enfermeiros consideram ter mais impacto positivo na satisfação no trabalho. A idade e os anos de exercício profissional têm uma fraca relação com a satisfação no trabalho. O autor refere também que o resultado do estudo é coincidente com estudos que utilizaram os mesmos instrumentos, os quais foram realizados noutros grupos de enfermeiros, em diversos hospitais de Hong Kong.

Adams e Bond (2000) efectuaram um estudo em Inglaterra envolvendo 834 enfermeiros sobre a satisfação no trabalho destes profissionais, e a sua relação com as características individuais e da organização. Entre as diversas conclusões, referem ter encontrado uma forte correlação entre a hierarquia profissional e a satisfação no trabalho, acontecendo o mesmo com a coesão entre os colegas, não encontraram relação entre a idade e a satisfação no trabalho. André e Neves (2001) efectuaram um estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros em Serviços de Urgência dos Açores tendo concluído que o baixo vencimento, a baixa responsabilização/participação e a ausência de informação de retorno, são factores de não satisfação na população estudada. Este facto, leva a que os níveis de não satisfação diminuam

gradualmente à medida que se ascende na categoria profissional, por aumento da responsabilização, informação de retorno e do vencimento.

Num estudo realizado por Santos, *et al.*, (2006), no Hospital de Egas Moniz, com uma amostra de 190 enfermeiros sobre a satisfação no trabalho na instituição, concluíram que nas dimensões, remuneração, condições de trabalho e exercício profissional os resultados eram negativos enquanto que na realização pessoal e profissional, relação com superiores hierárquicos e relação interdisciplinar eram positivos.

4 - FACTORES GERAIS QUE ALTERAM O NÍVEL DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Características da situação de trabalho

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

Características da função

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

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

Partindo do pressuposto de que as funções que cada um desempenha, isto é, as características que revestem o trabalho que cada um desenvolve, tem

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

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

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

Em relação à enfermagem, esta variável relaciona-se não só com a possibilidade que o profissional tem de planear o seu trabalho, mas também

está ligada à interdependência e indefinição de papéis que esta profissão tem em relação a outros profissionais da equipe de saúde.

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

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

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

A atribuição de funções isoladas, repetitivas e monótonas quase desprovidas de sentido, pode-se reportar à prática de enfermagem, quando o seu método de trabalho privilegia o trabalho por tarefas. Para além destes aspectos, este método de trabalho também desvirtua o sentido da profissão e a essência do trabalho que executa.

Processo de tomada de decisão

O indivíduo em situação de trabalho, tem um envolvimento com a organização num grau muito variável que vai depender, em muito, dos seus interesses e objectivos, mas também, das oportunidades que a organização lhe dá, em termos de participação. No entanto, e independentemente do grau de importância que lhe é atribuído, o processo de tomada de decisão está associado positivamente à satisfação, isto é, há uma associação entre "... a

satisfação com a forma como são definidos os objectivos no trabalho, mais concretamente com a participação dos trabalhadores nas decisões."(Vala, 1994).

Reforço

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

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

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

As relações com superior hierárquico e colegas é outra variável que funciona como reforço extrínseco; são as relações que o indivíduo estabelece

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

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

Características individuais

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

Género

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

ou consistentes com base no sexo quando se fala satisfação em situação de trabalho; Robbins (1999) refere que "... não há evidência indicando que o sexo do empregado afecta a satisfação no trabalho."

Idade

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

Características intelectuais (inteligência e instrução)

Inteligência e nível de instrução são duas características, que, de uma forma muito simplista e, de acordo com o dicionário enciclopédico, podem ser assim definidas: inteligência é a faculdade de conhecer, de compreender,

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

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

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

Tempo de serviço

O tempo de serviço pode também assumir a posição de variável independente e com forte correlação com a satisfação. Pode-se, entre outras coisas, estabelecer uma relação entre o tempo de serviço, as oportunidades de progressão na organização e o nível de satisfação organizacional. Se a progressão na organização for feita preferencialmente em função do tempo de serviço, pode-se estabelecer uma correlação entre a variável tempo de serviço e satisfação, tendo em conta a valorização que o indivíduo atribui às oportunidades de progressão.

Segundo Robbins (1999) as evidências indicam que o tempo de serviço e satisfação estão relacionadas positivamente. A relação entre estas duas variáveis parece proporcionar uma previsão mais estável do que a resultante entre a satisfação no trabalho e a idade cronológica. Esta relação entre o tempo de serviço e a satisfação deve-se provavelmente a uma maior estabilidade,

maior conhecimento sobre o trabalho e a organização onde o homem exerce a sua actividade que lhe é conferido grandemente através do tempo de serviço.

Expectativas e valores individuais

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

Necessidades e objectivos

Os objectivos que cada um pretende atingir com e no seu trabalho estão intimamente ligados às necessidades que têm em relação a esse mesmo trabalho no sentido de as satisfazer, pese embora não haja consenso entre os autores sobre estes dois conceitos. Estas são duas variáveis que condicionam a leitura e avaliação que o indivíduo faz da sua situação de trabalho. Um estudo realizado por Hackman e Lawler (1971) cit in (Francês, 1984), refere que quando as necessidades, que se reflectem nos objectivos, são intensas, sensibilizam os trabalhadores para os aspectos dos postos de trabalho, tal como variedade, autonomia, identidade, «feedback». E em relação a isso acrescenta "Quanto mais estes aspectos são nítidos, mais os trabalhadores estarão satisfeitos (e menos faltarão) e inversamente. Pelo contrário, quando os

objectivos são débeis, os mesmos aspectos afectam muito menos a satisfação dos trabalhadores." (Francês, 1984).

O tipo de envolvimento que tem com o trabalho e mesmo com a organização depende de vários factores e está sujeito a uma avaliação subjectiva feita pelo próprio; daí, que a forma como ele percepçiona o seu investimento e a resposta que lhe é dada pela organização, possa ter efeitos sobre a satisfação. Assim, "...a participação resulta da adequação das capacidades possuídas às que o emprego exige. Esta adequação tem um aspecto qualitativo (é preciso que as capacidades sejam as mesmas) e quantitativo (é preciso que o desenvolvimento da pessoa não exceda o que o emprego requer, e que inversamente não lhe seja inferior)." (Francês, 1984).

Interacção social

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

Comparação social

O comportamento do indivíduo, depende e é de alguma forma condicionado pela avaliação que ele faz da relação que há entre os seus investimentos e os resultados que daí advém e pela análise comparativa entre a sua situação e a de outros relevantes. É então com base na trocas que o indivíduo e os outros relevantes fazem entre investimentos e resultados que é então feita a avaliação e na qual reside a comparação social que o indivíduo faz.

Reconhecimento social da informação

Aqui privilegia-se a avaliação que os outros fazem de nós e que vai ser determinante na percepção que nós temos do nosso trabalho e da avaliação que dele fazemos. Daqui ressalta a importância que o outro tem na minha auto-avaliação, "...salienta o peso normativo e informativo das opiniões dos outros na

definição das percepções de cada um. Sendo assim, a própria satisfação pode ser vista como um produto da influência social e como um fenómeno socialmente construído..."(Vala, 1994).

Cultura organizacional

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

«Quadros de referência»

A complexidade dos contextos profissionais e dos indivíduos levam-nos também a fazer referência aos «quadros de referência» de Francês (1984). Neste sentido, é importante não esquecer que a organização não é um mundo fechado, assim como o indivíduo, ambos estão integrados numa sociedade com a qual estabelecem um intercâmbio que vai influenciar as suas expectativas, os seus níveis de satisfação, etc. Assim, o nível de desenvolvimento da região onde o indivíduo e a organização estão inseridos, a situação socio-económica que aí prevalece, o que o indivíduo conhece sobre outros indivíduos de outras organizações em situações semelhantes e a forma como ele, comparativamente, avalia a sua organização e o seu trabalho, são importantes e vão condicionar o seu grau de satisfação no trabalho. É importante considerar as experiências que ele próprio viveu anteriormente e vão influenciar positiva ou negativamente a sua avaliação.

Após esta breve revisão de conceitos e opiniões sobre vários aspectos que a questão da satisfação no trabalho integra, fica-nos a ideia, da complexidade do

tema e das inúmeras soluções de entendimento que lhe estão associadas. Neste sentido, e tendo em conta que é uma área particularmente propícia à realização de trabalhos, que favoreçam o desenvolvimento dos conhecimentos, é sempre importante e oportuno a realização de estudos, que permitam a confirmação, questionem ou tragam novas ideias para a "mesa da discussão".

CAPÍTULO IV

1 - CONCEITO DE LIDERANÇA

Os líderes são figuras muito importantes na história da Humanidade, pois contribuíram para a construção e desenvolvimento das sociedades civilizadas. Nomes como Alexandre o Grande, Martin Luther King e Nelson Mandela, Hitler e Mussolini, estão para sempre associados à história mundial e a estes são atribuídas características de grandes líderes.

As sociedades são constituídas por organizações e nesse contexto a liderança é considerada um factor importante para o sucesso de qualquer organização.

“Poucas coisas têm mais importância na vida de uma empresa do que o modo como as pessoas se sentem em relação à maneira como são geridas e lideradas ” (Bommer et al., 2004: 206).

“Numerosos estudos têm demonstrado que uma variação na liderança está relacionada com variações na moral do grupo e na sua produtividade” (Mitchell & Larson, 1987: 434).

A liderança tornou-se desde muito cedo uma das preocupações do mundo, pois tem sido um tema muito debatido e estudado. Histórias ao longo de gerações têm sido contadas sobre as competências, as ambições, as aptidões, os direitos e os privilégios dos líderes, como também os defeitos, os deveres e obrigações dos mesmos, com a finalidade de melhor se entender e identificar a liderança (Bass, 1990^a: 3-4).

Somente no século XX é que se começou a aprofundar o tema da liderança. Desde então, ocupa um lugar de destaque no comportamento organizacional, surgindo na maioria dos livros ligados a esta área e ocupando uma posição de

relevo na pesquisa da ciências sociais, que tentam descobrir os traços, as habilidades, os comportamentos, as fontes de poder ou os aspectos situacionais que tornam um líder eficaz.

Durante muitos anos, a liderança foi estudada e entendida como um traço de personalidade, isto é, dependendo exclusivamente de características pessoais e inatas do sujeito. Actualmente, percebemos que uma atitude de liderança depende da aprendizagem social do indivíduo e, por isso mesmo, pode ser treinada/aperfeiçoada. Apesar disso, persistem inúmeras dúvidas conceptuais. São muitos os trabalhos realizados em torno deste tema, bem como, focos e níveis de análise/intervenção, talvez por isso sejam inúmeras as confusões conceptuais relacionadas com a liderança, nomeadamente aquela que equipara liderança a chefia. Na verdade, o conceito de liderança e o exercício (in)formal da mesma nem sempre estão associados de forma directa.

A liderança está intimamente relacionada com as competências de comunicação e de transmissão de ideias. Assim, tem sido muito complicado definir o que é ser líder e o que é Liderança, havendo inúmeras definições para este elaborado conceito. Bass (1990, citado por Rego, 1998) refere que “existem quase tantas definições de liderança quantas as pessoas a tentar defini-la”.

Muitas das definições de liderança são ambíguas devido ao facto de não haver uma distinção clara e precisa da liderança e de outros processos sociais de influência, assim como também pelo facto da palavra liderança ter sido retirada do vocabulário comum e incorporada na disciplina científica sem ter sido redefinida (Pfeffer, 1977: 104-106).

Segundo Bass (1990^a: 11-18) a liderança tem sido classificada de diferentes formas, nomeadamente:

(1) como um ponto central dos processos de grupo, tendo um papel importante na mudança, na actividade e no sistema do grupo;

(2) como uma questão de personalidade;

(3) como uma questão de induzir conformidade, na medida em que vai possibilitar a cooperação;

(4) como um exercício de influência, visto ir mudar o comportamento das outras pessoas;

(5) como uma acção ou comportamento de direcção e coordenação do trabalho a realizar; como uma relação de poder;

(6) como um instrumento para alcançar os objectivos e satisfazer necessidades;

(7) como um efeito emergente da interacção;

(8) como um papel diferenciador;

(9) como a iniciação de estrutura tendo o líder um papel activo

(10) como uma mistura destas diferentes definições. Acrescenta ainda que a definição de liderança utilizada num determinado estudo pode depender da finalidade desse mesmo estudo.

Para Yukl (1998: 5) “a liderança é vista como um processo amplo no qual um membro individual de um grupo ou organização influencia a interpretação de eventos, a escolha de objectivos e estratégias, a organização das actividades, a motivação das pessoas para alcançar os objectivos, a manutenção de relacionamentos corporativos, o desenvolvimento de competências, a confiança dos membros e a angariação do apoio e cooperação das pessoas externas ao grupo ou à organização”.

Bass (1990^a: 19) define liderança como sendo “a interacção entre dois ou mais elementos de um grupo que geralmente envolve uma estruturação ou reestruturação da situação e das percepções ou expectativas dos membros”.

De acordo com Robbins (1996: 412-413) a liderança é a capacidade para influenciar um grupo, para alcançar determinados objectivos. Já Wehrich e Koontz (1994: 490) definem a “liderança como sendo a influência, isto é, a arte ou processo de influenciar pessoas para que se esforcem por vontade própria e entusiasmo em direcção à obtenção dos objectivos do grupo”.

Rollinson et al. (1998: 336) definem liderança como sendo “um processo através do qual o líder e os seguidores interagem de tal forma que o líder influencia as acções dos seguidores em direcção à obtenção de certas metas ou objectivos”.

O relacionamento entre aqueles que aspiram liderar e aqueles que escolhem seguir pode ser de “um para um” ou de “um para muitos”, mas independentemente do número a liderança é um relacionamento” (Kouzes, 2005: 6).

Pode-se, então, definir a liderança como sendo o processo de influenciar outros, de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer que seja feito, ou ainda, a capacidade para influenciar um grupo a actuar no sentido da prossecução dos objectivos estabelecidos.

Apresentam-se, mais algumas definições encontradas, referentes ao conceito de liderança:

→ É o papel que se define pela frequência com que uma pessoa influencia ou dirige o comportamento de outros membros do grupo (McDavid e Herrera, s/d);

→ É a capacidade para promover a acção coordenada, com vista ao alcance dos objectivos organizacionais (Gomes e colabs., 2000);

→ É um fenómeno de influência interpessoal exercida em determinada situação através do processo de comunicação humana, com vista à comunicação de determinados objectivos (Fachada, 1998);

→ É um processo de influência e de desempenho de uma função grupal orientada para a consecução de resultados, aceites pelos membros dos grupos. Liderar é pilotar a equipa, o grupo, a reunião; é prever, decidir, organizar (Parreira, 2000);

→ É a capacidade de influenciar pessoas para que se envolvam voluntariamente em tarefas para a concretização de objectivos comuns.

Para Duluc (2001) a noção de liderança surgiu no século passado com o advento da era industrial e com as novas formas de organização do trabalho; facto que deu origem a diferentes concepções que evoluíram com o decorrer dos anos. Marques e Cunha (2000) acrescentam que antes da Segunda Guerra Mundial, a liderança era definida em termos das características de personalidade que permitiram distinguir os líderes, dos não líderes. Recorde-se que é por esta altura que surgem as chamadas teorias de personalidade, assim como os respectivos testes; tinham em vista estudar não só a natureza, como a estrutura da personalidade.

Também a concepção do homem social nas organizações tornou-se cada vez mais complexa em parte devido a toda uma série de factores que condicionaram os indivíduos para um determinado desempenho. A liderança

tornou-se assim num dos fenómenos essenciais para o desenvolvimento das organizações.

Assim, enquanto a liderança pode ser vista como um fenómeno de influência interpessoal, o líder pode ser percebido como aquele(a) que decide o que deve ser feito e faz com que as pessoas executem essa decisão. Deste modo, o líder será avaliado pelos resultados simbólicos, mais do que pelos resultados substantivos – ‘ser responsável é aceitar ter que responder por algo e perante alguém’.

Noutros termos, é ter que prestar contas. E a prestação de contas é uma prestação discursiva. Por isso, a prestação do líder conta e o seu discurso produz efeitos que importa ter em conta. (Gomes e colabs., 2000).

Daqui se depreende quão importante é, atender ao modo como o líder é visto pelos outros na sua função de liderar, bem como atender à percepção que o próprio líder tem acerca do modo como utiliza a sua liderança. O líder deve avaliar o seu próprio estilo, auto-percepcionar-se, ser auto-critico e questionar-se.

1.1 - DIMENSÕES DO CONCEITO DE LIDERANÇA

Apesar de existir uma preocupação sobre a liderança há vários séculos, o seu estudo científico só se iniciou a partir do século XX; a par disso com o decorrer dos anos o conceito de liderança eficaz tem-se alterado. Enquanto os primeiros estudos tinham por base as características de personalidade, o comportamento dos líderes e enfatizavam uma perspectiva mais racional e cognitiva, os mais recentes centram-se num estilo de liderança que tenta influenciar os indivíduos dentro de uma cultura organizacional e na interacção entre líder e liderados.

A liderança estatutária ou formal está associada a uma posição na estrutura de poder formal, à qual correspondem comportamentos esperados de indivíduos, ocupando um estatuto oficialmente reconhecido. Por contraste, a liderança emergente corresponde àquela que é exercida por alguém, independentemente da posição oficial que ocupa. Um membro que não detenha



uma posição oficial de liderança, pode exercer uma influência decisiva no grupo, por exemplo ao expressar uma ideia proveitosa, ao colocar uma questão pertinente, ao ajudar o grupo a formular um plano ou mesmo ao fazer sugestões úteis ao líder estatutário. Muitos estudiosos parecem pensar a liderança como se ela fosse somente, ou primariamente, fixada quer através de nomeação ou eleição quer a partir de habilidades especiais e/ou preparação/formação. Nesta base, aqueles que dividem as pessoas em dois grupos: líderes e seguidores, ou, se preferirmos líderes e subordinados. Desta forma, assiste-se à identificação restritiva da liderança com a liderança formal. A liderança é, desejavelmente, um processo que implica capacidade de influenciar os outros através de um processo de comunicação, o objectivo final de realizar uma tarefa. A liderança deve ser alvo de auto-análise e auto-critica, já que ela é um processo interactivo, que não acontece com uma pessoa isolada.

O comportamento dos sujeitos implica que o líder adopte um estilo de liderança específico e adequado às características desse grupo. Pelo processo de influência, o líder pode alterar o comportamento dos sujeitos, de modo intencional, através das estratégias que utiliza para impor o seu domínio e ascendência. É pois importante que o líder se relacione com todos os elementos do grupo que lidera. Como apareceu numa definição de Liderança, anteriormente citada, neste processo complexo de liderar, há uma influência interpessoal que surge como resultado da comunicação entre os interlocutores envolvidos no processo, acerca de um determinado objectivo (Fachada, 1998).

O comportamento de liderança engloba diversas funções relacionadas com o estruturar, distribuir funções, orientar, coordenar, controlar, motivar, elogiar, punir, reforçar, etc. Contudo, o fundamental da liderança baseia-se no direccionar o grupo para metas específicas.

Durante muito tempo, a liderança foi estudada como estando relacionada com características pessoais e inatas do sujeito. Considerava-se que as qualidades inerentes ao líder, tais como a inteligência, a amabilidade, a força física, etc. eram determinadoras dos potenciais líderes. Surge, assim, a teoria dos traços de personalidade que considerava que o líder possuía características que o identificavam e que o tornavam o grande homem (Fachada, 1998), e em que a liderança era percebida como intrinsecamente individual (Parreira, 2000).

O líder era, então, visto como possuindo características em potência ou actualizadas, sendo que esta competência era um traço estável da sua personalidade. A teoria do traço considerava que a capacidade de liderança poderia ser diagnosticada através de testes e questionários.

Esta teoria deparou-se com duas dificuldades, que não conseguiu ultrapassar (Parreira, 2000): dificuldade em isolar um conjunto finito de características e traços que defina todos os líderes e, que todos os líderes possuam; dificuldade em assegurar que essas características estejam ausentes em todos os não líderes. Abandonou-se, em consequência, a teoria em causa, por não ser possível encontrar traços de personalidade que diferenciassem um líder de um não líder.

"Se o líder é dotado de qualidades superiores que o diferenciam dos seus seguidores, deverá ser então possível identificar essas qualidades" (citado por Bass, 1990^a: 38). Ou seja, os grandes líderes nascem líderes, não se fazem, assumindo então que o líder eficaz terá afinal enraizado alguma combinação de características ou traços pessoais duradouros, específicos e diferenciadores.

Segundo Kirkpatrick e Locke (1991: 49-56) existem seis traços que diferenciam os líderes, dos não líderes, nomeadamente:

- (1) força, composta pela concretização, ambição, energia, tenacidade e iniciativa;
- (2) motivação para liderar;
- (3) honestidade e integridade;
- (4) autoconfiança e a habilidade cognitiva;
- (5) conhecimento do negócio;
- (6) outros traços, tais como, o carisma, a criatividade, a originalidade e a flexibilidade.

A análise dos resultados encontrados através desses estudos realizados durante as décadas de trinta e quarenta, para procurar uma correlação significativa entre os atributos individuais dos líderes e o seu sucesso, revelou pouca consistência, falhando na identificação dos traços que garantiriam o sucesso de um líder. Nem todos os líderes possuem todos os traços ou características encontradas nos estudos realizados e as pessoas que não são líderes podem possuir todas as características encontradas. Por outro lado, esta

abordagem não dá uma indicação de quantos desses traços são necessários possuir, para que um indivíduo possa ser considerado um líder eficaz.

Levantaram-se algumas críticas a esta abordagem pelo facto de não haver consenso nos traços mais importantes que um líder deve apresentar, por este ser um assunto de controvérsia, ao se basear num julgamento subjectivo e pelo facto de muitas das características apontadas como traços poderem ser mais correctamente descritas como comportamentos. Após quase meio século de investigação é possível concluir que existem alguns traços que aumentam a probabilidade de sucesso de um líder, mas nenhum garante o seu sucesso (Robbins, 1996: 414-415).

A compreensão do modo como os líderes eficazes realmente agem é muito importante pois permite clarificar os detalhes do relacionamento de troca entre o líder e o grupo, descrever a liderança em termos de comportamento e não em termos de traços ou aptidões, dar uma informação adicional sobre os líderes informais dos grupos e explicar a possibilidade de treino dos líderes eficazes (Mitchell & Larson, 1987: 452).

Ou seja, “a maioria das investigações comportamentais estavam preocupadas em encontrar maneiras de classificar o comportamento do líder para dessa forma facilitar a nossa compreensão da liderança” (Yukl, 1998: 9).

Enquadrados nesta abordagem surgiram, diversos estudos dos quais podemos destacar o Estudo da Liderança da Universidade de Ohio e o Estudo da liderança da Universidade de Michigan. Também surgiram algumas classificações dos estilos de liderança, como é o caso da Classificação de Likert e da Grelha de Gestão de Blake e Mouton.

Estudo da Liderança da Universidade de Ohio

Em 1945 tiveram início uma série de estudos realizados pela Universidade de Ohio a algumas organizações, com o objectivo de analisar os comportamentos dos seus líderes. Segundo Robbins (1996: 415-416) este estudo é considerado o mais compreensível e reproduzido das teorias comportamentais.

Os investigadores conseguiram identificar duas importantes dimensões do comportamento dos líderes. Uma delas é a estrutura da iniciação, que corresponde ao “nível pelo qual um líder define e estrutura o seu próprio papel e o papel dos seus subordinados, de forma a obter os objectivos formais do grupo” (Yukl, 1998: 47), ou seja, inicia a actividade do grupo e organiza-a. A outra é a consideração e corresponde ao “nível no qual um líder age de uma forma amigável e de apoio, mostrando preocupação pelos subordinados, trabalhando para garantir o bem-estar destes” (Yukl, 1998: 47).

Utilizando estas duas dimensões do comportamento do líder foram identificados quatro tipos de liderança, obtidos através da combinação entre o grau de estrutura de iniciação e o grau de consideração.

- O estilo de liderança **“alta estrutura de iniciação/baixa consideração”**: que diz respeito aos líderes que dão mais importância à estrutura da tarefa e não estão tão preocupado com o relacionamento com os seus subordinados, tendo uma elevada orientação para a realização do trabalho;

- O estilo de liderança **“baixa estrutura de iniciação/ alta consideração”**: que diz respeito aos líderes que dão mais importância ao relacionamento com os seus subordinados do que à estrutura das tarefas e determinação de objectivos, tendo maior orientação para os relacionamentos interpessoais;

- O estilo de liderança **“alta estrutura de iniciação/ alta consideração”**: que diz respeito aos líderes que se preocupam quer com as tarefas e com os objectivos da organização, quer com o relacionamento existente entre este e os seus subordinados;

- O estilo **“baixa estrutura de iniciação/ baixa consideração”**: diz respeito aos líderes que não dão importância nem às tarefas da organização, nem ao relacionamento com os subordinados.

“Os resultados dos estudos da Universidade de Ohio sugerem que o líder com elevado grau de estrutura de iniciação e elevado grau de consideração geralmente gera resultados positivos, mas foram encontradas excepções suficientes para indicar que os factores situacionais necessitam de ser integrados dentro da teoria (Robbins, 1996: 415-417). Concorda-se com esta

ideia, pois embora os estudos da Universidade de Ohio tenham o mérito de introduzir duas dimensões importantes para a identificação do estilo de liderança, na realidade o estilo de liderança tende a estar limitado às condições circunstanciais em que o líder se encontra.

Estes estudos também “forneceram as bases para o desenvolvimento de muitas teorias, incluindo a Teoria Situacional da Liderança e a Teoria Path-Goal” (Marta et al.,2005: 98).

Estudo da Liderança da Universidade de Michigan

Na mesma altura em que começaram os estudos da Universidade de Ohio, a Universidade de Michigan iniciou a sua pesquisa igualmente na área da liderança, sendo os estudos dirigidos por Rensis Likert (1903-1981). De acordo Robbins (1996: 417) o estudo de Michigan quando comparado com o estudo de Ohio, tinha objectivos de pesquisa semelhantes, centrando-se na identificação das características do comportamento dos líderes que aparecessem relacionadas com os níveis de eficácia no desempenho. O grupo de pesquisa de Michigan encontrou duas dimensões do comportamento do líder: o comportamento orientado para a produção, em que o líder enfatiza o aspecto técnico do trabalho e a sua principal preocupação é a concretização da tarefa destinada ao grupo que ele lidera e o comportamento orientado para os empregados, em que o líder enfatiza o relacionamento interpessoal, demonstrando preocupação com as necessidades dos seus subordinados (Robbins, 1996: 417).

“No entanto, ao contrário do estudo de Ohio, em que as dimensões estavam condenadas a ser dois aspectos independentes do comportamento, os investigadores de Michigan chegaram a uma conclusão diferente, pois consideraram que as duas dimensões são estilos diferentes do comportamento, que encaminham para um contínuo de extremos, desde a liderança orientada para a produção até à liderança orientada para os empregados” (Rollinson et al., 1998: 341).

As conclusões do estudo de Michigan eram fortemente a favor de um líder que tivesse um comportamento mais orientado para os empregados. Este comportamento estava associado à elevada produtividade do grupo e a uma mais elevada satisfação no trabalho (Robbins, 1996: 417).

Uma das críticas que se pode levantar sobre esta teoria é o facto de só aceitar dois extremos: uma liderança orientada para a produção ou uma liderança orientada para os empregados, não admitindo um ponto intermédio. Mais recentemente surge um outro modelo de liderança, o modelo transaccional e transformacional.

A liderança tem sido entendida por alguns autores como, influenciada pela personalidade, como uma relação de poder, como um meio de alcançar objectivos ou ainda como uma combinação de diversos elementos. Um dos autores que define liderança é Jago (1982) e considera-a “como sendo o equivalente de um exercício de uma influência não coerciva que pretende coordenar os membros e um grupo organizado no alcance dos seus objectivos de grupo” (Ferreira & Neves, 2001:378). Já Bass (1990) na sua definição de liderança, tentou que esta apresentasse uma perspectiva mais ampla e define-a como, “uma interacção entre dois ou mais elementos de um grupo, que muitas vezes implica uma estruturação ou reestruturação da situação e percepções e expectativas dos membros do grupo” (Ferreira & Neves, 2001:378).

Por seu lado, Chiavenato (1999) afirma que a liderança constitui um bem necessário em todas as organizações, considera-a como a “influência interpessoal exercida numa situação e dirigida por meio do processo de comunicação humana à consecução de um ou de diversos objectivos específicos” (Chiavenato, 1999:95). Este autor considera ainda a liderança, como um fenómeno social que surge apenas nos grupos sociais e nas organizações. Já para Duluc (2001) a liderança consiste numa capacidade de realizar acções necessárias de modo a atingir objectivos comuns; pressupõe ainda a liderança como uma função que se pode exercer, com ou sem poder hierárquico.

A par destas definições e de outras, muitos estudos se têm realizado na tentativa de perceber a eficácia da liderança, assim como a sua importância no desenvolvimento e êxito das organizações. Também aqui, à semelhança do que

foi referido, as opiniões dividem-se, uns autores consideram a liderança como factor principal no êxito da organização, outros por seu lado duvidam dessa importância, referindo mesmo a existência de factores externos ao líder que condicionam uma liderança eficaz. Conclui-se que para alguns autores os traços de personalidade só por si, não são suficientes para determinar a eficácia ou a ineficácia em termos de liderança

Em termos conceptuais, importa delimitar liderança e gestão. Mintzberg (1973) considera a liderança como um caso particular da gestão. Kotter (1990), por seu lado, aborda a gestão como um caso particular da liderança (Ferreira & Neves, 2001). Por fim, Jesuino (1989) considera a liderança como uma das actividades mais relevantes dos executivos de topo, enquanto a gestão passa por um nível mais abaixo. Também para Bennis e Nanus (1985) o fundamental é distinguir o líder do gestor e a liderança da gestão. Como tal, definem a gestão como um acto de comandar e a liderança como uma forma de orientar (Marquis & Huston, 1999).

A diferença entre liderança e gestão é bem evidenciada numa imagem expressiva de Kotter e descreve-a da seguinte forma: “Em tempos de paz, um exército sobrevive sem problemas se houver uma boa gestão ao longo da linha hierárquica em simultâneo com uma boa liderança no topo. Mas em tempo de guerra, torna-se necessária a existência de uma liderança competente em todos os níveis da hierarquia” (Teixeira, 1998:139). Será útil afirmar ter a gestão um campo de actuação mais amplo que a liderança, tal como afirma o autor.

Um dos aspectos a considerar associados à ligação entre liderança e gestão, dizem respeito às modalidades que a liderança pode assumir: a liderança transaccional “versus” transformacional a referir.

Como anteriormente referido, vários modelos teóricos de liderança foram desenvolvidos ao longo dos anos. Todavia, apenas um será desenvolvido, o modelo da liderança transformacional. De forma a compreender a sua evolução em termos conceptuais, irá ser feita uma breve referência às principais teorias da liderança.

A teoria das características ou dos traços constituiu a base dos estudos da liderança até cerca dos anos 40, nela se afirmava que alguns dos indivíduos nascem para liderar, enquanto outros surgem apenas para serem liderados. Esta

teoria defende ainda que indivíduos que apresentem determinadas características ou traços de personalidade, mais facilmente desenvolvem capacidades que os permitem serem líderes mais eficazes (Marquis & Huston, 1999). Também Gil considera “que as primeiras tentativas para compreender a liderança procuram vinculá-la a disposições inatas, o que significa admitir que os líderes nascem feitos” (Gil, 1994:124). Para este autor, esta visão é ainda popularmente muito defendida, embora menos aceite pelos investigadores.

Com a teoria do comportamento, a abordagem dos traços de personalidade foi em parte deixada de parte em proveito de uma abordagem comportamental. Frases como saber quem é um líder? São substituídas por frases como o que é que um líder faz? E o que é um líder eficaz faz? (Marques & Cunha, 2000).

Estudos mais recentes têm-se afastado do objectivo inicial, de tentar saber que características possuem os líderes, para dar maior ênfase ao seu desempenho ou seja em perceber o que faz o líder. Lewin (1951), conjuntamente com White e Lippitt (1960) exploraram e desenvolveram diversos estilos de liderança, mais tarde denominados de autoritário, democrático e laissez-faire (Marquis & Huston, 1999).

Durante alguns anos, os investigadores achavam que os líderes apresentavam apenas um estilo de liderança predominante. No entanto, no início da década de 50 começaram por achar que grande parte dos líderes não se incluía num estilo pré-definido. Este reconhecimento segundo Marquis e Huston (1999) antecedeu uma outra teoria, a liderança situacional.

A Teoria da Contingência ou dos modelos contingenciais teve como um dos primeiros autores, Fiedler, entre 1964 e 1967 (Marques & Cunha, 2000). Para Teixeira (1998) estas teorias situacionais sobre liderança estão assentes num princípio que o comportamento mais apropriado dos líderes depende em muito das situações e das circunstâncias. Nesta fase, os processos de liderança tornam-se mais complexos, não devendo os seus traços e comportamentos pessoais serem isolados. Este período ficou marcado por diversos modelos de liderança, o Modelo de Fiedler, o Modelo de House e Mitchell e pelo Modelo de Hersey e Blanchard (Ferreira & Neves, 2001).

Mais recentemente, os investigadores debruçaram-se novamente sobre a importância dos traços do líder na liderança; esta nova visão originou um novo estilo, a Teoria da Atribuição da Liderança, a qual defende a liderança como uma atribuição entre líder e liderados. Do prolongamento desta liderança surge a Teoria da Liderança Carismática, que parte do pressuposto que os liderados atribuem a outros indivíduos determinadas capacidades extraordinárias quando observam alguns comportamentos. Para House (1976) a liderança carismática é um dos primeiros modelos onde o líder deixa de ser um só, para ser visto em interacção com a equipa. Deste tipo de liderança surge a liderança transaccional e a transformacional (Bilhim, 2001).

Esta nova maneira de encarar a liderança serviu de suporte para a então chamada liderança inter racional e seguidamente a transformacional, sendo esta última a defendida actualmente por alguns investigadores como a mais eficaz (Bilhim, 2001). Por considerar ser a mais completa e a que mais se adequa ao tipo de liderança a desenvolver nas organizações de saúde, procede-se com mais pormenor a uma revisão bibliográfica sobre a liderança transformacional e a sua contribuição na enfermagem.

Para Goleman e Boyatzis (2003) a capacidade de um líder ser ressonante ou seja um líder que está em sintonia com o grupo e com os seus sentimentos, não resulta apenas da boa disposição dos líderes ou da capacidade de falarem coisas acertadas, mas provém também de um conjunto de actividades que definem estilos de liderança. Este autor defende que os líderes ressonantes provém de líderes emocionalmente inteligentes e por sua vez formam equipas emocionalmente inteligentes.

Ao longo do tempo e em todas as culturas, os líderes sempre foram os indivíduos em quem os outros procuravam segurança e clareza nas situações críticas. Actualmente nas organizações continua a ser uma das principais funções do líder, a de criar uma realidade/estabilidade emocional na equipa, explorando para tal a sua inteligência emocional (West, 2004).

Moscovici (1984), psicólogo que se dedicou à consultoria de empresas, revela que é importante estabelecer o equilíbrio entre a razão e a emoção. Refere que nas profissões em que são privilegiados os aspectos racionais, haverá dificuldade na resolução de problemas se as emoções não estiverem

bem resolvidas. Saber relacionarmo-nos com os outros pode ser uma arte e a aptidão para gerir as emoções dos outros; isso pode ser a base de uma boa liderança e eficácia interpessoal. Gerir as emoções dos outros requer uma dose de maturidade e possuir habilidades de autocontrolo e empatia.

A empatia, por seu lado, consiste na habilidade de reconhecer o que os outros sentem e desempenha um papel fundamental na nossa vida pessoal e social. Só quando somos capazes de reconhecer as nossas próprias emoções, é que seremos capazes de reconhecer as dos outros. West (2004) define empatia como uma forma de consciência social que provém, da auto consciência e consiste na capacidade de ler, ser sensível e ser capaz de compreender as emoções dos outros. Quando aprendemos a reconhecer e a compreender as nossas emoções, tornamo-nos mais conscientes das emoções dos outros. Segundo este autor uma maneira simples de criar empatia, “consiste em colocar-se na posição da outra pessoa ou das outras pessoas perguntando a si mesmo como me sentiria se estivesse no seu lugar?” (West, 2004:50).

1.2 - TIPOS DE LIDERANÇA

Vários foram os autores que abordaram os tipos de liderança. No entanto, sobressai-se uma teoria mais comumente referenciada, e bastante utilizada, de White e Lippitt (1939). De acordo com estes autores existem essencialmente três tipos de liderança: Autoritária, Liberal e Democrática.

Assim, explorar-se-ão as características principais de cada tipo, trabalhando vantagens e inconvenientes de cada um.

Iniciaremos esta abordagem pelo estudo do líder autoritário: fixa directrizes sem a participação do grupo, determina as técnicas para a execução das tarefas. É também ele que designa qual a tarefa de cada um dos subordinados, e qual será o companheiro de trabalho de cada sujeito. É dominador, provocando tensão e frustração no grupo. Tem uma postura essencialmente directiva, dando instruções concretas, sem deixar espaço para a criatividade dos liderados. Este líder é pessoal, quer nos elogios, quer nas críticas que faz. As consequências desta liderança estão relacionadas com uma

ausência de espontaneidade e de iniciativa por parte dos liderados, bem como pela inexistência de qualquer amizade no grupo, visto que os objectivos são, o lucro e os resultados de produção. O trabalho só se desenvolve na presença física do líder, visto que quando este se ausenta, o grupo produz pouco e tende a indisciplinar-se, expandindo sentimentos recalcados. O líder autoritário provoca grande tensão, agressividade e frustração no grupo.

Relativamente ao estilo de líder liberal, também denominado de *laissez-faire*, não há imposição de regras. O líder não se impõe ao grupo e conseqüentemente não é respeitado. Os liderados têm liberdade total para tomar decisões, quase sem consultar o líder. Não há grande investimento na função, no estilo liberal, havendo participações mínimas e limitadas por parte do líder. Quem decide sobre a divisão das tarefas e sobre quem trabalha com quem, é o próprio grupo. Os elementos do grupo tendem a pensar que podem agir livremente, tendo também desejo de abandonar o grupo, visto que não esperam nada daquele líder. Como não há demarcação dos níveis hierárquicos, corre-se o risco do contágio desta atitude de abandono entre os subordinados. Este é frequentemente considerado o pior estilo de liderança, pois reina a desorganização, a confusão, o desrespeito e a falta de uma voz que determine funções e resolva conflitos.

No que respeita ao terceiro estilo de liderança, o líder democrático assiste e estimula o debate entre todos os elementos. É o grupo, em conjunto, que esboça as providências e técnicas para atingir os objectivos. Todos participam nas decisões. As directrizes são decididas pelo grupo, havendo contudo um predomínio (pouco demarcado) da voz do líder. O grupo solicita o aconselhamento técnico do líder, sugerindo este, várias alternativas para o grupo escolher. Cada membro do grupo decide com quem trabalhará e é o próprio grupo que decide sobre a divisão das tarefas. O líder tenta ser um membro igual aos outros elementos do grupo. O líder democrático, quando critica ou elogia, limita-se aos factos, é objectivo. Este tipo de liderança promove o bom relacionamento e a amizade entre o grupo, tendo como consequência um ritmo de trabalho progressivo e seguro. O comportamento deste líder é essencialmente de orientação e de apoio. Surgem, em resumo, grandes

qualidades de relação a nível interpessoal, bem como bons resultados ao nível da produção / resultados.

Mediante estes três tipos de liderança, cabe a cada sujeito escolher aquele que mais se adapta às suas próprias características, às funções, competências e feitios dos liderados, bem como às tarefas e contextos de realização dos objectivos. Perante o que foi exposto e, sabendo-se já que a liderança é uma competência a ser trabalhada e exercida, devemos, talvez, escolher o estilo que mais resultados positivos tragam, quer para o líder, quer para os liderados.

É, no entanto, importante salientar que não há estilos puros, em termos práticos: ninguém é um único estilo de liderança, mas o que acontece é que os líderes têm mais ou menos características de um ou de outro tipo. Sucede, também, que mediante situações específicas os líderes adoptem um estilo mais adaptado e mais eficaz às vicissitudes do projecto, da equipa, do contexto, dos prazos, etc.

Assim, se os tentássemos representar, os tipos de liderança ficariam numa espécie de um contínuo, em que se tocam e até se podem sobrepor nalguns aspectos.

Os diferentes estilos tocam-se e não têm, portanto, uma delimitação específica. Por exemplo, um líder laissez-faire que perceba que perdeu o controlo da equipa pode adoptar um estilo mais autoritário. Um líder democrático, num momento em que tem um trabalho para realizar e a entrega tem de ser imediata, pode também optar por uma postura um pouco mais autoritária. Da mesma forma, um líder democrático que sinta que a equipa está a correr muito bem, pode desleixar-se um pouco e cair num estilo mais laissez-faire. Os estilos vão variando conforme a motivação da equipa e o momento em que esta se encontra. O estilo de liderança depende, também, das características pessoais: uma pessoa insegura irá optar, defensivamente, por um estilo que a proteja, por exemplo, o autoritário, que não permite que a questionem.

O estilo de liderança depende, similarmemente, da equipa que temos em mão, da competência dessa equipa. Uma equipa de pessoas mais jovens, com pouca experiência precisará de mais alguma directividade. Poderá, do mesmo

modo, depender do tamanho do grupo: um grupo grande terá uma liderança mais autoritária e democrática quanto baste; enquanto um grupo médio deverá ter directrizes mais democráticas e menos autoritárias; já um grupo pequeno poderá ser liderado com mais democracia e laissez-faire. Também se arriscaria a dizer, que, provavelmente, uma liderança directiva, mais autoritária estará mais apropriada a sujeitos com baixa competência, que necessitam de instruções precisas para a realização eficaz das tarefas.

Será, talvez, um estilo importante para principiantes inseguros. Com pessoas com elevados níveis de competência, com vasta experiência, o estilo de liderança mais eficaz será participativo (democrático) no sentido de fornecer orientação e apoio. Este estilo motiva muito as pessoas visto que lhes atribui bastante responsabilidade.

Contudo, a liderança não deriva unicamente das características idiossincráticas do líder. Há uma série de outras variáveis que influenciam a dinâmica deste processo. Assim, o exercício da liderança é, também, dependente da situação e do contexto. De acordo com a teoria do traço de personalidade, como já visto anteriormente, um líder seria sempre líder, em todas as condições, sempre de modo eficaz e com todos os indivíduos. Isto não se verifica: acontece sim, que um líder pode ter muito sucesso num contexto e numa outra situação, verificar-se o insucesso. O comportamento do líder é, então, influenciado pelo contexto e pelos liderados com quem se relaciona.

Não existe, pois, nenhum estilo de liderança único e válido para todas as situações e para todos os sujeitos e, será, conseqüentemente, importante atender a três factores: o líder (valores, convicções, confiança nos subordinados, modo de liderar, etc.); o subordinado (gosto pelo trabalho, receptividade ao líder, expectativa de participação nas decisões, experiência na resolução de problemas, etc.); o contexto (a situação: tipo de empresa, valores, directrizes, objectivos, complexidade, organigrama, etc.).

Sendo a motivação das pessoas variada e variável, a escolha do estilo de liderança deve ser bastante flexível e dinâmica. Portanto, não há normas rígidas ou regras. É importante atender a que quanto mais congruente for o estilo adoptado, com as motivações do grupo, mais provável é que a liderança corresponda ao que os liderados esperam dela. (Fachada, 2000)

Não podemos, no entanto, esquecer que a liderança não se realiza em isolamento. Para liderar é necessário que haja interacção entre um elemento, que será implícita ou explicitamente, o líder e outro(s) sujeito(s), o(s) liderado(s). Mediante esta interacção, a liderança pode ter dois tipos de orientação, havendo a possibilidade de ser mais orientada para as pessoas ou para as tarefas. Quando a essência do líder está direccionada para as pessoas, existe nele uma maior sensibilidade às problemáticas dos outros. Atende às pessoas como seres humanos e não como máquinas de trabalho. Existe uma preocupação autêntica pelos elementos da equipa, quer relativa ao modo como estes realizam as tarefas, quer relativa ao seu bem-estar e motivação. Como consequência, há uma maior satisfação por parte dos liderados, que se traduz numa melhor coesão grupal. Contudo, este estilo de liderança não origina um aumento directo da produtividade, visto o objectivo estar mais orientado para os sujeitos.

Quando a orientação do líder está mais direccionada para a tarefa, ou para a produção, existe uma preocupação com a realização das actividades, valorizando-se os resultados e os lucros, sempre com o objectivo de desenvolver a organização. Há uma preocupação excessiva com as tarefas em deterioramento das pessoas que as executam. Isto pode provocar a diminuição da coesão grupal e da satisfação dos liderados. Contudo, esta satisfação poderá aumentar se o líder mostrar aos subordinados o que espera deles. Isto significa que o efeito sobre a produtividade estará dependente do estilo de liderança para a tarefa. Assim sendo, uma liderança autoritária terá consequências negativas, ao passo que uma liderança directiva e estruturada terá consequências de produção mais positivas, no sentido que cada um sabe o que se espera dele e isto não lhe é imposto de modo rígido e inflexível.

Da combinação destes dois estilos de liderança, resultam cinco posições:

1. Gerência empobrecida: baixa orientação para a tarefa e baixa orientação para as pessoas. Este tipo de líder deseja apenas permanecer no sistema, reagindo o menos possível. Não contribui significativamente para a organização. Planifica pouco. Adopta uma postura passiva, não se envolvendo demasiado nas situações, reagindo com indiferença. Não contribui para a

produtividade e considera que, se algo correr mal, nada pode fazer para alterar a situação.

Evita o conflito para não defender pontos de vista, mantendo-se indiferente. Ignora o erro dos colaboradores e reenvia-lhes a totalidade da responsabilidade.

2. Clube Recreativo: alta orientação para as pessoas e baixa orientação para as tarefas – O líder valoriza muito as atitudes e os sentimentos dos seus subordinados, preocupando-se com o que estes pensam e querendo a aprovação destes. Por isso, apresenta uma postura simpática e disponível, privilegiando, apenas, o convívio e a boa disposição. Não impõe a vontade própria aos outros, acontecendo que cada um faz as tarefas que quer a um ritmo próprio. Esta postura cria sérias dificuldades na obtenção dos objectivos de produção, visto que este líder tem grande dificuldade em exigir algo aos liderados. Não tem coragem de chamar a atenção para as falhas cometidas. Como também não pretende um ambiente de conflito, as tarefas são dificilmente realizadas. Este tipo de liderança provoca também alguma insatisfação ou frustração nos liderados visto que não são propostos novos desafios, as pessoas não se sentem realizadas.

3. O homem organizacional: orientado de igual forma para as pessoas e para as tarefas – O líder procura ter um bom relacionamento com os seus subordinados, estando atento ao que eles pensam. É importante, para este líder, ser positivamente avaliado pelos colegas o que faz com que adapte como suas as opiniões que lhe parecem mais acertadas e que interessam à maioria. Em função desta apreciação positiva do grupo, o líder não se expõe muito, tendo relações superficiais com os subordinados. Procura envolver os liderados no trabalho, não exerce muita pressão neles e só lhes exige o que eles permitem. Evita extremos. Planeia o trabalho sem pormenor para promover a iniciativa, a autonomia e a responsabilidade. Cede nalguns aspectos para obter vantagens noutros.

4. Gerência: alta orientação para a tarefa e baixa orientação para as pessoas – O líder quer ser dominador e poderoso, sendo o seu objectivo vencer.

É determinado e sente-se realizado quando atinge níveis altos de produção, olhando somente para os resultados. Não valoriza os esforços dos subordinados atribuindo-lhes culpas quando surgem falhas no sistema. O seu relacionamento com os subordinados rege-se pela autoridade. Este líder impõe a sua vontade, mesmo que vá contra a vontade dos outros nunca confiando nestes. Organiza condições de trabalho que reduzem os aspectos afectivos de modo a impedir que os factores humanos possam prejudicar a eficácia.

5. Equipa: alta orientação para a tarefa e alta orientação para as pessoas. O líder acredita na relação existente entre as necessidades de produção da organização e as necessidades dos indivíduos que trabalham essa organização, favorecendo o desejo de auto-realização. Assim, adopta uma postura de motivar os subordinados, no sentido destes ambicionarem elevados padrões de desempenho, promovendo também o trabalho em equipa e a responsabilidade dos sujeitos em que tudo é partilhado (sucessos e fracassos). Estabelece desafios às equipas com objectivos claros a cumprir. Faz as pessoas participarem nas exigências da produção. Reage às falhas e infracções, tirando daí ensinamentos procurando compreender o responsável antes de o punir.

Em resumo, o estilo de liderança e a orientação adoptada têm de estar adaptadas a cada sujeito ou equipa e à tarefa em causa. Consoante as diferentes tarefas, o mesmo indivíduo pode ter mais eficácia com estilos de liderança também diferentes. Assim, “a liderança é mais arte do que ciência. Nessa arte, o líder tem de aplicar a sua experiência e o seu bom senso para decidir quando, como, e com quem deve usar cada um dos estilos” (Estanqueiro, 1992). Percebe-se então, que uma liderança eficaz está atenta às necessidades concretas das pessoas e à idiossincrasia do grupo.

CAPÍTULO VI

1- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Tendo terminado o enquadramento teórico acerca do tema em estudo, temos que proceder à elaboração do capítulo sobre a metodologia do estudo.

Para que um trabalho de investigação seja correcto e rigoroso, é necessária uma grande organização e empenhamento. Assim, para que os resultados da presente investigação sejam fidedignos, definimos uma série de procedimentos racionais e sistemáticos, bem como as opções metodológicas, que nos guiaram no sentido de podermos alcançar os objectivos a que nos propusemos.

Neste capítulo iremos fazer como que um prolongamento da problemática onde iremos desenvolver um conjunto de operações tais como, questões de investigação e os resultados dos dados recolhidos. Assim, iremos realizar o desenho da investigação elaborando um plano lógico que nos permita obter respostas válidas às questões colocadas para o estudo, isto é, iremos explicitar as etapas delineadas e percorridas para chegar aos resultados finais do estudo

De todos os métodos utilizados em estudos, a investigação científica é o mais rigoroso. Fortin (1999) considera a investigação científica como “um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”. Também Kerlinger (1973) definiu a investigação como “um modelo sistemático, controlado, empírico e crítico que serve para confirmar hipóteses sobre as relações presumidas entre fenómenos naturais” (Fortin, 1999:17).

Para Bell (2004), termos como, pesquisa, investigação, inquérito e estudo, podem ter o mesmo significado. Outros autores como Howard e Sharp (1983)

definem investigação como uma forma de pesquisa mais rigorosa e tecnicamente mais avançada (Bell, 2004). Madeira e Abreu (2004) consideram a pesquisa científica “uma actividade centrada na solução de problemas teóricos ou práticos, recorrendo ao uso do método científico” (Madeira & Abreu, 2004:55). O termo a utilizar neste trabalho será o estudo.

Podemos concluir que a investigação constitui um processo de aquisição de novos conhecimentos, o que permite alargar o campo de conhecimentos da disciplina a que diz respeito e ainda facilitar o desenvolvimento desta como ciência. Permite ainda definir os parâmetros de uma profissão, sendo, através dela que se constitui um domínio de conhecimentos baseados em dados científicos, essencial para o desenvolvimento das profissões.

Apesar do grande impulso dado Nightingale, durante o período de 1900 a 1950, as investigações permaneceram quase adormecidas. Só por volta dos anos 1950 com o aparecimento da primeira revista de investigação em ciências de enfermagem, se assiste a um renascer da profissão. Também alguns acontecimentos ocorridos na América do Norte vieram contribuir para o crescimento da investigação, não só nos Estados Unidos como noutros países. Este crescimento tem-se mantido até aos nossos dias, sendo actualmente a enfermagem um marco de referência na área da saúde, quer pelo avanço técnico científico, quer na área da investigação (Abreu, 2001).

A par do que foi referido, também a enfermagem se baseia em dados científicos. “o objecto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina” Fortin (1999:26) O desenvolvimento da investigação em qualquer disciplina, assim como nas ciências de enfermagem, não é totalmente independente da sua evolução como ciência e como prática.

A investigação na enfermagem surgiu com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, durante a guerra da Criméia. Por essa altura, Nightingale preconizou a importância do “observar” para poder “praticar”, assim como começou por dar uma ênfase à colheita de dados

Quando um investigador se propõe a estudar ou a investigar algo, parte-se do princípio que fez uma observação. Autores como Fortin (1999), defendem

a observação como um elemento fundamental do processo de investigação. Seaman (1987) acrescenta que a observação científica está ligada à teoria, a qual explica as relações entre factos observados e proposições (Fortin, 1999). Para alguns autores a observação constitui “o reflexo da acuidade e da intuição do investigador” (Fortin, 1999:36).

Podemos mesmo dizer que uma boa investigação pressupõe uma boa observação. Mas a investigação só se torna possível, através da aplicação de determinados métodos e técnicas. Os métodos e técnicas a utilizar devem ir de encontro ao tipo de investigação do modo a obter respostas às questões de investigação e às hipóteses formuladas. Quanto aos métodos existem vários, sendo que estes se devem harmonizar com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as orientações da investigação (Fortin, 1999).

Grawitz (1993) refere-se a uma extrema desordem nas várias tentativas de definir métodos e técnicas. Define métodos como um “conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar as técnicas” (Carmo & Ferreira, 1998:175). Quanto às técnicas define-as como procedimentos operatórios rigorosos e bem definidos. Grawitz (1993) salienta que muitas vezes se confunde termos como, métodos e técnicas, “a técnica representa a etapa de operações limitadas, enquanto o método é uma concepção intelectual” (Carmo & Ferreira, 1998:175).

Uma das questões com que frequentemente o investigador se depara é o tipo de metodologia a utilizar. Esta escolha depende em parte da recolha de dados e do tipo de estudo que pretende desenvolver. Quivy (1998) define a metodologia como “o prolongamento natural da problemática, articulando de forma operacional os marcos e as pistas que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação e de análise” (Quivy, 1998:151).

Entre os diferentes métodos encontra-se o paradigma quantitativo e o qualitativo. A diferença entre estes dois paradigmas refere-se ao processo de investigação, pressupõe existir uma correspondência entre epistemologia, teoria e método, no entanto a distinção é usualmente feita através do método utilizado.

Alguns autores como Reichardt e Cook (1986) defendem que os investigadores não têm que aderir rigorosamente a um dos dois paradigmas, podendo combinar os dois métodos. Por outro lado, autores como Brannen (1992) mencionam algumas das inconveniências de utilizar os dois métodos. Defendem igualmente que a utilização conjunta de métodos quantitativos e qualitativos têm implicações de natureza teórica, o que se prende com o facto, destes métodos terem como base diferentes pressupostos, acerca da realidade social e da natureza dos dados recolhidos (Carmo & Ferreira, 1998).

1.1 - ORIENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Como sabemos, a opção pelo método e técnica a utilizar para a investigação que se pretende fazer depende da natureza do problema e do objecto que se deseja estudar. Desta forma de acordo com os objectivos que traçamos para este estudo, optámos pela pesquisa quantitativa como a mais adequada para a realização deste estudo.

Sabemos que a filosofia que está subjacente às abordagens quantitativas baseia-se em sistemas gerais complexos que podem ser decompostos em características objectivas uma por uma ou combinadas (Heber & Wood, 2001). Assim verifica-se a utilização do raciocínio dedutivo nestas abordagens, o que nos “ (...) permitirá isolar características de interesse e obter um quadro claro e livre de contexto. Um quadro livre de contexto é alcançado eliminando ou controlando variáveis que talvez interfiram nas variáveis que estão a ser estudadas” (Haber & Wood 2001:123)

Este tipo de pesquisa “envolve a colheita sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos” (Polit & Hunger, 1995: 18). Assim sendo, e dado que esta utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para recolher informação objectiva, apelando ao raciocínio dedutivo e às regras da lógica, permitiu-nos objectivar a colheita e análise das informações sendo esta uma grande vantagem no que respeita a abordagem

extensiva ao estudo. Esta abordagem engloba-se no paradigma positivista, o qual valoriza sobretudo a objectividade e a quantificação (Moraes, s.d.).

Segundo Fortin a principal finalidade da pesquisa quantitativa é “descrever, verificar relações entre variáveis (...)” (Fortin, 1999: 371), sendo precisamente o pretendido com o nosso estudo, identificando a natureza (força e direcção) das relações que existem entre determinadas variáveis (Fortin, 1999). Tendo em conta os objectivos do nosso estudo podemos classificar o nosso estudo como correlacional comparativo, dados que os estudos correlacionais permitem estabelecer uma relação entre as variáveis por meio de verificação de hipóteses de modo a compreender melhor o fenómeno (Fortin, 1999: 173). O estudo é também classificado como comparativo uma vez que vamos confrontar as percepções dos diversos enfermeiros relativamente a alguns aspectos do serviço, profissão e hierarquia, pois tal como afirma Gil o estudo comparativo “procede pela investigação de indivíduos, classes, fenómenos ou factos, com vista a ressaltar as diferenças e similaridades entre eles.” (Gil, 1989 : 35).

O presente estudo tem ainda uma vertente descritiva, para além da correlacional, pois descrevermos as teorias da satisfação/ motivação e todas as outras que achamos pertinentes.

Desta forma, o presente estudo, mais do que um simples estudo é um confronto entre a teoria e a prática.

2 – DELINEAMENTO DOS OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Toda a investigação tem um objectivo, mas qual será a importância de estudar o tema relacionado com a enfermagem? Como se sabe a arte da enfermagem é acima de tudo o saber cuidar e não o saber tratar. Este cuidar é muito mais que o saber tratar, é considerar o indivíduo como um todo. Consiste numa forma de tratar do ponto de vista holístico, isto é considerar o homem em todas as suas dimensões, como ser bio-psico-social, emocional e moral.

Nos últimos anos, a enfermagem tem-se afirmado não só como profissão, mas também como disciplina (Lopes, 2001). Collière (1990) em relação ao processo da profissionalização da enfermagem, afirmava “todos os ofícios que têm por base o saber das práticas se podem profissionalizar sem prejuízo, pois têm as suas raízes” (Lopes, 2001:61).

Como em quase todas as actividades humanas, existe um grande objectivo, o de alcançar padrões de excelência e a enfermagem não é excepção.

A profissão de enfermagem evoluiu bastante a longo dos tempos, passando de obra de caridade a profissão, trocando os conhecimentos empíricos pelos científicos, transformando-se numa disciplina com um corpo de conhecimentos próprios.

Os enfermeiros passaram de pessoas caridosas e benevolentes a profissionais competentes capazes de utilizar os seus conhecimentos teóricos, técnicos, relacionais e humanos, dignificando e responsabilizando a profissão. A mesma sofreu, assim, diversas “transformações socioprofissionais e identitárias, construindo uma autonomia pela demarcação social e científica do poder médico, assumindo-se como um grupo profissional essencial nas organizações de saúde, pela importância da sua intervenção juntos dos doentes” (Arco, 2004: 44)

Actualmente a enfermagem é considerada uma profissão que se afirma como Ciência Humana e cujo objecto de estudo é o Homem, numa visão holística. Foi da clarificação do objecto de estudo da enfermagem, (...) da identificação do método de trabalho, utilizando um modelo conceptual baseado em metodologia científica própria, que compartilha com outros técnicos de saúde, e pela confirmação dos seus saberes, produzindo provas de validação fundamentadas em investigação científica” (Arco, 2004: 45) que a enfermagem se emancipou.

A escolha do tema em estudo prende-se com o facto, de procurar algo que permita fazer mais e principalmente melhor.

A revisão da literatura apresentada na primeira parte sustenta a pertinência deste estudo e das questões de investigação através das quais se pretende questionar realidades que desconhecemos ou que queremos compreender melhor. Em conformidade com o quadro conceptual são formuladas as seguintes questões de investigação:

Questões de investigação:

- Qual o nível de motivação/satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão, serviço e hierarquia?
- Em que medida as variáveis sócio-demográficas interferem na motivação/satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão, serviço e hierarquia?
- Qual a relação entre os sintomas físicos e o nível de satisfação dos enfermeiros?

Optou-se por utilizar o paradigma quantitativo. Reichardt e Cook (1986) indicam algumas características, tais como: apresentar um positivismo lógico, isto é, procura as causas dos fenómenos sociais, apresenta uma medição rigorosa e controlada, orienta para um resultado, os dados são sólidos e repetíveis, é particularista e assume uma realidade estável. Por outras palavras os autores consideram este método como um paradigma que postula uma

concepção positivista, hipotético-dedutiva, particularista; enquanto o paradigma qualitativo postula uma concepção fenomenológica, indutiva, estruturalista e subjectiva (Carmo & Ferreira, 1998).

De referir, que o investigador ao utilizar este paradigma tem de estar desperto para uma das principais limitações que se prende com a própria natureza dos fenómenos estudados, a complexidade dos seres humanos; diferentes respostas dos indivíduos e o grande número de variáveis

2.1 - OBJECTIVOS DO ESTUDO

Nesta fase do projecto pretende-se definir face às questões enunciadas, os objectivos. Como tal definiu-se um objecto geral e quatro específicos.

Objectivo Geral:

- Perceber o nível de motivação / satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão, ao serviço e à hierarquia

Objectivos Específicos:

- Identificar o nível de satisfação/motivação dos enfermeiros relativamente à profissão, em função das variáveis sócio-demográficas.
- Identificar o nível de satisfação/motivação dos enfermeiros relativamente ao serviço, em função das variáveis sócio-demográficas.
- Identificar o nível de satisfação/motivação dos enfermeiros relativamente à hierarquia, em função das variáveis sócio-demográficas.
- Caracterizar os aspectos com os quais os enfermeiros têm maior e menor satisfação/motivação.

- Identificar se existe relação entre o nível de motivação/satisfação e sintomas físicos sentidos

2.2 - ENUNCIÇÃO DE HIPÓTESES

Considerando os objectivos e as questões de investigação, definiu-se um conjunto de hipóteses, baseadas na compreensão das interacções entre as variáveis satisfação e motivação dos enfermeiros relativamente à profissão, serviço e superior hierárquico.

H1 – Existem diferenças significativas na satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão em função das variáveis sócio demográficas.

H2 - Existem diferenças significativas na satisfação dos enfermeiros relativamente ao serviço em função das variáveis sócio demográficas.

H3 - Existem diferenças significativas na satisfação dos enfermeiros relativamente à hierarquia em função das variáveis sócio demográficas.

H4 - Existem diferenças significativas na satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão, serviço e hierarquia em função dos sentimentos relativos ao trabalho

H5 – Existem diferenças significativas entre a satisfação geral no trabalho e os sintomas físicos sentidos

H6 – Existem diferenças significativas na satisfação geral no trabalho dos enfermeiros em função das variáveis sócio demográficas.

3 - ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS

Existem diversas formas de recolher os dados necessários para a investigação. O método usado foi escolhido segundo o tipo de estudo que pretendíamos realizar e teve em linha de conta: a natureza do problema de investigação, as variáveis, a sua operacionalização, a população e a amostra do estudo

Como sabemos, o inquérito é um método de investigação, que serve para a colheita de dados. De acordo com Moreira, o inquérito “designa, na maior parte dos casos, todo o processo, desde a definição das questões a estudar, da população-alvo e da constituição da amostra, até à recolha dos dados e ao seu tratamento” (Moreira, 2004, p.116). O questionário é um instrumento de recolha de informação, “como o próprio nome indica, um conjunto de questões, ou seja, de itens que, por qualquer razão, se decidiu apresentar associados” (Moreira, 2004, p.115). Questionário pode também ser definido como uma “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas” (Gil, 1989, p.124) traduzindo assim “os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis” (Fortin, 1999, p.249).

O questionário elaborado é multidimensional dado que mede mais do que uma variável através de várias escalas (Moreira, 2004).

Quando se utiliza um questionário como instrumento de colheita de dados é necessário compreender bem o objectivo que se pretende alcançar, como o tipo de informações que queremos recolher, pelo que tivemos muita atenção a estes factores.

Optámos pela escolha deste instrumento de colheita de dados pelas suas vantagens, que de acordo com Gil (1989), Quivy (1992), Foddy (1996), Fortin (1999) consiste em:

- Permitir uma utilização simultânea junto de um grande número de sujeitos, obtendo-se mais informação;
- Permitir uma grande cobertura por preço mínimo, dado que não são necessários pesquisadores treinados;
- Facilitar a comparação dos sujeitos, uma vez que a colheita de dados será realizada de forma idêntica para todos os indivíduos, isto é, a mesma ordem das questões e as mesmas directrizes para todos;
- Garantir o anonimato pela natureza impessoal das respostas que ajuda os sujeitos a sentirem-se mais seguros, levando-os a exprimir mais livremente as opiniões consideradas mais pessoais;
- Permitir ao sujeito uma maior liberdade na escolha do momento de resposta.

De acordo com Fortin (1999) na ausência de instrumento satisfatório, deve concebê-lo o pesquisador.

Aquando da elaboração do questionário tivemos como referências a revisão bibliográfica efectuada sobre o tema em estudo.

O questionário foi elaborado com respostas fechadas. De acordo com Guba e Lincoln, “ a opção por itens de resposta aberta ou fechada depende, em grande parte, das opções teóricas ou mesmo filosóficas assumidas, consciente ou não, pelo investigador” (Moreira, 2004:124). Pela bibliografia consultada, podemos concluir que este é um tema que causa alguma polémica entre os investigadores, havendo os que defendem o uso de respostas abertas e outros de respostas fechadas.

Como sabemos, o uso de respostas fechadas normalmente encontra-se associado à facilidade no tratamento dos dados e à clareza da sua interpretação, assumindo-se que as respostas fechadas ou abertas nos conduzem às mesmas conclusões. Por outro lado, quem defende o uso de respostas abertas preocupa-se com a limitação imposta pelas perguntas fechadas ao inquirido (Moreira, 2004). Desta forma, “o problema não reside no formato do item, mas sim na lista de alternativas propostas” (Moreira, 2004:125).

De acordo com Moreira (2004) existem um conjunto de pressupostos que temos que ter em consideração para a elaboração de um questionário. Desta forma, precavemo-nos assegurando uma ideia clara do que pretendíamos saber junto dos participantes do estudo, elaborando um conceito claro e explícito do que pretendíamos medir. Para que os resultados não fossem enviesados, os participantes deviam ser capazes de compreender os itens formulados, desta forma tivemos bastante cuidado assegurando-nos que as palavras que compoñham os itens eram conhecidas pelos mesmos, recorremos inclusive a vários esclarecimentos quando pensamos que os mesmos podiam suscitar dúvidas, isto para que os itens fossem interpretados no sentido desejado e de forma a transmitir a informação necessária para os participantes responderem. Apesar do referido, os participantes podem não ter uma resposta para dar, desta forma foram introduzidos filtros em algumas perguntas como “não concordo nem discordo” e “nenhuma das anteriores”. Este acto justifica-se com o facto de encorajar os indivíduos a não fornecer uma resposta se sentem que a pergunta não lhes diz nada (Moreira, 2004), de forma a tentar tornar os nossos resultados mais válidos.

No sentido de não pressionar os participantes do estudo a obter respostas imediatas ao questionário, os mesmos foram deixados no serviço tendo sido recolhidos após algumas semanas. Este acto pretendia proporcionar um maior à vontade na elaboração do mesmo, sem pressões de tempo ou por exemplo se os participantes sentissem necessidade de pesquisar mais cuidadosamente a sua memória relativamente à informação pretendida.

O questionário é precedido de uma carta de apresentação do pesquisador, orientação geral do estudo e sensibilização dos sujeitos para colaborar no mesmo.

Nesta carta era ainda garantido aos participantes o cumprimento dos cuidados éticos e deontológicos propostos pela APA, como o efectivo anonimato dos dados e a confidencialidade dos mesmos sendo tratados enquanto fontes individuais de informação tendo apenas acesso directo a eles os próprios investigadores. Referíamos, também, que os resultados seriam apresentados em termos globais ou por grandes grupos, e ainda, o compromisso da

pesquisadora de realizar um seminário para a divulgação dos mesmos, para o qual estariam previamente convidados.

A primeira parte do questionário engloba algumas questões para caracterização da amostra, mais especificamente dados pessoais e profissionais dos sujeitos. Relativamente ao tipo de perguntas, esta parte do questionário é constituída por uma grande variedade de perguntas fechadas e abertas.

Especificando, temos como perguntas fechadas dicotómicas as relativas ao sexo, às funções de chefe de equipa e tipo de horário (respectivamente pergunta 1, 8 e 10). Temos ainda como perguntas fechadas, mas estas de escolha múltipla, as relativas ao estado civil, formação profissional, serviço onde exerce funções, horário de trabalho, vínculo à instituição (respectivamente pergunta 2, 4, 6, 9 e 11). Como perguntas abertas a idade, tempo de profissão, tempo de exercício profissional no actual serviço (respectivamente 3, 5 e 7).

No que concerne à segunda parte do questionário esta é constituída por 49 afirmações sobre satisfação/ motivação dos enfermeiros relativamente à profissão (afirmações 1, 5, 6, 8, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 45, 46, 48), ao serviço (afirmações 2, 3, 4, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 47, 49) e com a hierarquia (afirmações 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44). Tem ainda três questões (12, 14, 15). A questão 12 traduz os sentimentos dos enfermeiros relativamente ao seu trabalho, a questão 14, avalia se no último mês os enfermeiros sentiram alguns dos sintomas mencionados. A questão 15 avalia se alguma vez faltou ao serviço por se sentir insatisfeito.

Estas perguntas, também são fechadas, utilizando similarmente uma escala do tipo Likert. Tal como refere Fortin, as escalas de Likert são “escalas de medida que permite a um sujeito exprimir em que medida está de acordo ou em desacordo com cada um dos enunciados propostos: o score total fornece uma indicação da atitude ou opinião do sujeito” (Fortin, 1999: 396). No que confere ao número de itens como alternativa de resposta, optamos por utilizar cinco, sendo este o número habitual para este tipo de escala (Moreira, 2004), no entanto não existe um número definido, facto é que devido à natureza probabilística da medição se o número de itens for grande, “(...) a relação entre os resultados da escala e a posição dos indivíduos na dimensão tenderá a assumir uma forma linear (...)” (Moreira, 2004, 69).

Desta forma, Moreira conclui que podemos apontar um valor entre cinco e nove como o mais indicado para o número de pontos a considerar numa escala de avaliação referentes a uma dimensão subjectiva e relativamente abstracta, sendo que, para o caso das escalas referenciadas, é difícil encontrar mais do que cinco definições com intervalos aproximadamente iguais entre si (Moreira, 2004: 194).

Concordamos com Hill e Hill (2002) relativamente ao que dizem sobre o número par ou ímpar de respostas alternativas numa escala. Segundo as autoras, se usamos um número ímpar existe uma propensão para dar resposta intermédia, pois "(...) muitos inquiridos tem tendência para dar a resposta de uma maneira "conservadora" e responderem no meio da escala (...), pensando que é mais "seguro" não dar uma opinião forte" (Hill & Hill, 2002: 126). Por outro lado, o número par obriga o inquirido a ser radical ou tem uma opinião positiva ou negativa, não fornecendo a hipótese do meio-termo (Hill & Hill, 2002).

3.1 - VALIDADE E FIDELIDADE DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Pelo facto de termos elaborado um instrumento de colheita de dados novo com base na revisão da literatura efectuada, sentimos a necessidade de aferir a fidelidade e a validade do instrumento de colheita de dados, para que o mesmo não colocasse em causa o valor da investigação. Importa salientar que ao longo desta dissertação utilizaremos o termo fidelidade, que de acordo com Silva (2003) também pode ser designada por fiabilidade, tal como fazem diversos autores.

Ao apurarmos a fidelidade do nosso instrumento pretendemos aferir a "(...) precisão da reprodutibilidade das medidas" (Silva, 2003: 99), isto é, a capacidade de obter resultados semelhantes da mesma medição, no mesmo grupo, mas em períodos diferentes.

Como sabemos, a fidelidade expressa-se por um grau de correlação, uma vez que se preocupa com o grau de consistência ou concordância entre dois

conjuntos de notas independentes (Ribeiro, 1999), existindo várias formas de averiguar a fidelidade de um instrumento, neste estudo recorreremos ao Alpha-Cronbach.

O Alpha-Cronbach do nosso instrumento de colheita de dados, aquando da realização do pré-teste foi de 0,870 excluindo 5 casos dos 50 realizados. Desta forma, podemos verificar que o valor do nosso Alpha-Cronbach é bom, pois de acordo com Hill & Hill (2002) se Alpha maior que 0,9 – Excelente; entre 0,8 e 0,9 – Bom; entre 0,7e 0,8 – Razoável; entre 0,6 e 0,7 - Fraco; e por fim abaixo de 0,6 – Inaceitável.

O Alpha-Cronbach do nosso instrumento de colheita de dados, para a totalidade da amostra (122 inquiridos) é de 0,8. Para as questões que têm como finalidade avaliar a satisfação/ motivação relativamente à profissão é de 0,758 , relativamente ao serviço 0,107 e relativamente à hierarquia é de 0,980.

No que concerne à validade esta tem como condição prévia a fidelidade, pois a sua existência é necessária, mas não suficiente para garantir a validade adequada (Hill & Hill, 2002; Silva, 2003).

A validade pode ser definida como “um julgamento avaliativo integrado acerca do grau em que os dados empíricos e as explicações teóricas apoiam a convicção de que as inferências e as acções baseadas nos resultados dos testes ou outras formas de avaliação são adequadas e apropriadas” (Moreira, 2004: 331). Desta forma, a validade é a capacidade do instrumento medir aquilo que se pretende, nada mais ou menos.

O instrumento de colheita de dados é, como já foi referido, um inquérito por questionário tendo sido previamente estabelecida a validade do seu conteúdo, percorrendo as etapas estabelecidas por Murphy e Davidshofer, citados por Ribeiro (1999). Assim, procedeu-se à descrição e determinação das áreas do conteúdo do domínio, que são avaliados por cada item e a comparação entre a estrutura do instrumento com a estrutura do conteúdo do domínio (Ribeiro 1999), todos os procedimentos referidos tiveram por base os objectivos a que nos propusemos para esta dissertação. Elaborámos também o guião do questionário, determinando quais as questões que correspondem aos objectivos a que nos propusemos.

A validação do conteúdo do instrumento baseou-se também num julgamento que foi realizado por vários juizes especialistas do domínio da investigação. Desta forma, para a avaliação do conteúdo do nosso instrumento recorreremos a peritos na área da investigação e na área do domínio em causa, no sentido dos mesmos se pronunciarem sobre os enunciados do instrumento de medida (Fortin, 1999). Os peritos aos quais se expôs o instrumento de colheita de dados para apreciação e análise foram: o orientador da dissertação de mestrado, a enfermeira directora do Centro Hospitalar de Lisboa e as enfermeiras chefes dos respectivos serviços.

Achamos que era importante este corpo de peritos, no sentido em que o orientador era quem mais de perto acompanhavam toda a dissertação, o enfermeiro director e as enfermeiras chefes que estão ligadas à instituição onde foram aplicados os instrumentos de colheita de dados.

Desta análise surgiram algumas correcções e reformulações necessárias à plena aplicabilidade do instrumento.

No sentido de continuar a validar o instrumento de colheita de dados, procedeu-se ainda a um ensaio/validação aplicando o questionário a dez indivíduos não pertencentes ao grupo em estudo, mas que reuniam algumas características semelhantes, servindo tal actividade para analisar e consequentemente para limar arestas em termos de linguagem.

No sentido de colmatar ainda alguma falha que possa ter passado, antes da aplicação definitiva do questionário fizemos uma prova preliminar, o pré-teste. O pré-teste foi realizado a elementos que pertenciam à população em estudo, de 08 a 15 de Outubro de 2008, sendo aplicado a dez enfermeiros. O tempo médio utilizado para o preenchimento do questionário foi de 15 minutos. Da aplicação do instrumento, surgiram algumas reformulações.

No entanto, após a análise do pré-teste, quase todos os inquiridos responderam à totalidade das questões do questionário, havendo apenas um dos enfermeiros que não respondeu a uma das perguntas.

Tal como refere Moreira a questão da complexidade surge associada à extensão. Com efeito, ambos contribuem para os “custos” de responder ao questionário, e os seus efeitos, sendo opostos, podem ser utilizados de forma a encontrar um bom equilíbrio (...) o aumento da extensão de um questionário tem

sempre vantagens; o aumento de complexidade nem sempre (Moreira, 2004: 216).

Temos consciência que o questionário é ligeiramente longo, no entanto dado ser uma área de interesse e relativamente polémica optámos, por mantê-lo desta forma acreditando que é uma temática motivadora para a classe profissional. Aceitando a afirmação de Moreira ao referir que quando “o tema em estudo se relaciona com uma área de interesse ou de conhecimento particular do indivíduo (e.g., a sua profissão ou passatempo preferido) ou cujo conhecimento seja relevante (...) é possível utilizar questionários relativamente longos” (Moreira, 2004:216).

4 - PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

As informações obtidas após a recolha de dados necessitam posteriormente de ser processadas e analisadas, uma vez que estas por si só não respondem às questões de investigação. Neste contexto, efectuámos o tratamento estatístico dos dados obtidos em computador pela facilidade que este instrumento nos proporciona, tanto na organização como na análise descritiva e inferencial dos dados.

Como já foi referido, cada questionário era anónimo, desta forma para uma melhor organização dos dados procederemos à numeração dos questionários para identificação dos mesmos aquando do seu tratamento e análise, esta numeração foi do 1 a 122.

Existem vários programas informáticos que permitem tratamento estatístico, “um dos mais conhecidos pacotes para o uso de ciências sociais é o SPSS” (Kidder,1987 : 2). Por ser um programa que temos algum domínio e conhecimento foi o eleito para o tratamento e análise de dados da presente investigação. Existem várias versões do programa referido, a versão utilizada foi SPSS 16.0. Este programa permite registar e analisar os dados quantitativos, facilitando o seu tratamento e interpretação, e ainda estudar a ligação entre diversas variáveis ao mesmo tempo.

As fontes que servem de base à análise dos dados e seu tratamento resumem-se aos resultados introduzidos no Data Editor do SPSS-Win, razão pela qual são omissas as fontes das tabelas e quadros com que ilustramos a apresentação dos resultados.

Nesta dissertação de mestrado utilizamos os dois tipos de estatística – estatística descritiva e indutiva.

Na primeira parte do questionário durante a caracterização da população, recorreremos apenas à estatística descritiva, utilizando frequências absolutas, medidas de tendência central (moda e média) e medidas de dispersão absoluta (desvio padrão).

Na segunda parte do questionário relativamente às questões que têm como finalidade a avaliação da satisfação/motivação relativamente à profissão, serviço e hierarquia utilizamos a estatística descritiva e os testes não paramétricos mann-whitney, pretende-se com um teste não paramétrico calcular uma “estatística” que lhe indica a quantidade de diferenças existentes no ordenamento entre situações experimentais” (Green & D’Oliveira, 1991:75) Segundo a mesma autora o teste Mann-Whitney deve ser utilizado quando se apresentam duas situações não relacionadas e quando são utilizadas amostras de sujeitos diferentes em cada uma das situações.

Foi utilizado também o teste de Kruskal-wallis, este teste pode ser considerado como uma extensão do Mann-whitney quando se quer estudar três ou mais ou mais situações como é o caso (Green & D’Oliveira, 1991).

Os testes não paramétricos foram utilizados com o intuito de analisar a relação existente entre as diversas variáveis que estudamos.

5 - SELECÇÃO DO TERRENO DE PESQUISA

O terreno de pesquisa deve ser circunscrito reunindo as condições necessárias para elaboração do estudo.

Segundo Quivy, “não é de estranhar que a maior parte das vezes, o campo de investigação se situe na sociedade onde vive o próprio investigador” (Quivy, 1992:160). Assim, e confirmando a afirmação do autor, a selecção do terreno de pesquisa recaiu num Hospital Central mais concretamente o Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Prendendo-se a referida escolha ao facto de ser o local de trabalho do pesquisador, sendo mais fáceis as deslocações à unidade aquando da recolha de dados, desta forma utilizámos uma amostra aleatória simples “Amostra probabilística em que se escolhem os elementos de um conjunto segundo técnicas que permitem a cada elemento ter uma probabilidade igual de fazer parte da amostra” (Fortin, 1996: 363).

O terreno de pesquisa “deve ser delimitado não somente para reduzir a abrangência e facilitar o estudo, como também para informar as condições ambientais e socioeconómicas e culturais em que a investigação se desenvolve, principalmente se esta ocorre na área social”, (Santos & Clos in Gauthier et al, 1998:14) como é o caso.

De referir ainda, que a unidade seleccionada não constitui um locus desconhecido ao investigador, uma vez que tem algum conhecimento acerca da organização por desempenhar funções como enfermeira na referida instituição.

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/ ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO

A instituição objecto deste estudo é um dos Hospitais pertencentes ao Centro Hospitalar de Lisboa. Caracteriza-se por ser um hospital central de nível I, situado no centro de Lisboa, na freguesia do Socorro, unidade de saúde B, juntamente com os centros de saúde da Graça, Lapa, Luz, São Mamede e Santa Isabel. O facto de se encontrar numa zona central da Lisboa antiga, junto à baixa pombalina, leva a que a população que serve apresente um determinado número de características. São na maioria pessoas idosas, de estrato social baixo, ou médio baixo, muitas delas sozinhas. É ainda uma zona de comércio com muitos imigrantes e também de indivíduos que necessitam de apoio social, os chamados sem abrigo, o que faz com que este hospital honre o nome como ficou conhecido no início, hospital dos pobres.

Além de abranger uma parte do concelho de Lisboa, funciona ainda como hospital de referência dos hospitais situados, a norte do rio Tejo, desde o distrito de Portalegre, Santarém até Torres Vedras e toda a Região Sul do País. Actualmente são assistidos neste hospital pela urgência externa cerca de 165.200¹ utentes.

Esta unidade hospitalar como se pode observar pela sua construção tem já vários séculos. Segundo os vários documentos que se encontram arquivados na biblioteca deste hospital, alguns serviram de base para a elaboração deste pequeno historial, o seu início remonta ao século XV, com um passado cheio de glórias, virtudes e desventuras, constituindo todo o seu percurso um marco histórico da Medicina em Portugal.

Segundo Leone (1990) este hospital conta com uma longa tradição na área da saúde, mais precisamente desde o ano 1492, ano em que se iniciou a construção do Hospital Todos os Santos. É então baseado num texto deste autor que se irá reviver alguns passos mais importantes da vida desta instituição.

¹ Dados fornecidos pela Direcção do Serviço de Urgência referentes ao ano de 2005.

5.2 – BREVE HISTORIAL SOBRE A EVOLUÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Até o final do século XV a assistência na área da saúde, principalmente em Lisboa era exercida apenas por instituições religiosas, confrarias, albergarias e casas particulares. Grande parte destas instituições não reuniam as condições necessárias para a prestação de cuidados de saúde, quer por falta de meios físicos, recursos humanos e ainda por carências económicas. Quando o Rei mandou edificar o Hospital do Rossio, pretendeu criar algumas condições para tratar as pessoas mais desfavorecidas.

A construção deste hospital inicialmente denominado de Hospital Real foi terminada no reinado de D. Manuel, mas não chegou a entrar em pleno funcionamento devido à morte prematura de D. Manuel. Foi então inaugurado em 1501 e passou a ter o nome de Hospital Todos os Santos, mas ficou mais conhecido por Hospital dos Pobres, por se destinar a cuidar das classes mais desfavorecidas.

Até ao ano de 1530, o Hospital Todos os Santos foi administrado por várias ordens que ditaram mais tarde a sua decadência. Só em 1564, por Carta Régia, a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, ficou incumbida de administrar este hospital através de um Enfermeiro-Mor. Em 1755 na sequência do terramoto de Lisboa foi atingido por um grande incêndio, que destruí grande parte do edifício.

Três anos mais tarde, em 1758, o Marquês de Pombal nomeia Jorge Francisco Mendonça como Enfermeiro-Mor, o qual consegue restaurar grande parte das enfermarias. Em 1851 torna-se independente da Misericórdia, mas só em 1861 lhe foi concedida capacidade administrativa. Em 1864 este hospital já não comportava tantos doentes, foi então que se aproveitaram conventos, que dadas as suas dimensões foram adaptadas para albergar os doentes, entramos assim na segunda fase.

Nesta fase vários conventos foram anexados, para servirem de hospitais de retaguarda a esta Instituição. Entre eles consta-se o edifício de São Lázaro, inicialmente como enfermaria de leprosos, depois como Escola de Enfermagem,

mais tarde como Maternidade Magalhães Coutinho e mais recentemente como enfermaria de Traumatologia e Ortopedia.

Também no antigo Convento de S. Bernardo foi instalado o Hospital do Desterro, que, entre 1789 e 1806, funcionou como Hospital da Marinha. Em 1877 é inaugurado o Hospital Dona Estefânia. Em 1892 é instalado, no antigo Convento de Arroios, o Hospital Rainha D. Amélia, passando-se a chamar-se em 1911 Hospital de Arroios. A este grupo de hospitais juntou-se ainda o Hospital de Santa Marta onde chegou a funcionar a Escola da Faculdade de Medicina de Lisboa e o Hospital do Rego, denominado actualmente Hospital Curry Cabral.

Em 1913 na sequência da implantação da República e dadas as circunstâncias que o país vivia, este hospital e anexos passaram-se a chamar Hospitais Cíveis de Lisboa. Nesta fase, o lugar de Enfermeiro-Mor é substituído pelo de Director dos Hospitais Cíveis de Lisboa. Em 1928 é instalado, no antigo Convento de Santo António dos Capuchos, o Hospital Santo António dos Capuchos.

Os Hospitais Cíveis de Lisboa mantiveram-se durante anos, mas gradualmente alguns deles foram adquirindo administração própria, sendo o Hospital Curry Cabral, um dos primeiros a abandonar o grupo. Definitivamente, em 1992, o hospital a que se refere o estudo, passou a ter uma administração única. No regulamento de 20 de Novembro de 1992 vem descrito uma série de objectivos, funções e valências assim como a estrutura dos serviços de assistência, departamentos, serviços e áreas funcionais. Também a portaria n.º 11/93 de 6 de Janeiro, do Ministério da Saúde, reconhece que o surgimento de novas especialidades e das progressivas exigências qualitativas de quem recorre aos hospitais obriga a uma maior complexidade e diferenciação na organização hospitalar (Leone, 1990).

Neste sentido e de forma a conseguir uma gestão mais racional, eficiente e eficaz dos meios assistenciais, humanos técnicos e financeiros dos hospitais foi criado o Centro Hospitalar da Zona Central de Lisboa que reúne três hospitais.

Assim nos termos número 1 do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto e de harmonia com o disposto no Decreto – Lei n.º 284/99, de

26 de Julho, surge o Centro Hospitalar da Zona Central de Lisboa, criado pela Portaria 115-A/2004, de 30 de Janeiro (Diário da Republica – I Série – B).

Actualmente, possui várias valências médicas, mas a sua grande aposta é nas especialidades cirúrgicas, para a qual criou vários serviços de apoio, como unidades de cuidados intensivos e intermédios e uma sala emergência.

5.3 - RECURSOS HUMANOS, ORGANOGRAMA E REGULAMENTO DO CENTRO HOSPITALAR

No que respeita aos recursos humanos que integram o Centro Hospitalar, são na totalidade 4320 funcionários. No total trabalham no Centro Hospitalar 1197 enfermeiros, 969 do sexo feminino e 228 do sexo masculino.

Em anexo será apresentado o organograma da Instituição como Centro Hospitalar da Região Centro de Lisboa, o qual se rege por um regulamento interno.

O Centro Hospitalar de Lisboa rege-se actualmente pela legislação aplicável aos hospitais do sector público administrativo integrados numa rede de prestação de cuidados de saúde. Na sua organização compreende os seguintes órgãos, órgão administrativo, órgão de apoio técnico, órgão de fiscalização e órgão de consulta. O órgão administrativo composto pelo conselho de administração é constituído por dois vogais e pelo presidente, como membros executivos; o director clínico e o enfermeiro director constituem os membros não executivos.

Do Conselho de Administração depende ainda o Conselho Executivo, a comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, a Comissão Ensino e Investigação, entre outros. No fim da linha encontram-se os Serviços Assistenciais, assim denominados por se considerar os que servem os utentes. Estes, de acordo com a sua área de actuação estão divididos pelos departamentos de cirurgia, medicina, neurociências, etc., todos perfazendo um total de 9 departamentos.

5.4 - SELECÇÃO DE ACTORES

Seleccionado o terreno de pesquisa, torna-se necessário identificar os actores para o estudo em causa.

A nossa população são todos os enfermeiros que trabalham em serviços que são considerados de urgência onde foram englobados os enfermeiros do serviço de Urgência e da Unidade de Urgência Médica. A nossa amostra são todos os enfermeiros destas mesmas unidades em estudo. Responderam ao questionário 122 enfermeiros.

Segundo Quivy (1998) o campo onde se faz a análise deve ser circunscrito numa fase inicial. De acordo com este autor, o investigador não deve escolher um campo muito grande o que o fará estudar com mais cuidado, tanto os comportamentos, como as relações interpessoais. O campo onde se faz esta análise chama-se população.

Para Fortin (1999) *“uma população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios (...) uma população particular que é submetida a um estudo, é chamada população alvo”* (Fortin, 1999: 203). De acordo com os objectivos do estudo, escolheu-se uma determinada população e uma amostra significativa para o estudo. Por amostra entende-se *“um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”* (Fortin, 1999:203).

Um dos aspectos a ter em consideração neste estudo e em qualquer trabalho de investigação está relacionado com a pesquisa interna. Bell (2004) refere que *“nenhum investigador pode exigir o acesso a instituições organizacionais ou matérias... pelo que a autorização deve ser pedida logo no início”* (Bell, 2004:53).

Deste modo foi solicitada uma autorização para realizar o estudo na instituição em causa, mediante um documento escrito, mencionando o tema, os objectivos e os instrumentos de avaliação.

A amostra em estudo foi retirada de um Centro Hospitalar de Lisboa². Os indivíduos pertencem às seis equipas do Serviço de Urgência (SU) e às cinco equipas da Unidade Urgência Médica (UUM). De notar que das cinco equipas, uma é de horário fixo, ou seja constituída pelo chefe de serviço e pelos enfermeiros da gestão, designados por *enfermeiros de horário fixo ou fora de escala*. As outras cinco equipas são de horário rotativo e coordenadas por um chefe de equipa. Na Urgência o número de elementos das equipas de horário rotativo é constituído por dezoito, na Unidade de Urgência Médica por doze.

A escolha incidiu num grupo de profissionais de um dos hospitais do Centro Hospitalar, pertencentes a dois serviços com características idênticas na forma de atendimento e tratamento aos doentes urgentes e emergentes. Outras das características foi o facto de as equipas serem constituídas por um maior número de enfermeiros e os chefes de serviço terem sensivelmente o mesmo tempo de formação profissional e idade. O método de trabalho de eleição é o de equipa; cada equipa está sobre a coordenação/orientação de um chefe e subchefe de equipa.

A opção de escolha desta população, com determinadas características comuns, ficou-se a dever ao facto de pretender uma amostra muito homogênea, com a mesma visão, com o mesmo ritmo de trabalho, sujeita às mesmas situações de stress, à mesma angústia, características muito próprias dos serviços de urgência e cuidados intensivos. Neste estudo não se inclui a Unidade de Neurocirurgia por apresentar algumas características que não se enquadravam na população, tais como o número de elementos por equipa inferior a seis e a inexistência de um subchefe de equipa.

Face aos objectivos do estudo, foram incluídos todos os indivíduos da população, perfazendo um universo de 162 enfermeiros.

A atribuição da chefia de equipa por parte do enfermeiro chefe também ela difere de serviço de acordo com as suas dimensões. No Serviço de Urgência é atribuída até ao quarto elemento (um chefe e três subchefes de equipa), no outro serviço até ao terceiro (um chefe e dois subchefes). Todos os questionários foram entregues aos inquiridos entre o dia 15 de Outubro e 15 de

² Optou-se por não usar o próprio nome da Instituição, sendo referenciada no estudo apenas por Centro Hospitalar. É constituído até à presente data por três hospitais.

Novembro de 2008, sendo a recolha efectuada nos respectivos serviços. Obtivemos resposta de 122 enfermeiros; correspondendo a 75,31% dos questionários entregues.

5.5 - DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Segundo Fortin variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objecto, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças” (Fortin, 1999:36).

Definimos um conjunto de variáveis que nos permitissem caracterizar a nossa amostra, são elas as variáveis sócio demográficas.

6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo reporta-se à apresentação dos resultados decorrentes da aplicação dos questionários aos inquiridos, tendo como objectivo organizar e sumariar os dados possibilitando-nos fornecer respostas ao problema proposto. Desta forma, procedemos ao tratamento estatístico dos dados e apresentamo-los de acordo com uma sequência lógica, para que esta investigação se torne perceptível para aqueles que a ela tenham acesso.

A apresentação dos resultados que se segue diz respeito ao número de casos válidos que foram obtidos com a presente investigação (122). Assim, tal como já foi referido anteriormente, a nossa amostra é de 122 enfermeiros dos quais 89 enfermeiros do serviço de urgência e 33 enfermeiros da Unidade de Urgência Médica. Dos restantes questionários entregues 3 enfermeiras encontram-se de atestado por gravidez e 1 dos enfermeiros encontra-se de férias e os restantes questionários (36) foram entregues em branco.

A população em estudo foi retirada de um Centro Hospitalar de Lisboa. Os indivíduos pertencem às seis equipas de do Serviço de Urgência e da Unidade de Urgência Médica. De salientar que das seis equipas uma é de horário fixo, ou seja constituída pelo chefe de serviços pelos enfermeiros que estão de horário fixo. As outras cinco equipas trabalham em horário rotativo e são coordenadas por um chefe de equipa.

Foram escolhidos estes dois serviços por terem características idênticas na forma de atendimento e tratamento de doente urgentes e emergentes. Outra das características foi o facto de os chefes de serviço terem sensivelmente o mesmo tempo de formação profissional e idade. O método de trabalho de eleição é o de equipa; cada equipa deve pelo menos ser constituída por 10 elementos sob a coordenação de um chefe e subchefe de equipa.

A opção de escolha desta população, com determinadas características comuns, ficou-se a dever ao facto de pretender uma amostra homogénea, com a mesma visão, com o mesmo ritmo de trabalho, sujeita às mesmas situações de stress, à mesma angústia, características muito próprias dos serviços de urgência e cuidados intensivos.

Neste estudo foram incluídos todos os enfermeiros que constituem os serviços.

A atribuição da chefia de equipa por parte do enfermeiro chefe também ela difere nos dois serviços de acordo com as dimensões. No Serviço de Urgência é atribuída até ao quarto elemento (um chefe e três subchefes de equipa), na Unidade de Urgência Médica até ao terceiro elemento (um chefe e dois subchefes

6.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para conhecer e descrever a amostra constituída pelos 122 enfermeiros inquiridos e descrever as características da amostra foram estudadas as variáveis independentes.

Quanto à variável género, verificou-se que 80,3% dos inquiridos são do sexo feminino e apenas 19,7% do sexo masculino. A moda é o sexo feminino. Este valor apesar de ser constituído por uma amostra muito pequena da totalidade dos enfermeiros, demonstra como descrito no enquadramento teórico a versão passada pela história da enfermagem é a que os enfermeiros adoptaram como princípio norteador da profissão durante séculos o trabalho caritativo realizado exclusivamente por mulheres e controlada pela igreja, ainda hoje a enfermagem continua a ser uma profissão predominantemente feminina.

Quadro n.º 1 - Distribuição dos inquiridos por género

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
MASCULINO	24	19,7	19,7	19,7
FEMININO	98	80,3	80,3	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

No que se refere à variável idade, representada no quadro n.º 2 por escalões etários verificou-se que, 12,3% dos enfermeiros têm idades inferiores a 25 anos, a maior percentagem situa-se nas idades compreendidas entre 31 e 35 anos, podemos também observar que existe uma percentagem muito baixa de enfermeiros com idades superiores 41 anos. As idades variam entre os 22 e os 56 anos com uma média de 32 anos. Temos duas modas que se situam nos 29 anos e nos 33 anos.

Quadro n.º 2 - Distribuição dos inquiridos por idade

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
< 25	15	12,3	12,3	12,3
26 - 30	41	33,6	33,6	45,9
31 - 35	43	35,2	35,2	81,1
36 - 40	12	9,8	9,8	91,0
41 - 45	6	4,9	4,9	95,9
46 - 50	2	1,6	1,6	97,5
>51	3	2,4	2,4	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Em relação ao estado civil, a prevalência recai sobre os solteiros, com 56,6% seguido dos casados, com 35,2%, distribuindo-se as outras percentagens pelos restantes estados civis, união de facto com 7,4%, 0,8% para os separados/divorciados, não havendo nenhum inquirido viúvo.

Quadro n.º 3 – Distribuição dos inquiridos por estado civil

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
SOLTEIRO	69	56,6	56,6	56,6
CASADO	43	35,2	35,2	91,8
UNIÃO DE FACTO	9	7,4	7,4	99,2
SEPARADO/ DIVORCIADO	1	,8	,8	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Relativamente à formação profissional, constatou-se que 86,7% da amostra são licenciados, seguido de 11,7% com o bacharelato e apenas 0,8% são especialista e 0,8% têm o mestrado. A moda cai nos enfermeiros licenciados. Com estes dados podemos concluir que existe já um grande número de enfermeiros com o Complemento de Formação em Enfermagem. É importante referir que os primeiros cursos de Complemento para formação de enfermeiros licenciados se iniciaram em 1999 e gradualmente os enfermeiros têm frequentado este ano de formação complementar, tal como constatamos neste estudo a grande maioria dos enfermeiros já possui como formação profissional a licenciatura. De salientar que obtivemos 2 não respostas.

Quadro n.º 4 - Distribuição dos inquiridos por formação profissional

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
BACHARELATO	14	11,5	11,7	11,7
LICENCIATURA	104	85,2	86,7	98,3
ESPECIALIDADE	1	,8	,8	99,2
MESTRADO	1	,8	,8	100,0
Total	120	98,4	100,0	
NÃO RESPOSTA	2	1,6		
	122	100		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

No que respeita à distribuição dos enfermeiros por serviço onde desempenham as suas funções, verifica-se que a maior percentagem recai no Serviço de Urgência, com 73%, e a Unidade de Urgência Médica com 27%. A moda foi o Serviço de Urgência com uma totalidade de 89 questionários respondidos.

Quadro n.º 5 - Distribuição dos inquiridos por serviço onde exercem funções

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
SERVIÇO DE URGÊNCIA	89	73,0	73,0	73,0
UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	33	27,0	27,0	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Relativamente ao facto de desempenhar ou não funções de chefia podemos observar que, 17,2% dos inquiridos desempenha funções de chefia de equipa enquanto que 82,8% não desempenham essas mesmas funções. A

moda recai nos enfermeiros que não desempenham funções de chefia de equipa.

Quadro n.º 6 - Distribuição dos inquiridos por funções de chefia

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
SIM	21	17,2	17,2	17,2
NÃO	101	82,8	82,8	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto ao tempo que cada enfermeiro possui de profissão, podemos constatar que varia entre o 1 ano e os 28 anos sendo a moda o 1 ano com 13,9%. Temos 27,9% dos enfermeiros com idade profissional inferior a 6 anos, 59% com tempo de profissão compreendidos entre os 7 e os 14 anos e 13,1% superior a 15 anos. Para facilitar a leitura podemos observar no quadro n.º 7 que grande parte dos inquiridos tem entre 7 e 14 anos de profissão

Quadro n.º 7 - Distribuição dos inquiridos por tempo de profissão

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
< 6 ANOS	34	27,9	27,9	27,9
7 A 14 ANOS	72	59,0	59,0	86,9
> 15 ANOS	16	13,1	13,1	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Relativamente ao tempo em que os enfermeiros estão no serviço actual, varia entre alguns meses e os 27 anos sendo a moda o 1 ano com 24,6%, 49,2% dos enfermeiros estão no actual serviço há menos de 6 anos, 45,9% tem

tempo de serviço entre os 7 e os 14 anos e 4,9% superior a 15 anos. Para facilitar a leitura podemos observar no quadro n.º 7 que grande parte dos inquiridos tem menos de 6 anos de serviço. O facto de constatarmos que a moda recai no 1 ano tem a ver com o facto de no último ano terem entrado um grande número de enfermeiros com o objectivo de aumentar o número de enfermeiros por equipa.

Quadro n.º 8 - Distribuição dos inquiridos por tempo no serviço

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
< 6 ANOS	60	49,2	49,2	49,2
7 A 14 ANOS	56	45,9	45,9	95,1
> 15 ANOS	6	4,9	4,9	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Relativamente ao horário de trabalho a maioria recai nas 35 horas com 84,4%, seguido das 40 horas com 15,6%.

Quadro n.º 9 - Distribuição dos inquiridos por horário de trabalho

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
35 HORAS	103	84,4	84,4	84,4
40 HORAS	19	15,6	15,6	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto ao tipo de horário de trabalho podemos observar no quadro n.º 10 que a maioria recai nos enfermeiros com horário rotativo com 94,3%, seguido dos enfermeiros com horário fixo com 5,7%. Era o esperado uma vez que os enfermeiros em horário fixo apenas 3 se encontram na prestação de cuidados,

os restantes 4 enfermeiros encontram-se na reposição e gestão de stocks e de apoio à chefia de serviço.

Quadro n.º 10 - Distribuição dos inquiridos por horário de trabalho

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
FIXO	7	5,7	5,7	5,7
ROTATIVO	115	94,3	94,3	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto ao vínculo dos enfermeiros relativamente à instituição podemos constatar que a maioria recai no grupo que pertence ao quadro da função pública com 72,1%. Os enfermeiros com contrato por tempo indeterminado são apenas 27,9%. Os enfermeiros que se encontram no regime de contrato por tempo indeterminado são todos os enfermeiros com menos tempo de profissão.

Quadro n.º 11 - Distribuição dos inquiridos por vínculo institucional

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
QUADRO DA FUNÇÃO PÚBLICA	88	72,1	72,1	72,1
CONTRATO POR TEMPO INDETERMINADO	34	27,9	27,9	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Em resumo os participantes da amostra apresentam as seguintes características: 80,3% são do sexo feminino, as idades estão compreendidas entre os 22 anos e os 56 anos e a média é de 32 anos, 56,6% são solteiros, a maioria (85,2%) possui como habilitações profissionais a licenciatura. Quanto ao serviço onde exercem funções 73% trabalham no serviço de Urgência e os restantes na Unidade de Urgência Médica. Quanto a exercer funções de chefia, 17,2% exercem estas funções, relativamente ao tempo de profissão varia entre 1

ano e os 28 anos, sendo que, 59% têm entre 7 e 14 anos. Quanto ao tempo de serviço varia entre 1 ano e 27 anos sendo que, 49,2% estão há menos de 6 anos no serviço. 84,4% Cumprem 35 horas de trabalho semanal e 94,3% trabalham em horário rotativo, ou seja, por turnos. Relativamente ao vínculo institucional 72,1% pertencem ao quadro da função pública.

Segundo Zalewska, 1999, a satisfação global no trabalho é uma das principais componentes da satisfação geral com a vida, ou de uma avaliação de bem-estar subjectivo.

A forma como o indivíduo reage em resposta à emoção depende dos seus valores, crenças, dificuldades e oportunidades oferecidas na situação e da forma como o aspecto é percebido, ou seja, se é percebido como benéfico ou prejudicial (Locke, 1976).

Quanto à variável sentimentos dos enfermeiros relativos à profissão, verificou-se que 24,6% dos inquiridos sente-se insatisfeito, seguido de 18,2% satisfeitos, 16,4% referem que se sentem frustrados, 13,1% dos inquiridos referem sentir-se realizados e tranquilos, 5,7% angustiados e exaustos e 2,5% inseguros. Obtivemos uma não resposta por esquecimento ou por outro motivo não especificado. A moda recai no insatisfeito. Podemos concluir que apenas 31,1% dos inquiridos têm sentimentos positivos, enquanto uma grande percentagem 65,5% têm sentimentos negativos e apenas 2,5% sentem-se inseguros

De acordo com o que foi descrito no enquadramento teórico os indivíduos mais satisfeitos com o trabalho apresentam melhor qualidade de saúde quer física quer mental. No nosso estudo apenas 31,1% dos inquiridos apresentam sentimentos positivos pode-se considerar que é uma percentagem baixa.

Segundo Locke (1969, 1976, 1984) a satisfação no trabalho tem influência sobre o estado emocional do indivíduo, manifestando-se na forma de alegria decorrente da satisfação e na forma de tristeza e sofrimento decorrente da insatisfação.

Quadro n.º 12 - Distribuição dos inquiridos por sentimentos relativos à profissão

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
SATISFEITO	22	18,0	18,2	18,2
REALIZADO	16	13,1	13,2	31,4
TRANQUILO	16	13,1	13,2	44,6
INSATISFEITO	30	24,6	24,8	69,4
INSEGURO	3	2,5	2,5	71,9
ANGUSTIADO	7	5,7	5,8	77,7
FRUSTRADO	20	16,4	16,5	94,2
EXAUSTO	7	5,7	5,8	100,0
Total	121	99,2	100,0	
NÃO RESPOSTA	1	,8		
Total	122	100,0		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

O nível satisfação no trabalho exerce influência sobre o trabalhador. Esta influência pode ser manifestada sobre a saúde, qualidade de vida e comportamento, com consequências para o indivíduo e para a organização.

Relativamente aos sintomas que os enfermeiros têm tido no último mês podemos constatar que, 25,4% referem ter sentido dores de cabeça, 17,2% dores musculares, 16,5% dizem não ter tido nenhum dos sintomas descritos nesta questão, 2,5% referem problemas gastrointestinais, apenas 0,8% dizem ter sentido dificuldade respiratória. Existe uma não resposta não sabemos se por esquecimento ou por qualquer outro motivo que não foi mencionado. De acordo com (Locke 1976; Rocha 1996; Zalewska 1999), a satisfação no trabalho exerce influência sobre o trabalhador, esta influência pode ser manifestada sobre a sua saúde, os indivíduos mais satisfeitos com o seu trabalho apresentam melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças.

Tal como é referido no enquadramento teórico alguns autores referem a ocorrência de menos problemas físicos em indivíduos satisfeitos, como podemos observar no quadro n.º 12 apenas 18,2% dos inquiridos referem estar satisfeitos. Estes mesmos autores referem que existe um maior risco para a ocorrência de problemas de saúde tais como fadiga, dificuldade respiratória, dor de cabeça,

problemas gastrointestinais e dores musculares em indivíduos insatisfeitos, no nosso estudo verificam-se alguns desses sintomas como podemos ver no quadro n.º 13 e os que mais se manifestam são as dores de cabeça e as queixas musculares.

Quadro n.º 13 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas que têm apresentado no último mês

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
DIFICULDADE RESPIRATÓRIA E PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS	4	3,3	3,3	3,3
DOR DE CABEÇA	31	25,4	25,6	28,9
DORES MUSCULARES	21	17,2	17,4	46,3
FADIGA	45	36,9	37,2	83,5
NENHUMA DAS ANTERIORES	20	16,4	16,5	100,0
Total	121	99,2	100,0	
NÃO RESPOSTA	1	,8		
Total	122	100,0		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Existem questões que foram efectuadas e que após a análise estatística observamos que houve discrepância nas respostas relativamente aos dois serviços. As afirmações que avaliam a satisfação/ motivação relativamente à hierarquia foram as que apresentaram respostas mais discrepantes nos dois serviços onde foi realizado o estudo, as que fazem a avaliação relativamente ao serviço, algumas apresentaram respostas discrepantes e obtivemos respostas muito idênticas nos dois serviços nas afirmações que avaliam a satisfação / motivação dos inquiridos relativamente à profissão.

“Poucas coisas têm mais importância na vida de uma empresa do que o modo como as pessoas se sentem em relação à maneira como são geridas e lideradas ” (Bommer et al., 2004: 206).

“Numerosos estudos têm demonstrado que uma variação na liderança está relacionada com variações na moral do grupo e na sua produtividade” (Mitchell & Larson, 1987: 434).

Segundo Alcobia (2001) através de um trabalho científico, mostrou que existem factores específicos associados à satisfação e insatisfação no trabalho. Relativamente à satisfação no trabalho, refere que os factores que lhe estão associados são: a criatividade, o reconhecimento, a responsabilidade, e a promoção. Os que estão associados à insatisfação são: os aspectos técnicos relacionados com a supervisão do trabalho, o salário e as condições de trabalho.

No nosso estudo as questões em que se observaram maiores discrepâncias comparando as respostas dos dois serviços foram nas questões relacionadas com a satisfação com a hierarquia, motivo pelo qual vamos seguidamente analisar essas mesmas respostas.

Quanto à questão “O meu superior hierárquico tem atitudes claras para com os enfermeiros do serviço”, 84,3% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência mostram-se insatisfeitos, 10,1% dos inquiridos não têm opinião e apenas 5,6% estão satisfeitos referindo que o superior hierárquico tem atitudes claras para com os enfermeiros do serviço. Na Unidade de Urgência Medica 30,3% estão insatisfeitos, 27,3% não tem opinião e 42,5% estão satisfeitos.

Quadro n.º 14 - O meu superior hierárquico tem atitudes claras para com os enfermeiros do serviço

		³ Discordo	Sem opinião	⁴ Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	84,3%	10,1%	5,6%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	30,3%	27,3%	42,5%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Relativamente à questão “O meu superior hierárquico é aberto mudança”, 84,3% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência estão insatisfeitos, 11,2% dos inquiridos não têm opinião e apenas 4,5% mostram-se satisfeitos. Na Unidade de Urgência Médica 6% dos inquiridos estão insatisfeitos no que diz respeito a esta questão, 12,1% não tem opinião e 81,9% mostram-se satisfeitos. De salientar nesta afirmação que as opiniões nos dois serviços são opostas.

Quadro n.º 15 - O meu superior hierárquico é aberto à mudança

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	84,3%	11,2%	4,5% ⁴	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	6%	12,1%	81,9%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

³ Na análise de dados as respostas de discordância dadas pelos inquiridos foram interpretadas como indicadores de insatisfação, em todos os outros quadros a metodologia de análise da informação será a mesma.

⁴ Na análise de dados as respostas de concordância dadas pelos inquiridos foram interpretadas como indicadores de satisfação, em todos os outros quadros a metodologia de análise da informação será a mesma.

Quanto à questão “O meu superior hierárquico é simpático e acessível ao diálogo”, 86,5% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência está insatisfeito, 10,1% dos inquiridos não têm opinião e apenas 3,4% se mostram satisfeitos no que diz respeito a esta questão. Na Unidade de Urgência Medica nenhum dos inquiridos se encontra insatisfeito quanto a esta afirmação, 15,2% não tem opinião e 84,9% mostram-se satisfeitos com esta afirmação. De salientar que além das respostas dos inquiridos dos dois serviços serem opostas na Unidade de Urgência Médica nenhum dos inquiridos está insatisfeito no que diz respeito a esta questão

Quadro n.º 16- O meu superior hierárquico é simpático e acessível ao diálogo

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	86,5%	10,1%	3,4%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	0%	15,2%	84,9%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto à questão “O meu superior hierárquico preocupa-se com o bem-estar profissional e pessoal dos enfermeiros do serviço”, 85,4% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência encontram-se insatisfeitos, 12,4% dos inquiridos não têm opinião e apenas 2,2% estão satisfeitos com esta afirmação. Na Unidade de Urgência Medica 6,2% dos inquiridos estão insatisfeitos no que diz respeito a esta questão, 31,3% não tem opinião e 62,5% estão satisfeitos com esta afirmação. De salientar que as respostas dos inquiridos são opostas mesmo havendo uma grande percentagem de inquiridos sem opinião acerca desta questão.

Quadro n.º 17 – O meu superior hierárquico preocupa-se com o bem-estar profissional e pessoal dos enfermeiros do serviço

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	85,4%	12,4%	2,2%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	6,2%	31,3%	62,5%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Relativamente à questão “Os enfermeiros do serviço são sempre ouvidos quando o superior hierárquico tem que tomar alguma decisão relativamente aos mesmos”, No serviço de Urgência 92,2% dos enfermeiros inquiridos estão insatisfeitos quanto a esta afirmação, 5,6% dos inquiridos não têm opinião e apenas 2,2% estão satisfeitos. Na Unidade de Urgência Médica 42,5% dos inquiridos encontram-se insatisfeitos com esta questão, 27,3% não tem opinião e 30,3% estão satisfeitos. De salientar nesta questão que uma grande percentagem dos enfermeiros do serviço de urgência estão insatisfeitos com esta questão na Unidade de Urgência Médica existe uma grande percentagem de inquiridos que não tem opinião acerca desta questão.

Quadro n.º 18 – Os enfermeiros do serviço são sempre ouvidos quando o superior hierárquico tem que tomar alguma decisão relativamente aos mesmos

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	92,2%	5,6%	2,2%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	42,5%	27,3%	30,3%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto à questão “O meu superior hierárquico encoraja e motiva os enfermeiros a melhorar o seu desempenho através de críticas construtivas”, 89,9% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência estão insatisfeitos, 4,5% dos inquiridos não têm opinião e apenas 5,6% referem estar satisfeitos no que diz respeito a esta questão. Na Unidade de Urgência Médica

18,2% dos inquiridos estão insatisfeitos com esta questão, 24,2% não tem opinião e 57,6% estão satisfeitos com esta afirmação. De salientar que existe uma grande percentagem, de enfermeiros do serviço de urgência eu está insatisfeito com esta questão.

Quadro nº 19 – O meu superior hierárquico encoraja e motiva os enfermeiros a melhorar o seu desempenho através de críticas construtivas

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVICO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	89,9%	4,5%	5,6%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	18,2%	24,2%	57,6%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto à questão “ Quando me deparo com algum problema pessoal/profissional, tenho o apoio do meu superior hierárquico”, 74,2% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência encontram-se insatisfeitos, 20,2% dos inquiridos não têm opinião e apenas 5,6% estão satisfeitos. Na Unidade de Urgência Medica 6,1% dos inquiridos estão insatisfeitos no que diz respeito a esta questão, 30,3% não tem opinião e 63,7% estão satisfeitos.

Quadro n.º 20 – Quando me deparo com algum problema pessoal / profissional, tenho o apoio do meu superior hierárquico

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVICO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	74,2%	20,2%	5,6%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	6,1%	30,3%	63,7%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Relativamente à questão “ O meu superior hierárquico respeita-me enquanto pessoa e não apenas como profissional”, 68,5% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência estão insatisfeitos, 25,8% dos inquiridos não têm opinião e apenas 5,6% concordam com esta afirmação não há nenhum inquirido que concorde totalmente. Na Unidade de Urgência Médica 6,2% dos inquiridos discordam ou discordam totalmente com esta questão, 12,5% não tem opinião e 81,3% concordam ou concordam totalmente com esta afirmação. De salientar que a opinião dos enfermeiros do serviço de Urgência e dos enfermeiros da Unidade de Urgência Médica são opostas

Quadro n.º 21 – O meu superior hierárquico respeita-me enquanto pessoa e não apenas como profissional

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	68,5%	25,8%	5,6%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	6,2%	12,5%	81,3%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Analisando a questão “O meu superior hierárquico valoriza-me enquanto profissional”, 60,2% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência estão insatisfeitos, 30,7% dos inquiridos não têm opinião e apenas 9,1% estão satisfeitos quanto a esta afirmação. Na Unidade de Urgência Médica 9,1% dos inquiridos encontram-se insatisfeitos esta questão, 33,3% não tem opinião e 57,6% estão insatisfeitos.

Quadro n.º 22 - O meu superior hierárquico valoriza-me enquanto profissional

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	60,2%	30,7%	9,1%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	9,1%	33,3%	57,6%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto à questão “ O meu superior hierárquico fomenta e encoraja à formação profissional dos enfermeiros”, 79,82% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência estão insatisfeitos, 15,7% dos inquiridos não têm opinião e apenas 4,5% se encontram satisfeitos. Na Unidade de Urgência Médica 3,1% dos inquiridos estão insatisfeitos com o que diz respeito a esta questão 15,6% não tem opinião e 81,2% estão satisfeitos com esta afirmação. De salientar que as opiniões dos inquiridos no serviço de Urgência são opostas às opiniões dos enfermeiros inquiridos na Unidade de Urgência Médica.

Quadro n.º 23 - O meu superior hierárquico fomenta e encoraja à formação profissional dos enfermeiros

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	79,82%	15,7%	4,5%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	3,1%	15,6%	81,2%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto à questão “ Existe uma boa comunicação entre os enfermeiros e o superior hierárquico”, 87,7% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência encontram-se insatisfeitos com esta questão, 10,1% dos inquiridos não têm opinião e apenas 2,2% estão satisfeitos com esta afirmação. Na Unidade de Urgência Médica 12,1% dos inquiridos encontram-se insatisfeitos, 36,4% não tem opinião e 51,5% estão satisfeitos com esta afirmação.

Quadro n.º 24 – Existe uma boa comunicação entre os enfermeiros e o superior hierárquico

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	87,7%	10,1%	2,2%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	12,1%	36,4%	51,2%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Relativamente à questão “Quando há necessidade de falar com o meu superior hierárquico este mostra-se receptivo”, 66,3% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência mostram-se insatisfeitos, 22,5% dos inquiridos não têm opinião e 11,2% estão satisfeitos com esta afirmação não há nenhum inquirido que concorde totalmente. Na Unidade de Urgência Médica 6,1% dos inquiridos estão insatisfeitos com esta questão, e 93,9% estão satisfeitos com esta afirmação. De salientar que todos os inquiridos da Unidade de Urgência Médica manifestaram a sua opinião.

Quadro n.º 25 – Quando há necessidade de falar com o meu superior hierárquico este mostra-se receptivo

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	66,3%	22,5%	11,2%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	6,1%	0%	93,9%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto à questão “Quando o superior hierárquico tem necessidade de abordar os enfermeiros relativamente aos aspectos negativos fá-lo de modo a motivar e de uma forma construtiva”, 85,4% dos enfermeiros inquiridos que trabalham no serviço de urgência estão insatisfeitos relativamente a esta questão, 10,1% dos inquiridos não têm opinião e apenas 4,5% encontram-se satisfeitos. Na Unidade de Urgência Médica 15,2% dos inquiridos estão insatisfeitos, 30,3% não tem opinião e 54,6% encontram-se satisfeitos com esta afirmação.

Quadro n.º 26 – Quando o superior hierárquico tem necessidade de abordar os enfermeiros relativamente aos aspectos negativos fá-lo de modo a motivar e de uma forma construtiva.

		Discordo	Sem opinião	Concordo	Total
SERVIÇO EM QUE TRABALHA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	85,4%	10,1%	4,5%	100%
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	15,2%	30,3%	54,6%	100%

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Segundo Locke a insatisfação também pode ter efeitos sobre a produtividade através do absentismo, a insatisfação no trabalho pode dar origem a tentativas para mudar a situação sob a forma de protestos. Ao contrário do que foi referenciado no enquadramento teórico constatamos que apesar de existir uma grande percentagem de enfermeiros com sentimentos negativos relativamente à profissão nenhum enfermeiro faltou ao serviço.

De modo a obtermos a média das respostas dos inquiridos quanto às variáveis que contemplam a satisfação relativamente à profissão, serviço e hierarquia efectuamos índices de satisfação, ou seja, formamos uma variável a que chamamos índice e que contempla as médias das respostas dadas pelos inquiridos dos dois serviços quanto à satisfação / motivação relativamente à profissão, serviço e hierarquia.

Como se pode constatar estamos perante uma situação de uma variável independente com duas categorias, para testar as hipóteses supracitadas utilizamos o teste não paramétrico de Mann-whitney. Pretende-se com um teste não paramétrico calcular uma “estatística” que lhe indica a quantidade de diferenças existentes no ordenamento entre situações experimentais” (Green & D’Oliveira, 1991:75).

Segundo a mesma autora o teste Mann-Whitney deve ser utilizado quando se apresentam duas situações não relacionadas e quando são utilizadas amostras de sujeitos diferentes em cada uma das situações.

Na análise do quadro n.º 27 não se encontram diferenças significativas nos valores relativos aos géneros. Os valores encontrados foram os seguintes: Índice de profissão ($p=0,409$), Índice de serviço ($p= 0,787$) e Índice de hierarquia ($p=0,111$). Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das áreas, profissão, serviço e hierarquia, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites, prevalecendo a hipótese estatística. No entanto, como se pode verificar no quadro n.º 27 relativamente ao Índice de profissão os valores das médias dos números de ordem observadas no sexo feminino foram superiores às do sexo masculino. No Índice de serviço e de hierarquia os valores da média dos números de ordem, observados no sexo masculino são superiores às do feminino. Mas em qualquer um destes índices a diferença dos valores da média dos números de ordem não é significativa, o que nos leva a reflectir que apesar de a profissão de enfermagem ser maioritariamente feminina parece não haver diferenças entre enfermeiras e enfermeiros quanto à satisfação relativamente à profissão, serviço e hierarquia. No Índice serviço e profissão os valores da média dos números de ordem dos enfermeiros apresentam-se ligeiramente superiores, o que pode ser

explicado por estes se conseguirem expressar com mais ênfase e serem mais práticos.

Quadro n.º 27 - Relação entre satisfação e género

	SEXO	N	Mean Rank	Sum of Ranks
INDICE PROFISSÃO	MASCULINO	24	56,17	1348,00
	FEMININO	98	62,81	6155,00
	Total	122		
INDICE SERVIÇO	MASCULINO	24	63,25	1518,00
	FEMININO	98	61,07	5985,00
	Total	122		
INDICE HIERARQUIA	MASCULINO	24	71,79	1723,00
	FEMININO	98	58,98	5780,00
	Total	122		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para identificarmos a relação existente entre os três índices de satisfação e a variável independente estado civil, e de modo a testarmos as hipóteses levantadas relativamente a este ponto utilizamos o teste de Kruskal-wallis, este teste pode ser considerado como uma extensão do Mann-whitney quando se quer estudar três ou mais ou mais situações como é o caso (Green & D'Oliveira, 1991). De acordo com o descrito aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis por a variável estado civil ser constituída por 5 categorias.

Obtivemos os seguintes valores estatísticos: Índice de profissão ($p=0,660$), Índice serviço ($p=0,807$), Índice hierarquia ($p=0,969$), como podemos observar as diferenças encontradas não foram significativas, logo podemos rejeitar as três hipóteses levantadas e aceitar as hipóteses nulas.

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das áreas, profissão, serviço e hierarquia, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Ao analisarmos o quadro n.º 28 os indivíduos separados/divorciados são os que apresentam os valores da média dos números de ordem superiores

relativamente a todos os índices, os indivíduos em união de facto são os que apresentam os valores da média dos números de ordem mais baixas relativamente a todos os índices.

Quadro n.º 28 – Relação entre satisfação e estado civil

	ESTADOCIVIL	N	Mean Rank
INDICE PROFISSÃO	SOLTEIRO	69	64,19
	CASADO	43	57,88
	UNIÃO DE FACTO	9	55,44
	SEPARADO/ DIVORCIADO	1	86,00
	Total	122	
INDICESERVIÇO	SOLTEIRO	69	59,33
	CASADO	43	65,22
	UNIÃO DE FACTO	9	58,72
	SEPARADO/ DIVORCIADO	1	76,50
	Total	122	
INDICE HIERARQUIA	SOLTEIRO	69	61,40
	CASADO	43	61,38
	UNIÃO DE FACTO	9	60,89
	SEPARADO/ DIVORCIADO	1	79,00
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

De modo a podermos testar se existem diferenças significativas na satisfação relativamente à variável grupos etários e, uma vez que esta mesma variável é constituída por três categorias utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

Relativamente ao índice de profissão ($p=0,242$) e ao índice de serviço ($p=0,061$) não se obteve diferenças significativas. No índice profissão os indivíduos com idade inferior a 29 anos são os que apresentam os valores da média dos números de ordem mais elevadas como se pode observar no quadro abaixo, e os enfermeiros com idade superior a 34 anos são os que apresentam os valores da média dos números de ordem mais baixas.

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das áreas, profissão, serviço, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites, prevalecendo as hipóteses estatísticas (H_0).

No índice serviço os enfermeiros com idade superior a 34 anos apresentam os valores da média dos números de ordem mais elevadas e os enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e os 33 anos são os que apresentam os valores da média dos números de ordem mais baixas.

Quanto ao índice hierarquia ($p= 0,001$) foram encontradas diferenças significativas relativamente ao grupo etário. É de referir que os enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e os 33 anos têm médias muito inferiores relativamente aos enfermeiros com idade superior a 34 anos como se pode ver no quadro n.º 29.

Podemos concluir que existem diferenças estatísticas significativas relativamente à hierarquia, logo a hipótese traçada é aceite (H23).

Os inquiridos com idades compreendidas entre os 30 e os 33 anos são os menos satisfeitos enquanto que, os inquiridos com mais de 34 anos são os mais satisfeitos com a hierarquia.

Quadro n.º 29 – Relação entre satisfação e idade

	GRUPOS ETÁRIOS	N	Mean Rank
INDICE PROFISSÃO	< 29 ANOS	45	68,54
	30 AOS 33 ANOS	44	57,41
	> 34 ANOS	33	57,35
	Total	122	
INDICE SERVIÇO	< 29 ANOS	45	65,06
	30 AOS 33 ANOS	44	51,73
	> 34 ANOS	33	69,68
	Total	122	
INDICE HIERARQUIA	< 29 ANOS	45	64,48
	30 AOS 33 ANOS	44	47,19
	> 34 ANOS	33	76,52
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para testarmos a relação existente entre a satisfação relativamente à profissão, serviço, hierarquia e formação profissional utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que a variável formação profissional é constituída por quatro categorias.

Obtivemos os seguintes valores: Índice de profissão ($p=0,958$), índice serviço ($p=0,327$) e índice hierarquia ($p=0,354$), como podemos observar as diferenças encontradas não foram significativas. Em termos médios relativamente ao índice profissão, o valor mais elevado corresponde aos indivíduos que têm como formação profissional a licenciatura, e o valor mais baixo corresponde aos enfermeiros com bacharelato. Relativamente ao índice serviço o valor mais elevado corresponde aos enfermeiros com mestrado e o mais baixo aos licenciados.

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das áreas, profissão, serviço e hierarquia, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

No índice hierarquia o valor mais elevado corresponde aos enfermeiros com formação profissional de licenciatura e o mais baixo aos enfermeiros com bacharelato, de salientar que os indivíduos que apresentam níveis de satisfação mais elevados são os enfermeiros com maior formação profissional.

Quadro n.º 30 - Relação entre satisfação e formação profissional

	FORMAÇÃO⁵ PROFISSIONAL	N	Mean Rank
INDICE PROFISSÃO	BACHARELATO	14	58,18
	LICENCIATURA	104	60,72
	Total	120	
INDICESERVIÇO	BACHARELATO	14	62,93
	LICENCIATURA	104	59,40
	Total	120	
INDICE HIERARQUIA	BACHARELATO	14	55,61
	LICENCIATURA	104	60,72
	Total	118	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para analisarmos as diferenças existentes no cruzamento dos índices de satisfação com o tempo de profissão utilizamos o teste de Kruskal-Wallis atendendo que o tempo de profissão é composto por três categorias.

Obtivemos os seguintes resultados: índice de serviço ($p=0,085$), não existindo diferenças significativas.

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas relativamente ao serviço, o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Existem diferenças significativas relativamente ao índice de profissão ($p=0,005$) e ao índice hierarquia ($p=0,002$). Quanto ao índice profissão os valores da média dos números de ordem mais baixas correspondem aos enfermeiros com tempo de profissão superior a 15 anos e os valores da média dos números de ordem mais elevadas correspondem aos enfermeiros com tempo de profissão inferior a 6 anos.

⁵ Relativamente à formação profissional foi retirado o mestrado e a especialidade por qualquer um destes ter apenas um inquirido.

Podemos concluir que existem diferenças estatísticas significativas relativamente à profissão e hierarquia, logo a hipótese traçada é aceite.

Relativamente ao Índice hierarquia podemos analisar que os valores da média dos números de ordem mais baixos correspondem aos enfermeiros com tempo de profissão inferior a 6 anos e as médias mais elevadas correspondem aos enfermeiros com tempo de profissão superior a 15 anos.

Quadro n.º 31 – Relação entre satisfação e tempo de profissão

	GRUPOS TEMPO DE PROFISSÃO	N	Mean Rank
ÍNDICE PROFISSÃO	< 6 ANOS	34	78,37
	7 A 14 ANOS	72	54,74
	> 15 ANOS	16	56,06
	Total	122	
ÍNDICE SERVIÇO	< 6 ANOS	34	70,87
	7 A 14 ANOS	72	55,62
	> 15 ANOS	16	68,03
	Total	122	
ÍNDICE HIERARQUIA	< 6 ANOS	34	65,60
	7 A 14 ANOS	72	53,85
	> 15 ANOS	16	87,22
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

De modo a analisarmos se existem diferenças significativas entre os índices de satisfação e os serviços onde foi efectuado o estudo utilizamos o teste Man-whitney uma vez que temos apenas dois serviços.

Os resultados obtidos foram os seguintes: índice de profissão ($p=0,292$) e ao índice de serviço ($0,938$) concluindo que não existem diferenças significativas mas quanto ao índice relativo à hierarquia ($p=0,000$) existem diferenças significativas nos dois serviços.

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas relativamente à profissão e ao serviço o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Podemos concluir que existem diferenças estatísticas significativas relativamente à hierarquia, logo a hipótese traçada é aceite.

Enquanto que no índice de profissão os valores da média dos números de ordem superiores encontram-se no serviço de urgência e os valores da média dos números de ordem inferiores na Unidade de Urgência Médica, quanto ao índice de hierarquia observamos uma grande disparidade relativamente os valores da média dos números de ordem sendo a mais elevada correspondente à Unidade de Urgência Médica e a mais baixa ao Serviço de Urgência.

Quadro n.º 32 - Relação entre satisfação e serviço onde trabalha

	SERVIÇO EM QUE TRABALHA	N	Mean Rank	Sum of Ranks
INDICE PROFISSÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA	89	63,55	5656,00
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	33	55,97	1847,00
	Total	122		
INDICE SERVIÇO	SERVIÇO DE URGÊNCIA	89	61,65	5487,00
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	33	61,09	2016,00
	Total	122		
INDICE HIERARQUIA	SERVIÇO DE URGÊNCIA	89	46,63	4150,00
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	33	101,61	3353,00
	Total	122		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para analisarmos a relação entre os índices de satisfação e a variável “tempo no serviço actual” utilizamos o teste Kruskal-Wallis uma vez que a variável “tempo no serviço actual” é constituída por três categorias. Ao

observarmos o quadro os valores encontrados foram: Índice de profissão (p=0,169), Índice serviço (p=0,271), Índice hierarquia (p = 0,065).

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das áreas, profissão, serviço e hierarquia, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites, prevalecendo a hipótese estatística.

No índice relativo à satisfação com a profissão os valores da média dos números de ordem mais elevadas pertencem aos enfermeiros com tempo no actual serviço há menos de seis anos e a menor os valores da média dos números de ordem aos enfermeiros com tempo no actual serviço compreendido entre 7 e 14 anos.

Quanto ao índice de serviço e de hierarquia os valores da média dos números de ordem mais elevado corresponde aos enfermeiros com tempo de serviço superior a 15 anos e a mais baixa corresponde tal como no índice anterior aos enfermeiros com tempo de serviço compreendido entre 7 e 14 anos.

Quadro n.º 33 - Relação entre satisfação e tempo de serviço

	TEMPO NO SERVIÇO	N	Mean Rank
INDICE PROFISSÃO	< 6 ANOS	60	67,61
	7 A 14 ANOS	56	55,35
	> 15 ANOS	6	57,83
	Total	122	
INDICESERVIÇO	< 6 ANOS	60	63,93
	7 A 14 ANOS	56	57,04
	> 15 ANOS	6	78,75
	Total	122	
INDICE HIERARQUIA	< 6 ANOS	60	67,52
	7 A 14 ANOS	56	53,58
	> 15 ANOS	6	75,25
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

De modo a podermos analisar a relação existente entre os índices de satisfação e a variável “funções de chefia” aplicámos o teste Mann-Whitney. Ao analisarmos os resultados estatísticos obtivemos: Índice profissão (0,762), Índice serviço (0,765), Índice hierarquia (0,716).

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das áreas, profissão, serviço e hierarquia, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites, prevalecendo a hipótese estatística.

Relativamente ao índice profissão os valores da média dos números de ordem superior corresponde aos enfermeiros que não exercem funções de chefia e a mais baixas corresponde aos que exercem funções de chefia. Relativamente ao Índice serviço e profissão os valores da média dos números de ordem superiores correspondem aos enfermeiros que exercem funções de chefia.

Quadro n.º 34 – Relação entre satisfação e funções de chefia

	FUNCOES DE CHEFIA	N	Mean Rank	Sum of Ranks
INDICE PROFISSÃO	SIM	21	59,38	1247,00
	NÃO	101	61,94	6256,00
	Total	122		
INDICESERVIÇO	SIM	21	63,60	1335,50
	NÃO	101	61,06	6167,50
	Total	122		
INDICE HIERARQUIA	SIM	21	64,05	1345,00
	NÃO	101	60,97	6158,00
	Total	122		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto à análise da relação existente entre os Índices e o horário de trabalho utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que a questão “horário de trabalho” é constituída por quatro tipos de horário. Analisando os resultados

estatísticos: Índice profissão ($p = 0,002$), Índice serviço ($p=0,102$) e Índice hierarquia ($p= 0,506$).

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas relativamente ao serviço e hierarquia, o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística.

Podemos concluir que existem diferenças estatísticas significativas relativamente à profissão, logo a hipótese traçada é aceite.

Relativamente ao Índice serviço e hierarquia os valores da média dos números de ordem mais elevadas dizem respeito aos enfermeiros com carga horária semanal de 40 horas e as mais baixas correspondem aos enfermeiros com carga horária semanal de 35 horas. Quanto ao Índice profissão existem diferenças significativas os valores da média dos números de ordem, como podemos observar os valores da média dos números de ordem mais elevada corresponde aos enfermeiros com carga horária semanal de 40 horas e a mais baixa aos que têm carga horária semanal de 35 horas.

Quadro n.º 35 – Relação entre satisfação e horário de trabalho

	HORÁRIO DE TRABALHO	N	Mean Rank
ÍNDICE PROFISSÃO	35 HORAS	103	57,30
	40 HORAS	19	84,29
	Total	122	
ÍNDICE SERVIÇO	35 HORAS	103	59,25
	40 HORAS	19	73,68
	Total	122	
ÍNDICE HIERARQUIA	35 HORAS	103	60,59
	40 HORAS	19	66,45
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para realizarmos a análise da relação existente entre os Índices de satisfação e o tipo de horário utilizámos o teste Mann-Whitney, uma vez que a

variável “tipo de horário” é composta por duas categorias. Ao observarmos os resultados estatísticos: Índice profissão ($p = 0,647$), Índice serviço ($p = 0,118$) e Índice hierarquia ($p = 0,708$).

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das áreas profissão, serviço e hierarquia, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites, prevalecendo a hipótese estatística.

Quanto ao Índice profissão os valores da média dos números de ordem mais baixa corresponde aos enfermeiros que exercem funções em regime de horário fixo, a mais elevada corresponde aos enfermeiros que exercem as suas funções em horário rotativo, ou seja, trabalham por turnos. Relativamente ao Índice serviço e hierarquia os valores da média dos números de ordem mais elevadas correspondem aos enfermeiros que trabalham em horário fixo e a mais baixa corresponde aos enfermeiros em horário rotativo.

Quadro n.º 36 – Relação entre satisfação e tipo de horário

	TIPO DE HORARIO	N	Mean Rank	Sum of Ranks
INDICE PROFISSÃO	FIXO	7	55,57	389,00
	ROTATIVO	115	61,86	7114,00
	Total	122		
INDICESERVIÇO	FIXO	7	81,79	572,50
	ROTATIVO	115	60,27	6930,50
	Total	122		
INDICE HIERARQUIA	FIXO	7	66,36	464,50
	ROTATIVO	115	61,20	7038,50
	Total	122		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

De modo a verificar a relação existente entre os índices de satisfação e a variável vínculo à instituição utilizámos o teste Krukall-wallis, uma vez que esta última variável é constituída por mais do que 2 categorias. Obtivemos os seguintes resultados: Índice profissão ($p = 0,002$), Índice serviço (0,113) e Índice

hierarquia ($p = 0,531$). Não existem diferenças significativas das médias relativamente ao índice serviço e hierarquia. Existem diferenças significativas das médias relativamente ao índice profissão.

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas relativamente ao serviço e hierarquia, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites, prevalecendo a hipótese estatística.

Podemos concluir que existem diferenças estatísticas significativas relativamente à profissão, logo a hipótese traçada é aceite.

Ao observarmos o quadro abaixo constatamos que: Relativamente ao índice profissão, serviço e hierarquia os valores da média dos números de ordem mais altas dizem respeito aos enfermeiros que têm como vínculo institucional o contrato por tempo indeterminado e as mais baixas correspondem aos enfermeiros que fazem parte do quadro da função pública.

Quadro n.º 37 – Relação entre satisfação e vínculo à instituição

	VINCULO INSTITUICAO	N	Mean Rank
INDICE PROFISSÃO	QUADRO DA FUNÇÃO PÚBLICA	88	55,32
	CONTRATO POR TEMPO INDETERMINADO	34	77,50
	Total	122	
INDICE SERVIÇO	QUADRO DA FUNÇÃO PÚBLICA	88	58,35
	CONTRATO POR TEMPO INDETERMINADO	34	69,66
	Total	122	
INDICE HIERARQUIA	QUADRO DA FUNÇÃO PÚBLICA	88	60,26
	CONTRATO POR TEMPO INDETERMINADO	34	64,72
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para analisarmos as relações existentes entre os níveis de satisfação e os sentimentos que os enfermeiros têm relativamente ao trabalho utilizamos o Kruskal-Wallis. Obtivemos os seguintes valores: Índice profissão ($p = 0,000$), Índice serviço ($p = 0,014$) e Índice hierarquia ($p = 0,531$).

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas relativamente à hierarquia, o que leva a concluir que as hipóteses formuladas não são aceites.

Podemos concluir que existem diferenças estatísticas significativas relativamente à profissão e ao serviço.

Como podemos observar no quadro seguinte relativamente ao índice profissão os valores da média dos números de ordem mais elevada diz respeito aos enfermeiros que se sentem realizados e as mais baixas aos enfermeiros que se sentem angustiados. Quanto ao índice de serviço os valores da média dos números de ordem mais elevada corresponde tal como no índice da profissão aos enfermeiros que se sentem realizados e a mais baixa é também tal como no índice de profissão corresponde aos enfermeiros que se sentem angustiados. Relativamente ao índice hierarquia não existem diferenças significativas correspondendo os valores da média dos números de ordem mais elevada aos enfermeiros que se sentem inseguros e a mais baixa aos enfermeiros que se sentem angustiados.

Quadro n.º 38 - Relação entre satisfação e sentimentos dos enfermeiros face ao trabalho

	SENTIMENTOS RELATIVAMENTE AO TRABALHO	N	Mean Rank
ÍNDICE PROFISSÃO	SATISFEITO	22	78,23
	REALIZADO	16	88,81
	TRANQUILO	16	69,44
	INSATISFEITO	30	46,63
	INSEGURO	3	56,17
	ANGUSTIADO	7	28,50
	FRUSTRADO	20	49,40
	EXAUSTO	7	53,29
	Total	121	
ÍNDICE SERVIÇO	SATISFEITO	22	76,52
	REALIZADO	16	83,44
	TRANQUILO	16	56,44
	INSATISFEITO	30	55,02
	INSEGURO	3	49,83
	ANGUSTIADO	7	41,36
	FRUSTRADO	20	47,18
	EXAUSTO	7	60,93
	Total	121	
ÍNDICE HIERARQUIA	SATISFEITO	22	70,55
	REALIZADO	16	70,19
	TRANQUILO	16	56,56
	INSATISFEITO	30	51,68
	INSEGURO	3	75,50
	ANGUSTIADO	7	53,14
	FRUSTRADO	20	62,42
	EXAUSTO	7	57,64
	Total	121	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para testar se existem diferenças significativas na satisfação geral no trabalho dos enfermeiros em função do género. Como se pode constatar estamos perante uma situação de uma variável independente com duas categorias, para testar a hipótese supracitada utilizamos o teste não paramétrico de Mann-whitney.

No entanto, como se pode analisar no quadro n.º 39 não se encontram diferenças significativas nos valores relativos aos géneros. Os valores

encontrados foram os seguintes: satisfação geral ($p=0,349$). Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas relativamente à satisfação geral dos enfermeiros, o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite. No entanto, como se pode verificar Índice de satisfação geral os valores das médias dos números de ordem observadas no sexo masculino são ligeiramente superiores às do sexo feminino.

A diferença dos valores da média dos números de ordem não é significativa, o que nos leva a reflectir que apesar de a profissão de enfermagem ser maioritariamente feminina parece não haver diferenças entre enfermeiras e enfermeiros quanto à satisfação geral no trabalho.

Quadro n.º 39 - Relação entre satisfação geral no trabalho e género

	SEXO	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ÍNDICE GERAL	MASCULINO	24	67,56	1621,50
	FEMININO	98	60,02	5881,50
	Total	122		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para identificarmos a relação existente entre o índice de satisfação geral no trabalho e a variável independente estado civil, e de modo a testarmos as hipótese levantada relativamente a este ponto utilizamos o teste de Kruskal-wallis, por a variável estado civil ser constituída por 5 categorias.

Obtivemos os seguintes valores estatísticos: Índice de satisfação geral no trabalho ($p=0,895$), como podemos observar as diferenças encontradas não foram significativas, logo podemos rejeitar a hipótese levantada e aceitar a hipótese nula.

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas relativamente à satisfação geral no trabalho, o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite.

Ao analisarmos o quadro abaixo os indivíduos separados/divorciados são os que apresentam os valores da média dos números de ordem superiores relativamente à satisfação geral no trabalho, os indivíduos em união de facto são

os que apresentam os valores da média dos números de ordem mais baixas relativamente à satisfação geral no trabalho.

Quadro n.º 40 – Relação entre satisfação geral no trabalho e estado civil

	ESTADO CIVIL	N	Mean Rank
ÍNDICE GERAL	SOLTEIRO	69	60,93
	CASADO	43	62,88
	UNIÃO DE FACTO	9	56,89
	SEPARADO/ DIVORCIADO	1	82,50
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

De modo a podermos testar se existem diferenças significativas na satisfação geral do trabalho relativamente à variável grupos etários e, uma vez que esta mesma variável é constituída por três categorias utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

Relativamente ao índice de satisfação geral no trabalho obtivemos ($p=0,001$).

Os indivíduos com idade superior a 34 anos são os que apresentam os valores dos números de ordem mais elevadas como se pode observar no quadro abaixo, e os enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e os 33 anos são os que apresentam os valores da média dos números de ordem mais baixas.

Assim constatou-se a existência de diferenças estatísticas significativas relativamente à satisfação geral no trabalho, o que leva a concluir que a hipótese formulada é aceite.

Quadro n.º 41 – Relação entre satisfação geral no trabalho e idade

	GRUPOS ETÁRIOS	N	Mean Rank
INDICE GERAL	< 29 ANOS	45	64,83
	30 AOS 33 ANOS	44	46,61
	> 34 ANOS	32	75,39
	Total	121	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para testarmos a relação existente entre a satisfação geral no trabalho e a formação profissional utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que a variável formação profissional é constituída por quatro categorias.

Obtivemos os seguintes valores: Índice de satisfação geral no trabalho (p=0,141).

Em termos médios relativamente ao índice de satisfação geral no trabalho, o valor mais elevado corresponde aos indivíduos que têm como formação profissional o mestrado, e o valor mais baixo corresponde aos enfermeiros com bacharelato.

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas, o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite.

Quadro n.º 42 – Relação entre satisfação geral no trabalho e formação profissional

	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	N	Mean Rank
INDICE GERAL	BACHARELATO	14	55,21
	LICENCIATURA	104	60,14
	ESPECIALIDADE	1	112,00
	MESTRADO	1	120,00
	Total	120	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para analisarmos as diferenças existentes no cruzamento dos índices de satisfação geral no trabalho com o tempo de profissão utilizamos o teste de Kruskal-Wallis atendendo que o tempo de profissão é composto por três categorias.

Obtivemos os seguintes resultados: índice de satisfação geral no trabalho ($p=0,001$), existindo diferenças significativas.

Assim constatou-se a existência de diferenças estatísticas significativas relativamente ao tempo de profissão, o que leva a concluir que a hipótese formulada é aceite.

Relativamente ao Índice de satisfação geral no trabalho podemos analisar que os valores dos números de ordem mais baixos correspondem aos enfermeiros com tempo de profissão entre os 7 e os 14 anos e as médias mais elevadas correspondem aos enfermeiros com tempo de profissão superior a 15 anos.

Quadro n.º 43 – Relação entre satisfação geral no trabalho e tempo de profissão

	TEMPO DE PROFISSÃO	N	Mean Rank
INDICE GERAL	< 6 ANOS	34	70,10
	7 A 14 ANOS	72	52,31
	> 15 ANOS	16	84,59
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

De modo a analisarmos se existem diferenças significativas entre o índice de satisfação geral no trabalho e os serviços onde foi efectuado o estudo utilizamos o teste Man-whitney uma vez que temos apenas dois serviços.

Os resultados obtidos foram os seguintes: índice de satisfação geral no trabalho ($p=0,000$).

Assim constatou-se a existência de diferenças estatísticas significativas relativamente à satisfação geral no trabalho o que leva a concluir que a hipótese formulada é aceite.

Os valores da média dos números de ordem superiores encontram-se no serviço de Unidade de Urgência Médica e os valores dos números de ordem mais baixos no serviço de Urgência.

Quadro n.º 44 – Relação entre satisfação geral no trabalho e serviços estudados

	SERVICO EM QUE TRABALHA	N	Mean Rank	Sum of Ranks
INDICE GERAL	SERVIÇO DE URGÊNCIA	89	50,00	4450,00
	UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	33	92,52	3053,00
	Total	122		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para analisarmos a relação entre os índices de satisfação geral no trabalho e a variável “tempo no serviço actual” utilizamos o teste Kruskal-Wallis uma vez que a variável “tempo no serviço actual” é constituída por três categorias. Ao observarmos o quadro abaixo os valores encontrados foram: Índice satisfação geral no trabalho ($p=0,033$).

Assim constatou-se a existência de diferenças estatísticas significativas, o que leva a concluir que a hipótese formulada é aceite.

Os valores da média dos números de ordem mais elevados correspondem aos inquiridos com mais de 15 anos de serviço e os mais baixos correspondem aos enfermeiros com tempo no actual serviço compreendido entre 7 e 14 anos.

Quadro n.º 45 – Relação entre satisfação geral no trabalho e tempo de serviço

	TEMPO NO SERVIÇO	N	Mean Rank
INDICE GERAL	< 6 ANOS	60	67,14
	7 A 14 ANOS	56	53,18
	> 15 ANOS	6	82,75
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

De modo a podermos analisar a relação existente entre o índice de satisfação geral no trabalho e a variável “funções de chefia” aplicámos o teste Mann-Whitney. Ao analisarmos os resultados estatísticos obtivemos: Índice de satisfação geral no trabalho (0,383). Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas, o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite.

Relativamente ao índice de satisfação geral no trabalho os valores da média dos números de ordem superior corresponde aos enfermeiros que exercem funções de chefia e a mais baixas corresponde aos que não exercem funções de chefia.

Quadro n.º 46 – Relação entre satisfação geral no trabalho e funções de chefia

	FUNÇÕES DE CHEFIA	N	Mean Rank	Sum of Ranks
INDICE GERAL	SIM	21	67,62	1420,00
	NÃO	101	60,23	6083,00
	Total	122		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Quanto à análise da relação existente entre o Índice de satisfação geral no trabalho e o horário de trabalho utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que a questão “horário de trabalho” é constituída por 4 tipos de horário.

Analisando os resultados estatísticos: Índice de satisfação geral no trabalho ($p = 0,166$).

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas, o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite.

Os valores da média dos números de ordem mais elevadas dizem respeito aos enfermeiros com carga horária semanal de 40 horas e as mais baixas correspondem aos enfermeiros com carga horária semanal de 35 horas.

Quadro n.º 47 – Relação entre satisfação geral no trabalho e horário de trabalho

	HORÁRIO DE TRABALHO	N	Mean Rank
ÍNDICE GERAL	35 HORAS	103	59,60
	40 HORAS	19	71,82
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para realizarmos a análise da relação existente entre os Índices de satisfação geral no trabalho e o tipo de horário utilizámos o teste Mann-Whitney, uma vez que a variável “tipo de horário” é composta por duas categorias. Ao observarmos os resultados estatísticos: Índice de satisfação geral no trabalho ($p = 0,749$).

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas, o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite.

Os valores da média dos números de ordem mais baixa corresponde aos enfermeiros que exercem funções em regime de horário fixo, a mais elevada corresponde aos enfermeiros que exercem as suas funções em horário rotativo, ou seja, trabalham por turnos.

Quadro n.º 48 – Relação entre satisfação geral no trabalho e tipo de horário

	TIPO DE HORÁRIO	N	Mean Rank	Sum of Ranks
INDGERA	FIXO	7	65,64	459,50
	ROTATIVO	115	61,25	7043,50
	Total	122		

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

De modo a verificar a relação existente entre o índice de satisfação geral no trabalho e a variável vínculo à instituição utilizámos o teste Kruskal-wallis, uma vez que esta última variável é constituída por mais do que 2 categorias. Obtivemos os seguintes resultados: Índice de satisfação geral no trabalho ($p = 0,145$).

Assim constatou-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas o que leva a concluir que a hipótese formulada não é aceite.

Os valores da média dos números de ordem mais altos dizem respeito aos enfermeiros que têm como vínculo institucional o contrato por tempo indeterminado e as mais baixas correspondem aos enfermeiros que fazem parte do quadro da função pública.

Quadro n.º 49 – Relação entre satisfação geral no trabalho e vínculo à instituição

	VINCULO INSTITUIÇÃO	N	Mean Rank
INDICE GERAL	QUADRO DA FUNÇÃO PÚBLICA	88	58,60
	CONTRATO POR TEMPO INDETERMINADO	34	69,00
	Total	122	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Para analisarmos as relações existentes entre os níveis de satisfação geral no trabalho e os sentimentos que os enfermeiros têm relativamente ao trabalho utilizamos o Kruskal-Wallis. Obtivemos os seguintes valores: Índice de satisfação geral no trabalho ($p = 0,012$).

Podemos concluir que existem diferenças estatísticas significativas relativamente à satisfação geral no trabalho, logo a hipótese traçada é aceite.

Os valores da média dos números de ordem mais elevada dizem respeito aos enfermeiros que se sentem realizados e as mais baixas como seria de esperar aos enfermeiros que se sentem insatisfeitos.

Quadro n.º 50 - Relação entre satisfação geral no trabalho e sentimentos relativos ao trabalho

	SENTIMENTOS RELATIVAMENTE TRABALHO	N	Mean Rank
ÍNDICE GERAL	SATISFEITO	22	77,73
	REALIZADO	16	79,94
	TRANQUILO	16	57,91
	INSATISFEITO	30	46,52
	INSEGURO	3	68,00
	ANGUSTIADO	7	39,07
	FRUSTRADO	20	59,82
	EXAUSTO	7	56,57
	Total	121	

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Como podemos observar no quadro seguinte os enfermeiros do serviço de Urgência têm um menor grau de satisfação do que os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica. Podemos explicar esta situação por o serviço de Urgência ter condições muito próprias, é um serviço grande, com muitos postos de trabalho e no qual os enfermeiros são submetidos a maiores níveis de stress

uma vez que recebem doentes em situação de doença aguda e transportados directamente do local do acidente ou em que ocorreu a situação, lidam diariamente com a morte em situações inesperadas. Mas também podemos atribuir esta insatisfação ao ipo de liderança existente.

Quadro n.º 51 - Relação entre satisfação geral no trabalho e serviços

SERVIÇO EM QUE TRABALHA	Mean	N	Std. Deviation
SERVIÇO DE URGÊNCIA	2,5672	89	,44947
UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	3,1300	33	,35914
Total	2,7194	122	,49403

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

6.2 - NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Como podemos observar a média mais baixa relativamente ao grau de satisfação corresponde ao factor hierarquia, e a mais elevada ao factor serviço.

Quadro n.º 52 – Médias relativas aos Índice de satisfação geral no trabalho, Índice de satisfação com a profissão, serviço e hierarquia

		INDICE GERAL	INDICE HIERARQUIA	INDICE SERVIÇO	INDICE PROFISSÃO
N	Valid	122	122	122	122
	Média	2,7194	2,2114	3,1294	2,8096
	Mediana	2,6531	2,0000	3,1111	2,8571
	Moda	2,57 ^a	1,00	3,00	2,86 ^a
	Mínimo	1,43	1,00	1,94	1,29
	Máximo	4,29	4,65	4,72	3,93

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Ao analisarmos o quadro seguinte podemos concluir que os enfermeiros do serviço de Urgência estão muito insatisfeitos com a profissão, insatisfeitos com a hierarquia e que se encontram moderadamente satisfeitos com o serviço, quanto aos enfermeiros da Unidade de Urgência Médica estão moderadamente satisfeitos com a hierarquia e com o serviço apesar de ser um serviço antigo e no momento da colheita de dados se encontrava em obras e insatisfeitos com a profissão. A insatisfação com a profissão é generalizada a todos os inquiridos.

Quadro n.º 53 – Comparação do grau de satisfação dos enfermeiros por serviço estudado relativamente à profissão, serviço e hierarquia

SERVICO EM QUE TRABALHA		INDICE PROFISSÃO	INDICE HIERARQUIA	INDICE SERVIÇO
SERVIÇO DE URGÊNCIA	Mean	2,8263	1,7496	3,1378
	N	89	89	89
	Std. Deviation	,50305	,69482	,62533
UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA	Mean	2,7646	3,4567	3,1069
	N	33	33	33
	Std. Deviation	,37868	,64549	,33069
Total	Mean	2,8096	2,2114	3,1294
	N	122	122	122
	Std. Deviation	,47194	1,02033	,55991

Fonte: Inquérito aos Enfermeiros

Alguns autores referem a ocorrência de melhor qualidade de saúde física em indivíduos satisfeitos, bem como maior risco para a ocorrência de problemas de saúde, tais como fadiga, dificuldade respiratória, cefaleias, problemas digestivos e mialgias em indivíduos insatisfeitos.

Para analisarmos as relações existentes entre o nível de satisfação geral no trabalho e os sintomas sentidos no último mês utilizamos o Kruskal-Wallis. Obtivemos os seguintes valores: Índice de satisfação geral no trabalho ($p = 0,277$)

Podemos concluir que não existem diferenças estatísticas significativas relativamente à satisfação geral no trabalho, logo não podemos relacionar o aparecimento destes sintomas com o nível de satisfação no trabalho.

Henne & Locke 1985; Locke, 1976, identificaram a existência de associação entre o nível de satisfação e os problemas físicos acima descritos e a longevidade. Referem que, indivíduos mais satisfeitos apresentam menor incidência de problemas de saúde e maior longevidade. Justificam este facto por a satisfação ser um estado emocional, e as emoções implicam respostas físicas involuntárias onde o nível de satisfação (estado emocional) pode actuar como fonte de stress agindo sobre o trabalhador, de forma a provocar reacções orgânicas involuntárias. Mas, referem ainda que o nível de satisfação no trabalho e o estado de saúde podem ser influenciados por outros factores, argumentando a ideia de que a associação entre saúde física e satisfação no trabalho pode ser difícil de estabelecer.

Tal como defendem estes autores no nosso trabalho não existe relação, não se pode assim, atribuir o aparecimento dos sintomas ao nível de satisfação no trabalho.

A relação entre saúde e satisfação no trabalho é difícil de ser estabelecida, porque, nem sempre está claro se a satisfação produz saúde, se a saúde produz satisfação ou se as duas são resultado de outro factor (Henne & Locke, 1985).

Quadro n.º 54 - Relação entre satisfação geral no trabalho e sintomas sentidos pelos enfermeiros

	TEVE ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS	N	Mean Rank
indger	DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	1	100,00
	PROBLEMAS GASTRO-INTESTINAIS	3	28,83
	DOR DE CABEÇA	31	53,73
	DORES MUSCULARES	21	65,02
	FADIGA	45	62,11
	NENHUMA DAS ANTERIORES	20	68,42
	Total	121	

Fonte: Inquérito aos enfermeiros

7 – CONCLUSÃO

Conforme refere Fortin (1996), as conclusões como último elemento de um relatório de investigação, devem indicar a posição do investigador face aos resultados obtidos, tendo em atenção as questões de investigação inicialmente formuladas, as quais foram: Qual o nível de satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão, serviço e hierarquia? Em que medida as variáveis sócio-demográficas interferem na motivação/satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão, serviço e hierarquia?

Na linha de pensamento do parágrafo anterior, seguidamente serão descritas as principais conclusões da pesquisa efectuada, assim como dos dados que emergiram do estudo das variáveis na amostra utilizada.

-Relativamente à metodologia aplicada considerou-se ter sido adequada ao tipo de estudo;

-Foi relevante o interesse na participação neste estudo dos profissionais de enfermagem do Centro Hospitalar de Lisboa, demonstrado pela elevada percentagem de respostas ao questionário (75,31%);

-A amostra foi constituída por uma clara maioria de elementos do sexo feminino o que pode ser explicado pela tendência histórica da profissão de enfermagem;

- Os inquiridos têm idades compreendidas entre os 22 e os 56 anos sendo a média de idades dos de 32 anos;

-De acordo com a organização e planeamento das actividades dos enfermeiros numa unidade hospitalar, a grande maioria dos profissionais inquiridos (94,3%) tem horário rotativo, ou seja, trabalha por turnos;

-Quanto ao tipo de vínculo contratual é de salientar que 72,1% pertence ao quadro da Instituição;

- Relativamente à satisfação dos enfermeiros quanto à profissão conclui-se que, os enfermeiros da nossa amostra são profissionais que se encontram insatisfeitos.

- Quanto à satisfação dos enfermeiros com a profissão não há diferenças significativas relativamente ao género, ao estado civil, idade, formação profissional, tempo de profissão, serviço, tempo de serviço, ao facto de exercerem funções de chefia de equipas, tipo de horário (fixo ou por turnos).

- Quando se fala da satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão constata-se que existem diferenças estatísticas significativas relativamente:

- Horário de trabalho, os enfermeiros menos satisfeitos são os que têm carga horária de trabalho semanal de 35 horas e os mais satisfeitos os que apresentam carga horária de 40 horas.

- Vínculo à instituição, os profissionais menos satisfeitos são os que pertencem ao quadro da instituição e os mais satisfeitos os que têm como regime de vinculação contrato por tempo indeterminado.

- Sentimentos relativamente ao trabalho, quanto a esta variável obtivemos os resultados que se esperavam, ou seja, os enfermeiros com sentimentos positivos relativamente ao trabalho são os mais satisfeitos e os menos satisfeitos referem ter sentimentos negativos face ao trabalho, os mais insatisfeitos são os que referem sentir angústia relativamente ao trabalho.

- Relativamente à satisfação dos enfermeiros quanto ao serviço conclui-se que, os enfermeiros da nossa amostra são profissionais que apesar de se encontrarem satisfeitos estão pouco satisfeitos.

- Quanto à satisfação dos enfermeiros com o serviço onde exercem funções não há diferenças significativas relativamente ao género, ao estado civil, idade, formação profissional, serviço, tempo de serviço, ao facto de exercerem funções de chefia de equipas, horário de trabalho, tipo de horário (fixo ou por turnos), vínculo à instituição.

- Quando se fala da satisfação dos enfermeiros relativamente ao serviço constata-se que existem diferenças estatísticas significativas relativamente:

- Tempo de profissão, relativamente a esta variável os enfermeiros que se encontram mais satisfeitos são os que têm tempo de profissão inferior a 6 anos e os menos satisfeitos os que têm entre 7 e 14 anos de exercício profissional.

- Sentimentos relativamente ao trabalho, quanto a esta variável obtivemos os resultados que se esperavam, ou seja, os enfermeiros com sentimentos positivos relativamente ao trabalho são os mais satisfeitos e os menos satisfeitos referem ter sentimentos negativos face ao trabalho, os mais insatisfeitos são os que referem sentir angústia e frustração relativamente ao trabalho.

- Relativamente à satisfação dos enfermeiros com a hierarquia conclui-se que, os enfermeiros da nossa amostra são profissionais que se encontram insatisfeitos.

- Quanto à satisfação dos enfermeiros com a hierarquia não há diferenças significativas relativamente ao género, ao estado civil, formação profissional, tempo de serviço, ao facto de exercerem funções de chefia de equipas, ao horário de trabalho, ao tipo de horário (fixo ou por turnos), ao vínculo à instituição e aos sentimentos relativamente ao trabalho.

- Quando se fala da satisfação dos enfermeiros relativamente à hierarquia constata-se que existem diferenças estatísticas significativas relativamente:

- Idade, onde os enfermeiros com idades superiores a 34 anos são os que se encontram mais satisfeitos e os menos satisfeitos são os que apresentam idades entre os 30 e os 33 anos de idade.

- Tempo de profissão, relativamente a esta variável os enfermeiros que se encontram mais satisfeitos são os que têm tempo de profissão superior a 15 anos e os menos satisfeitos os que têm entre 7 e 14 anos de exercício profissional.

- Serviço, o nível de satisfação dos enfermeiros com a hierarquia difere consoante o serviço onde os enfermeiros desempenham funções, os enfermeiros do serviço de Urgência apresentam-se mais insatisfeitos relativamente à hierarquia do que os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica, chegando estes a mostrar alguma satisfação.

Ao analisarmos os serviços estudados separadamente concluímos que os enfermeiros do serviço de urgência são profissionais muito insatisfeitos com a hierarquia e os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica são profissionais pouco satisfeitos mas apesar de tudo satisfeitos.

-Concluímos relativamente à satisfação geral no trabalho que não há diferenças significativas relativamente ao género, ao estado civil, à formação profissional, ao facto de exercer funções de chefia, à carga horária de trabalho semanal, ao tipo de horário de trabalho, ao vínculo à instituição,

- Quando se fala da satisfação geral no trabalho dos enfermeiros constata-se que existem diferenças estatísticas significativas relativamente:

- Idade, onde os enfermeiros com idades superiores a 34 anos são os que se encontram mais satisfeitos e os menos satisfeitos são os que apresentam idades entre os 30 e os 33 anos de idade.

- Tempo de profissão, relativamente a esta variável os enfermeiros que se encontram mais satisfeitos são os que têm tempo de profissão superior a 15 anos e os menos satisfeitos os que têm entre 7 e 14 anos de exercício profissional.

- Serviço, o nível de satisfação geral no trabalho difere consoante o serviço onde os enfermeiros desempenham funções, os enfermeiros do serviço de Urgência apresentam-se mais insatisfeitos relativamente ao trabalho do que os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica, chegando estes a mostrar alguma satisfação.

- Tempo de serviço, os enfermeiros com maior tempo de serviço são os mais satisfeitos, os menos satisfeitos são os enfermeiros com tempo de serviço compreendido entre os 7 e os 14 anos.

- Sentimentos relativamente ao trabalho, quanto a esta variável obtivemos os resultados que se esperavam, ou seja, os enfermeiros com sentimentos positivos relativamente ao trabalho são os mais satisfeitos e os menos satisfeitos referem ter sentimentos negativos face ao trabalho, os mais insatisfeitos são os que referem sentir insatisfação e angústia relativamente ao trabalho.

Em conclusão podemos referir que os enfermeiros são profissionais que mostram insatisfação relativamente à profissão e hierarquia e moderadamente satisfeitos relativamente aos serviços, este último facto pode-se justificar por sempre que é possível à organização os profissionais são colocados e desempenham funções no serviço do seu agrado e em que gostam de trabalhar.

A satisfação dos enfermeiros quanto à profissão altera-se de acordo com o horário de trabalho, vínculo à instituição e os sentimentos que os mesmos têm relativamente ao trabalho.

A satisfação dos enfermeiros relativamente ao serviço altera-se consoante o tempo de profissão e com os sentimentos que os profissionais apresentam relativamente ao trabalho.

Quanto à satisfação dos enfermeiros relativamente à hierarquia altera-se dependendo da idade dos profissionais, do tempo de profissão e do serviço onde desempenham.

Relativamente à satisfação geral com o trabalho, esta pode alterar dependendo da idade, do tempo de profissão, do serviço onde desempenham funções e dos sentimentos dos profissionais relativamente ao trabalho.

De salientar que ao analisarmos os serviços estudados separadamente concluímos que os enfermeiros do serviço de urgência são profissionais muito insatisfeitos com a hierarquia e os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica são profissionais pouco satisfeitos mas apesar de tudo satisfeitos.

Consideramos que seria importante aplicar alguns estudos a outras instituições do país, de forma a poder avaliar a consistência dos resultados obtidos, e assim melhor compreender e avaliar a satisfação dos enfermeiros relativamente à profissão que escolheram, ao serviço onde trabalham e à hierarquia, de forma a poderem ser implementadas medidas organizacionais consistentes com os resultados obtidos, com o objectivo de melhorar a satisfação geral no trabalho dos enfermeiros.

Pensamos ser importante num estudo futuro investigar a relação entre o nível de satisfação e desempenho das funções / qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Para além do aprofundamento dos estudos, poder-se-á desde já proceder à implementação de medidas de gestão nas organizações resultantes de indicadores que esta investigação sugeriu, motivo pelo qual implementamos neste trabalho um capítulo intitulado “plano de intervenção” .

8 – PLANO DE INTERVENÇÃO

Os recursos humanos são cada vez mais o principal capital com que qualquer empresa pode contar. Para que sejam conseguidos os objectivos e para que a qualidade dos cuidados seja de excelência, a gestão e motivação de recursos humanos é indispensável.

Lidar com as pessoas é uma tarefa por vezes árdua, geralmente complicada e quase sempre pouco reconhecida, por não trazer resultados imediatos. Apesar disso é uma das pedras basilares da gestão de qualquer empresa independentemente de ser hospital ou não. Uma organização que saiba gerir e motivar os seus recursos humanos possuirá, a médio prazo a concretização dos objectivos a que se propõe.

A comunicação é actualmente uma das mais poderosas ferramentas na gestão de recursos humanos, numa organização e até mesmo em cada serviço dessa mesma organização deve existir uma boa política de comunicação, de modo, a que seja passada para as pessoas que trabalham na mesma a informação necessária sobre os objectivos a atingir, estratégias a utilizar.

Se os enfermeiros sentirem que fazem parte do serviço e que são importantes para o mesmo certamente que terão um nível de satisfação/motivação muito mais elevado.

Apesar de termos consciência que cada pessoa é motivada por diferentes razões, Saber manter uma equipa coesa, interessada e produtiva é actualmente um dos maiores desafios que se colocam a um bom líder. Atendendo a que, a maioria dos enfermeiros trabalham aos fins-de-semana e à noite tendo menos tempo para a família e para eles próprios se estiverem realizados faz com que estejam motivados e conseqüentemente tenham um melhor desempenho e sejam mais dedicados. Após a análise dos dados deixamos algumas sugestões:

- Avaliar as competências de relação interpessoal da hierarquia;
- Avaliar as competências de comunicação dos chefes de serviço;
- Avaliar as competências de gestão de recursos humanos dos chefes de serviço.

- Avaliar as competências de gestão e mediação de conflitos.

A avaliação das competências relativamente à hierarquia pode ser efectuada através da aplicação de questionários aos enfermeiros dos serviços de modo a que estes possam dar a sua opinião relativamente a este itens.

- Proporcionar formação aos chefes/ líderes sobre como mudar e melhorar as relações humanas de modo a motivar os profissionais

- Realizar reuniões formais e informais de modo a que o enfermeiro tenha feedback do seu superior hierárquico quanto ao seu trabalho e saiba o que este pensa si enquanto profissional.

- Avaliar as condições físicas dos serviços.

- A nível da profissão é necessária uma revisão da carreira, os enfermeiros são dos poucos profissionais que apesar de continuarem a sua formação profissional não têm mais-valias a nível monetário, todos os enfermeiros têm salário de um profissional com a formação profissional de bacharel, quando, como podemos ver no nosso estudo já existe uma grande percentagem de enfermeiros licenciados. A remuneração é sem dúvida um factor de motivação para qualquer profissional.

- Revisão da carreira no sentido de começar de novo a existir oportunidades de progressão na carreira.

É essencial que a gestão de recursos humanos seja feita garantindo os deveres e direitos de ambas as partes, enfermeiro e organização /serviço onde trabalha.

9 – BIBLIOGRAFIA

ABBOTT, Andrew. (1988), "*The system of professions*". Na essay on the division of expert labour. London.

ABREU, W. C. (2001) " Identidade, Formação e Trabalho – das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros.". Lisboa: Formasau.

ADAM, Evelyn. (1994) "*Ser Enfermeira*." Lisboa: Instituto Piaget.

ADAMS, Ann, BOND, Senga (2000) "*Hospital nurses" Job satisfaction, individual and organizacional characteristics*" Journal of Advanced Nursing. London, 536-543.

ALCOBIA, P. (2001), "Atitudes e satisfação no trabalho ", In FERREIRA, J. M. Carvalho; NEVES, José; CAETANO, António. " Manual de Psicossociologia das Organizações", Lisboa : McGraw-Hill.

ALIAGA Salvador Liopis et. al. (1993) "Motivación laboral: Creación de círculos de calidad." *Revista Rol de Enfermería*, 33-38.

ALMEIDA, Fernando Neves. (1995), "*Psicologia para Gestores: Comportamentos de Sucesso nas Organizações*." Alfragide: McGraw-Hill.

ALMEIDA, F. N. (s.d.)"O gestor : a arte de liderar." Lisboa: Presença

AMENDOEIRA, J. (2006), "*Uma biografia partilhada da enfermagem*." Coimbra : Formasau.

ARCO, A. (2005), "A dialéctica Teoria/Prática : um paradigma na formação em Enfermagem." *Revista Sinais Vitais*, Setembro, 10-13.

BASS, B. M. (1990), "*From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision*". HYPERLINK "<http://www.getcited.org/pub/100031556>" *Organizational dynamics* , HYPERLINK "<http://www.getcited.org/?PUB=100031556&showStat=References&DV=18>" 18 (HYPERLINK "<http://www.getcited.org/?PUB=100031556&showStat=References&DV=18&DI=3>" 3), 19 – 32.

BELL, J. (2004), "*Como Elaborar um Projecto de Investigação*." Lisboa: Gradiva.

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

BERGAMINI, C. W. (2006), "*Psicologia aplicada à administração de empresas – Psicologia do comportamento Organizacional*." 4ª Edição. S. Paulo: Atlas.

BILHIM, J. (2001), "*Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*." Universidade Técnica de Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

BLEGEN, Mary A. (1993), "*Nurses of stisfaction : A meta-analysis of related variables*". *Nursing Research Philadelphia* 36-41

BOMMER, Willian H.; Rubin, Robert S. & Baldwin, Timothy T. (2004), "Setting the stage for effective leadership: Antecedents of transformational leadership behavior", *The Leadership Quarterly*, Vol. 15, n.º 2, pp. 195-210.

CANAVARRO, J. (2000), "*Teorias e Paradigmas Organizacionais*." Coimbra: Quarteto.

CARAPINHEIRO, G. (1994). "*Saberes e Poderes no Hospital*." Porto: Afrontamento.

CARMO, G. & Ferreira, M. (1998), "*Metodologia de Investigação – Guia para Auto Aprendizagem*." Lisboa: Universidade Aberta.

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

CAVANAGH, S.J. (1992) "*Job satisfaction of nursing staff working in hospitals.*" *Journal Advanced Nursing*

CHAMBEL José,. Maria, e Luís CURRAL, (1995). "*Psicossociologia das Organizações.*" Lisboa: Texto editora.

CHASCO, Ana Urricelqui; AZNAREZ, Ana Cármen Sanz (2000) "*satisfacciónl aboral y factoes asociados en el personal de Enfermeira* " *Revista Rol de Enfermeira*, Madrid.

CHIAVENATO, I. (1989). "*Recursos Humanos na Empresa.*" São Paulo: Atlas.

CHIAVENATO, Idalberto. (1993) "*Introdução à Teoria Geral da Administração.*" S. Paulo: Makron Books.

CHIAVENATO, Idalberto, (1999). "*Administração nos Novos Tempos.*" Rio de Janeiro : Campus.

CODA, R. (1997). "*Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança*". São Paulo: Atlas.

COLLIÈRE,. Marie-Françoise, (1999) "*Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.*" Lisboa : lidel.

COSTA, Maria Arminda Mendes. (1998). "*Enfermeiros: Dos percursos da formação à produção de cuidados.*" Lisboa: Fim de século edições.

CUNHA M., Rego A., Cunha R., Cardoso C. (2004) "*Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*". Lisboa: RH, 3ª edição.

DAHER, D. V. (2000). "*Por detrás da chama da lâmpada, a identidade social do enfermeiro.*" Niterói: EdUFF.

DIOGO, P. (2006). *"A vida emocional do enfermeiro – uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados."* 1ª Edição. Coimbra: Redhorse.

DUBAR, Claude, (1997). *"A socialização – construção das identidades sociais e profissionais."* Porto: Porto Editora.

ECO, Umberto, (2005). *"Como se faz uma tese em ciências humanas."* 12ª Edição. Montagem por Editorial Presença. Barcarena.

FACHADA, Odete, (1998). *"Psicologia das Relações interpessoais"*, Lisboa: Edições Rumo.

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

FERREIRA, J. M. Carvalho, (1998). *"Psicossociologia das Organizações."* Alfragide: McGraw Hill.

FERREIRA, J. M. Carvalho ,et. Al, (2001). *"Psicossociologia das Organizações."* Alfragide: McGraw Hill.

FERREIRA, Maria Alexandra Monteiro Costa Mano; SOUSA, Luis Manuel Mota de, (2006). *"satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos"* Revista Portuguesa de Enfermagem.

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

FRASER, Tm. (1983). *"Human stress, Work and job satisfaction: a critical approach."* German: International labour Office

FUNG-KAM, Lee. (1998). "Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses" *Journal of Advanced Nursing*. London, p.355-363

FRANCÊS, Robert, (1984). *"Satisfação no Trabalho e no Emprego."* Porto: Rés-Editora.

GRAÇA, Luís, (s.d). "*A Satisfação Profissional dos Médicos de Família do S. N. S.*"

GIL, A. (1989). "*Métodos e técnicas de pesquisa social*", 2ª edição. São Paulo: Atlas.

GIL, A. Carlos (1994). "*Administração de Recursos Humanos: um enfoque profissional.*"
"Editora Atlas.

GLEGG, Stewart (1998). "*As Organizações Modernas*". Oeiras: Alta Editora, Lda.

GLEITMAN, H. (1999). "*Psicologia*". 4ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

GOODE, William. "Encroachment and the emerging profession: psychology, sociology and medicine" In American Sociological Review, p. 902-914

GOLEMAN, Daniel (2003). "*Inteligência emocional* 11ª ed Lisboa: Temas e debates 2003

HABER, J., e G. Wood, (2001). "*Pesquisa em enfermagem - Métodos, avaliação crítica e utilização.*" 4ª edição. Montagem por Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

HARRIS, Rb.,(1989). "Reviewing nursing stress according to a proposed coping adaption frameork." Adv Nurs Sci

HENNE , D. & locke, E.A. (1985). "Job dissatisfaction: what are the consequences?"
International journal of Psychology 221-240

HERZBERG, F., B. MAUSNER, e B. B. SNYDERMAN, (1959). "*The motivation to work.*"
2. Edição. New York: John Wiley.

HERZBERG, F., (1971). "The motivation - hygiene theory: In : work and the nature of man." 4ª ed p. 71-91

HERZBERG, Frederick, (2003). "One more time: How do you motivate employees?" ,*Harvard Business Review*, Vol. 81, n.º 1, pp. 87-96.

HESBEEN, W., (1997). "*Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuida*" R. Loures: Lusociência.

HESBEEN, Walrer, (2000). "*Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar.*" Loures: Lusociência.

HILL, M., e A. Hill, (2002). "*Investigação por questionário.*" Lisboa: Edições Sílabo.

IMPERATORI, E., (1999) "*Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde*" Lisboa: Edinova.

JESUÍNO, J. Correia, L. SOZKA, e J. Guerreiro MATOSO, (1983). "Aferição de uma Escala de Atitudes para Avaliação da Satisfação no Trabalho." Lisboa, p. 103 - 120.

KERLINGER, Fn, (1973). "Foundations of behavioral research." New York: CBS College publishing.

KOUZES, Jim, (2005). "Leadership Development is character development", *Leadership Excellence*, Vol. 22, n.º 2, pp. 6-7.

KURT, Lewin, (1975). "*Teoria Dinâmica da Personalidade*". cultrix.

LARSON, Elaine [et ai]. "Job satisfaction: assumptions and complexities." *The Journal of Nursing Administration*, p. 31-38.

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

LIMA, Maria Luísa, Jorge VALA, e M Benedita MONTEIRO, (1988). "*Os Determinantes de Satisfação Organizacional; Confronto de Modelos. Análise Psicológica.*" Vol. VI. Lisboa.

LOCKE, Ea, (1976). "The nature and causes of job satisfaction." Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago.

LOCKE, Ea, (1969). "What is job satisfaction?" Organiz Behavior Human performance.

- LOCKE, Edwin A. & Latham, Gary P.(2004). "What should do about motivation theory? Six recommendations for the twenty-first century", *Academy Management Review*, Vol. 29, n.º3, pp. 388-403
- LOPES, Francisco Sá, (1999). "*Enfermagem - Legislação.*" Coimbra : Livraria Almedina.
- LUCAS, João S, (1984). "Satisfação Profissional: Problema de gestão ou administração de recursos humanos?- O caso da enfermagem." *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Abril/Junho.
- MADEIRA, A & Abreu, M (2004). "*Comunicar em Ciência – Como redigir e apresentar trabalhos científicos.*" Lisboa: Escolar Editora.
- MENDES, R. (2000). "*Patologia do Trabalho*" 1ª edição: Atheneu: Rio de Janeiro.
- MINTZBERG, Henry, (1973). "The nature of managerial work" New York: Harper & Row.
- MORAES, R. (s.d), "*Análise de Conteúdo.*" (On-line). Disponível:http://www.ead.pucrs.br/psicologia/internet/vera_kude_pesquisa_psico_escolar/unidades/artigo.htm
- MOREIRA, J. (2004). "*Questionários: Teoria e Prática.*" Coimbra: Almedina
- MULLINS, Laurie J. "Gestão da hospitalidade e comportamento organizacional. 4ªed. Porto Alegre: Bookman
- NEVES, Augusto Lobato, (1998). " Motivação para o trabalho: dos conceitos às aplicações."
- NUNES, L., (2003). "*Um olhar sobre o ombro – Enfermagem em Portugal (1881 – 1998).*" Loures: Lusociência.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2003). "*Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.*" (SQL.). Lisboa : Ordem dos enfermeiros.

PARREIRA, P., (2005). "*Organizações.*" Coimbra: Formasau.

PEREIRA, A., (2003). "*Guia Prático de utilização do SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia.*" 4ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

PÉREZ-RAMOS, J.(1990), "*Motivação no trabalho: abordagens teóricas. Psicologia USP*, v. 1, n. 2, p. 127-140.

PESTANA, Helena & Gageiro, (2000). "*Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*". 2ª edição. Lisboa : Edições Sílabo.

PFEFFER, Jeffrey, (1977). "The ambiguity of leadership", *Academy of Management Review*, Vol. 2, n.º 1, pp. 104-112.

POLIT, Denise F., e Bernardette P. HUNGLER, (1995). "*Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.*" 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

QUINTELA, Maria José; SANTOS, Paulo, (1996). "*Satisfação dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego* " Servir : Revista bimestral de enfermagem e informação geral. Lisboa pp: 22-31

QUIVY, Raymond, e Luc Van CAMPENHOUDT, (1998). "*Manual de Investigação em Ciências Sociais.*" Lisboa: Gradiva - Publicações.

REIS. E., (2000). "*Estatística descritiva.*" 5ª Edição. Lisboa : Edições Sílabo.

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

RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002). "*Sociologia das profissões*" Oeiras: Celta editora

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

ROSA, Maria Teresa Serôdio, OLIVEIRA, Isabel Maria da Silva, (2004). "*As condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses: relatório*", Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

SANTOS, I.; Clos, A. (1996), "*Pesquisa quantitativa e metodologia*" in Gauthier, J.;

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

SANTOS, N. (2006). "*Projectos de Investigação em Psicologia: Guia para a sua elaboração e execução.*" Évora: NEPUE.

SEO, Myeong-Gu; Barret, Lisa Feldman & Bartunek, Jean M., (2004). "The role of affective experience in work motivation", *Academy of Management Review*, Vol. 29, n.º 3, pp. 423-439.

SIMÕES, Jorge. "*Retrato político da Saúde.*" Coimbra: Livraria Almedina

SIEVERS, B., (1984) "Além do sucedâneo da motivação" *Revista de administração de empresas*.

TEIXEIRA, Sebastião (2005). "*Gestão das Organizações.*" Lisboa: Editorial McGraw Hill.

VALA, Jorge, (1994). "*Psicologia Social das Organizações: Estudos em Empresas Portuguesas.*" Oeiras: Celta editora.

VALA, Jorge, José Gabriel PEREIRA BASTOS, e M. Helena CATARRO, (1983). "Dimensões das Motivações para o Trabalho." *Psicologia* 251-260.

WRIGHT, T. A. & Cropanzano, R. Psychological, (2000) "well-being and job satisfaction as predictors of job performance." *Journal of occupational Health Psychology*.

ZALEWSKA, A.,(1999). "Achievement and social relations values as conditions of the importance of work aspects and job satisfaction."

❖ **LEGISLAÇÃO**

- ❖ Diário da República (1988, Dezembro). Decreto-lei n.º 480/88. Reconhece a enfermagem como Curso Superior de Enfermagem (Bacharelato).
- ❖ Diário da República (1991, de 8 de Novembro). Decreto-Lei n.º 437/91. Carreira de enfermagem.
- ❖ Diário da República (1993, de 6 de Janeiro). Portaria n.º 11/93 do Ministério da Saúde.
- ❖ Diário da República (1996, de 4 de Setembro). Decreto-lei n.º 205/96, Artigo 4º.
- ❖ Diário da República (1996, de 4 de Setembro). Decreto-Lei n.º 161/96. Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- ❖ Diário da República (1998). Decreto-lei nº 104/98. Criada a Ordem dos Enfermeiros.
- ❖ Diário da República (1998, de 30 de Dezembro). Artigo 1º do Decreto de Lei n.º 412/98.
- ❖ Diário da República (1999, de 3 Setembro). Decreto-lei n.º 353/99. Criado o Curso de Licenciatura em Enfermagem.
- ❖ Diário da República (2004, 30 de Janeiro). I Série B Portaria N.º 115-A/2004. 548-(2).
- ❖ Diário da República (2005, 29 de Dezembro). I Série A Portaria N.º 249

ANEXOS

**ANEXO A – Pedido de autorização para aplicação dos questionários e
realização do estudo**

Ao Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Lisboa
Zona Central

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados

DATA: 28 de Agosto de 2008

Sandra Maria Ventura de Abreu, enfermeira graduada, com o número mecanográfico 14093, a exercer funções no Serviço de Urgência, vem por este meio informar que pretende realizar um trabalho de investigação, no âmbito da unidade curricular do III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, área de especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio Organizacional e Comunitária, com o tema: Satisfação/ Motivação dos Enfermeiros, Profissão, Serviço e Hierarquia. O objectivo consiste em avaliar o grau de motivação dos enfermeiros relativamente à profissão, ao serviço e à hierarquia no Serviço de Urgência e Unidade de Urgência Médica.

O preenchimento do instrumento de colheita de dados será efectuado sem perturbar o normal funcionamento dos referidos serviços. Será solicitada a participação dos enfermeiros, mediante o seu consentimento informado, garantindo o anonimato, a confidencialidade dos dados a recolher e a sua liberdade de participação.

O instrumento de colheita de dados encontra-se em anexo.

Os resultados deste estudo serão partilhados com o Hospital, uma vez que poderão fornecer dados relevantes para uma futura intervenção.

Assim, solicito a vossa autorização para a realização do referido estudo.

Atenciosamente;

**ANEXO B – Questionário aplicado aos enfermeiros que desempenham
funções no serviço de Urgência e na Unidade de Urgência
Médica**

Sou aluna da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, a frequentar o III Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, área de especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio Organizacional e Comunitária. Pretendo realizar a minha dissertação na área de enfermagem com o tema “Satisfação / Motivação, profissão, serviço e hierarquia”, cujo objectivo consiste em avaliar o nível de motivação dos enfermeiros relativamente à profissão, serviço e hierarquia no Serviço de Urgência e na Unidade de Urgência Médica do CHLC.

A sua colaboração é importante, porque pode contribuir para melhorar a compreensão sobre estes aspectos.

Todos os dados que nos fornece são confidenciais, destinando-se exclusivamente para fins de investigação científica. Assim, interessa os resultados do grupo e não os seus resultados individuais.

Todavia, é livre de participar ou abster-se em qualquer altura de assim o desejar ou entender. Não existem respostas certas ou erradas, apenas nos interessa a sua opinião.

Leia atentamente cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, coloque a que achar mais apropriada.

Agradeço desde já a sua colaboração

Sandra Abreu

I PARTE

1 – Sexo

1 - Masculino 2 - Feminino

2 – Estado Civil

1- Solteiro

2 – Casado

3 – União de Facto

4 – Separado/ divorciado

5 - Viúvo

3 – Que idade tem ? _____ anos

4 – Formação Profissional

1 – Bacharelato

2 – Licenciatura

3 – Especialidade

4 - Mestrado

5 - Doutoramento

5 – Tempo de profissão: _____ anos

6 – Em que serviço trabalha

Urgência

Unidade de Urgência Médica

7 – Tempo no actual serviço: _____ anos

8 – Qual o seu horário de trabalho?

1 – 24 horas

2 – 35 horas

3 – 40 horas

4 – 42 horas

9 – Trabalha em horário:

1 – Fixo

2 – Rotativo

10 – Qual o seu vínculo à instituição?

quadro da função pública

contrato por tempo indeterminado

contrato de 6 meses

contrato de 3 meses

11 – Pense como se tem sentido ultimamente relativamente ao seu trabalho (assinale apenas um item)

- 1 – Satisfeito e realizado
- 2 – Tranquilo e confiante
- 3 – Animado e feliz com o trabalho
- 4 – Insatisfeito
- 5 – Inseguro
- 6 – Tenso e angustiado
- 7 – Frustrado e impotente
- 8 – Exausto

12 – Atendendo a que 1- **Discordo Totalmente**; 2 – **Discordo** ; 3 – **Não Concordo nem Discordo**; 4 – **Concordo** e 5 -**Concordo totalmente**. Tendo em conta as questões de satisfação/motivação face ao seu trabalho, serviço e hierarquia, responda às afirmações que se seguem.Considere como superior hierárquico o chefe de serviço.

	1	2	3	4	5
1 – O meu salário é satisfatório					
2 – No meu serviço os enfermeiros interajudam-se e existe trabalho de equipa					
3 – No meu serviço os médicos de um modo geral cooperam com a equipa de enfermagem					
4 – Sou supervisionado mais do que é necessário					
5 – A maioria dos enfermeiros está insatisfeita com o seu salário					
6 – A maioria das pessoas reconhece a importância do trabalho dos enfermeiros					
7 - No meu serviço é difícil os enfermeiros recém-formados se					

sentirem à vontade					
8 – O que faço no meu trabalho é realmente importante					
9 – Participo suficientemente no planeamento dos cuidados a cada um dos meus doentes					
10 – Não existem oportunidades suficientes de promoção para os enfermeiros					
11 – No meu serviço existe trabalho de equipa entre os enfermeiros e os auxiliares de acção médica					
12 – As actividades que realizo no meu trabalho deixam-me satisfeito (a)					
13 – No meu serviço os enfermeiros não são tão amigos e extrovertidos quanto gostaria					
14 – Tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir com os outros enfermeiros os cuidados a prestar a cada doente.					
15 – No meu serviço há interacção e ajuda entre os enfermeiros com maior e menor experiência					
16 – Tenho tempo suficiente para prestar os cuidados necessários aos doentes que me são atribuídos					
17 – Sinto-me orgulhoso(a) quando falo com outras pessoas sobre a profissão que tenho					
18 – Os médicos demonstram respeito pelos conhecimentos e cuidados prestados pelos enfermeiros					
19 – Se voltasse atrás no tempo e tivesse que decidir tudo de novo, voltaria a optar pela profissão de enfermagem					
20 – A minha profissão realiza-me					
21 – Considero a minha profissão estimulante e criativa					
22 – No meu trabalho tenho a possibilidade de colocar em prática todas as minhas capacidades pessoais e profissionais					
23 – Tenho todo o material necessário para prestar os cuidados de que os doentes necessitam					
24 – Tenho boas condições físicas no serviço para prestar os cuidados aos doentes					

25 – O ambiente no serviço é agradável					
26 – O serviço tem iluminação suficiente					
27 – O serviço tem material mobiliário adequado aos doentes					
28 – O meu superior hierárquico tem atitudes claras para com os enfermeiros do serviço					
29 – O meu superior hierárquico é aberto à mudança					
30 – O meu superior Hierárquico é simpático e acessível ao diálogo					
31 – Todos os membros do serviço são tratados de igual forma pelo superior hierárquico					
32 – O meu superior hierárquico preocupa-se com o bem-estar profissional e pessoal dos enfermeiros do serviço					
33 – Os enfermeiros do serviço são sempre ouvidos quando o superior hierárquico tem que tomar alguma decisão relativamente aos mesmos					
34 – De um modo geral o superior hierárquico discute as suas ideias com os enfermeiros do serviço					
35 – O meu superior hierárquico mantém os enfermeiros do serviço informados					
36 – O meu superior hierárquico explica e fundamenta as suas decisões a nível de serviço					
37– O meu superior hierárquico encoraja e motiva os enfermeiros a melhorar o seu desempenho através de críticas construtivas					
38 – Quando me deparo com algum problema pessoal / profissional, tenho o apoio do meu superior hierárquico					
39 – O meu superior hierárquico respeita-me enquanto pessoa e não apenas como profissional					
40 – O meu superior hierárquico valoriza-me enquanto profissional					
41 – O meu superior hierárquico fomenta e encoraja à formação profissional dos enfermeiros					
42 – Existe uma boa comunicação entre os enfermeiros e o superior hierárquico					
43 – Quando há necessidade de falar com o meu superior hierárquico este mostra-se receptivo					

44 – Quando o superior hierárquico tem necessidade de abordar os enfermeiros relativamente aos aspectos negativos fá-lo de modo a motivar e de uma forma construtiva.					
45 – A profissão de enfermagem está estagnada					
46 - A profissão de enfermagem encontra-se numa fase de mudança					
47– Sou bem aceite pelos meus colegas no serviço onde trabalho					
48 – Estou motivado e satisfeito com o dia-a-dia da minha profissão					
49 – Tenho tido múltiplas oportunidades de fazer formação em serviço					

**ANEXO C – Organograma do Centro Hospitalar de Lisboa Zona
Central**

