

Márcio Ricardo Moreira Neto

**Satisfação profissional versus metodologia de trabalho – percepção dos Enfermeiros  
duma USF**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016



Márcio Ricardo Moreira Neto

**Satisfação profissional versus metodologia de trabalho – percepção dos Enfermeiros  
duma USF**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

Márcio Ricardo Moreira Neto

**Satisfação profissional versus metodologia de trabalho – percepção dos Enfermeiros  
duma USF**

---

Márcio Neto

Projeto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do  
grau de licenciado em Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The human resources of an institution are primarily responsible for the quality and efficiency of the services provided. The professional fulfillment in nursing is the quality indicator of the care provided to the patients and the evaluation of the performance in the health facilities.

This study intended to understand the professional fulfillment of the nurses performing working on a Family Health Unit (FHU) at Oporto is influenced by the work methodology used.

The concern with the new organizational models have increased over the years, given origin of a continuous evolution, from the second half of the XX century, since the need to find new methods of work always existed, especially oriented to the person.

Acknowledging the professional fulfillment is dependent in diverse determinants, but also the individual perception and perspectives, it has been an investigation subject over the last decades. Understood as something that can be verbalized and measured through opinions, is an important indicator of the organizational status, related to the quality and productivity of the organizations.

For this study the following objectives are outlined:

- Identifying the work methodology used by nurses at a FHU at Oporto;
- Knowing what variables influence job satisfaction for nurses at a FHU at Oporto;
- Determining which work methodology best promotes job satisfaction, from the point of view of nurses from a FHU at Oporto;
- Identifying the factors that facilitate/hinder the implementation of the Family Nurse working methodology.

The methodology used in this study was a descriptive exploratory character based on a qualitative approach. The sample consisted of nine nurses of a FHU in Oporto, to which was applied a form and a semi-structured interview. The results show the dissatisfaction of nurses with the work methodology used in this FHU and the lack of autonomy and professional recognition. They also think that their pay is not in accordance with the functions performed, and the lack of a career perspective is a dissatisfaction element. In the view of the participants the number of available professionals is in line with the target population's needs.

It is understood, however, that there is a long way to go until a working methodology that promotes professional satisfaction of the nurses is implemented on this FHU.

**Keywords:** Professional satisfaction; Care delivery methodologies; Nurse Family.

## **RESUMO**

Os recursos humanos de uma instituição são os principais responsáveis pela qualidade e eficiência dos serviços prestados. A satisfação profissional em enfermagem é um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos utentes e da avaliação do desempenho das unidades de saúde.

Pretende-se com este estudo perceber se a satisfação profissional dos enfermeiros a exercer funções numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Grande Porto é influenciada pela metodologia de trabalho utilizada.

A preocupação com novos modelos de organização da prestação de cuidados tem-se manifestado ao longo dos anos, evoluindo continuamente, a partir da segunda metade do séc. XX, uma vez que existiu desde desta altura a necessidade de encontrar novas metodologias de trabalho orientadas para a pessoa.

Sabendo que a satisfação profissional está dependente de diversos determinantes, mas também da perceção e perspetivas individuais, a mesma tem sido objeto de investigação ao longo das últimas décadas. Entendida como uma atitude que pode ser verbalizada e medida através de opiniões, é um importante indicador do clima organizacional, relacionada com a qualidade e a produtividade das organizações.

Para este estudo delinearão-se os seguintes objetivos:

- Identificar a metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros numa USF do Grande Porto;
- Saber quais os determinantes que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros numa USF do Grande Porto;
- Determinar qual a metodologia de trabalho que melhor promove a satisfação profissional, do ponto de vista dos enfermeiros numa USF do Grande Porto;

- Identificar os fatores que facilitam/dificultam a implementação da metodologia de trabalho de Enfermeiro de Família.

A metodologia utilizada neste estudo teve um caráter exploratório descritivo com base numa abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por nove enfermeiros de uma USF do Grande Porto, à qual foi aplicado um formulário e uma entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciam a insatisfação dos enfermeiros com a metodologia de trabalho utilizada nesta USF, bem como a falta de autonomia e reconhecimento profissional. Entendem ainda que a sua remuneração não está de acordo com as funções realizadas, e a falta de perspetiva de carreira é um elemento de insatisfação. No entender dos intervenientes o número de profissionais disponíveis está de acordo com as necessidades da população alvo.

Entende-se que existe ainda um largo caminho a percorrer, para que possa ser implementada nesta USF uma metodologia de prestação de cuidados que seja promotora de uma maior satisfação profissional dos enfermeiros.

**Palavras-chave:** Satisfação profissional; Metodologias de prestação de cuidados; Enfermeiro de Família.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha mãe e à minha avó (que infelizmente não teve a possibilidade de acompanhar o meu percurso até ao fim, mas que para sempre estará no meu coração), uma vez que para mim serão sempre as minhas principais referências, pois sempre me transmitiram amor, serenidade, valores, força e empenho.

O meu maior e sincero Obrigado!

## **AGRADECIMENTOS**

Na fase final de uma das mais importantes etapas da minha vida, a concretização de um sonho “ser enfermeiro”, sinto necessidade de partilhar este momento de felicidade com as pessoas que me acompanharam e apoiaram. Além disso quero apresentar-lhes o meu sincero agradecimento.

À Professora Amélia José, orientadora deste Projeto pela total disponibilidade, apoio, paciência, motivação e transmissão de conhecimentos.

À minha mãe, pelo amor, carinho, força, confiança que depositou em mim, e ainda pelos sacrifícios que fez para que este sonho fosse possível, com amor lhe agradeço e a ela lhe devo tudo quanto sou.

A todos aqueles que se cruzaram comigo ao longo do meu percurso académico, e que de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização e valorização da minha pessoa.

A todos o meu Muito Obrigado!

## **PENSAMENTO**

*“As nossas dúvidas são traidoras e fazem-nos perder o  
bem que poderíamos conquistar, não fosse o  
medo de tentar.”*

*(William Shakespeare)*

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CIPE® 2.0 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. – Citado

CSP – Cuidados de Saúde Primários

FCS-UEP – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

FHU – Family Health Unit

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

SAPE – Sistema Informático de Apoio à Prática de Enfermagem

Séc. – Século

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFs – Unidades de Saúde Familiar

## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>I. FASE CONCEPTUAL</b> .....	20
1.1 – Problema de investigação .....	20
1.2 – Pergunta de partida .....	22
1.2.1 – Questões de investigação .....	22
1.3 – Revisão da literatura .....	23
1.3.1 – Enquadramento teórico .....	23
i. Satisfação Profissional .....	25
ii. Métodos de prestação de cuidados .....	33
iii. Enfermeiro de Família.....	39
iv. Dotação de enfermeiros .....	43
1.4 – Objetivos de investigação .....	46
1.4.1 – Objetivo geral .....	46
1.4.2 – Objetivos específicos .....	46
<b>II. FASE METODOLÓGICA</b> .....	47
2.1 – Desenho de investigação .....	48
i. Meio.....	48
ii. Tipo de estudo .....	49
iii. População-alvo, amostra e processo de amostragem .....	49
iv. Instrumento de recolha de dados .....	51
v. Pré-teste .....	53
vi. Tratamento de dados.....	53
2.2 – Considerações éticas.....	55

<b>III. FASE EMPÍRICA</b> .....	58
3.1 – Apresentação dos dados.....	58
3.2 – Discussão dos resultados .....	69
<b>IV. CONCLUSÃO</b> .....	73
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77
<b>ANEXOS</b> .....	86
ANEXO I – Guião orientador da entrevista .....	87
ANEXO II – Consentimento Livre e Esclarecido .....	90

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Fatores de satisfação e insatisfação de Herzberg. ....	29
<b>Quadro 2</b> – Determinantes da satisfação profissional. ....	31
<b>Quadro 3</b> – Características socioprofissionais da amostra. ....	51
<b>Quadro 4</b> – Categorias e subcategorias das unidades de registo. ....	58
<b>Quadro 5</b> – Apresentação das unidades de registo para a categoria: insatisfação.....	59
<b>Quadro 6</b> – Apresentação das unidades de registo para a categoria: autonomia.....	62
<b>Quadro 7</b> – Apresentação das unidades de registo para a categoria: Enfermeiro de Família. ....	64
<b>Quadro 8</b> – Apresentação das unidades de registo para a categoria: método de trabalho. ....	65
<b>Quadro 9</b> – Apresentação das unidades de registo para a categoria: reconhecimento profissional. ....	67
<b>Quadro 10</b> – Apresentação das unidades de registo para a categoria: escolha da profissão. ....	68

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – A hierarquia de necessidades de Maslow (Fonte Maslow, 1954).....	28
--	----

## **0. INTRODUÇÃO**

O presente trabalho surge como a exigência final de uma importante etapa do meu percurso académico para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem, inserido no âmbito da Unidade Curricular de Projeto de Graduação e Investigação, do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS–UFP).

A realização do referido projeto tem a finalidade de responder a objetivos académicos, aplicar conhecimentos adquiridos no âmbito da investigação, ser objeto de avaliação e desenvolver conhecimentos sobre o tema em estudo. A investigação constitui um contributo no desenvolvimento profissional e pessoal, criando espaço para o crescimento e aperfeiçoamento dos padrões de cuidados. Segundo Fortin (2003), um projeto de investigação é: “(...) um enunciado formal do objetivo de uma investigação empírica que permite encontrar uma resposta”.

Na realização deste estudo, o problema de investigação surge após uma revisão bibliográfica pertinente sobre a satisfação profissional e as metodologias de prestação de cuidados.

O tema deste trabalho é “Percepção dos enfermeiros de uma USF do Grande Porto sobre a forma como a metodologia de trabalho utilizada influencia a sua satisfação profissional”.

A pergunta de partida que surgiu após a escolha do tema foi: “Será que a metodologia de trabalho utilizada pelos Enfermeiros de uma USF do Grande Porto, interfere com a sua satisfação profissional?”

O trabalho de investigação foi realizado com base numa abordagem qualitativa, de carácter exploratório-descritivo.

A população alvo do presente estudo, é constituída por nove enfermeiros de uma USF do Grande Porto.

O presente estudo é composto por três partes todas elas interligadas para além da introdução. A primeira refere-se à fase conceptual, onde se efetua o enquadramento teórico da temática, integrando a escolha e justificação do tema, objetivos e questões de investigação. Segue-se a fase metodológica, onde se descreve todo o procedimento metodológico. A terceira parte corresponde à fase empírica com a apresentação e análise dos dados, discussão dos resultados e conclusão.

A satisfação no trabalho tem-se destacado como um dos principais temas de estudo na atualidade devido ao crescente interesse das instituições em reter e valorizar o capital humano (Maia, 2012). No entanto, na literatura de enfermagem o estudo da satisfação profissional tem-se desenvolvido principalmente em contexto hospitalar. Por esta razão, considera-se importante alargar cada vez mais estes estudos ao contexto dos cuidados de saúde primários (CSP). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) as organizações devem contemplar a satisfação dos enfermeiros favorecendo assim o seu empenhamento em proveito da qualidade.

As condicionantes da maioria das instituições de saúde, as estruturas de organização, as diversas fontes de poder, os valores quantitativos centrados na produtividade tornaram-se, com o decorrer do tempo, inadaptados ao crescimento e ao desenvolvimento da organização dos cuidados de saúde. Os recursos financeiros insuficientes, o pessoal desmotivado e insatisfeito, as taxas de absentismo e de mobilidade crescentes do pessoal que cuida, caracterizam cada vez mais os serviços de saúde. Derivado de todas estas condicionantes os cuidados tornaram-se cada vez mais desumanizados, centrados na técnica e na doença. Esqueceu-se a pessoa, o cliente, a família e o enfermeiro que cuida.

A conquista da autonomia e a procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, aliados aos problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, tem conduzido ao surgimento e implementação de novos modelos de organização da prestação dos mesmos cuidados. Perceber de que forma estas metodologias vão de encontro à realidade atual,

concebendo cuidados mais humanizados e promovendo a satisfação dos profissionais, é uma necessidade premente.

Os modelos tradicionais de organização de cuidados de enfermagem foram-se enriquecendo com novas conceções orientadas para a pessoa. É que, a boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização – não é a pura satisfação de um direito formal; à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social (Jorge e Simões, 1995).

Para melhor se compreender o meio onde se realizou o respetivo estudo é pertinente referir que as Unidades de Saúde Familiares (USFs) são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros e pessoal administrativo.

As conclusões que ressaltam deste projeto é que os enfermeiros apresentam uma clara insatisfação com a situação profissional que vivenciam atualmente. Os profissionais entendem que para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, a qualidade como local de trabalho e conseqüentemente a sua satisfação profissional, é necessário nomeadamente, melhorar a organização do trabalho em equipa e a avaliação de desempenho, organizar o trabalho por Enfermeiro de Família, promover uma maior autonomia dos profissionais, serem remunerados de forma justa e diminuir diversos aspetos burocráticos.

Existe, no entanto, um longo caminho a percorrer que necessita do empenho de toda a equipa multidisciplinar, e que apenas com uma profícua consciencialização das vantagens que todos poderiam ter ao nível da sua satisfação e da qualidade dos cuidados prestados, se tornará possível implementar em definitivo a metodologia de trabalho por Enfermeiro de Família.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

A execução de um trabalho de investigação compreende três fases fundamentais: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica. É na fase conceptual “(...) que o investigador, elabora conceitos, formula ideias e recolhe documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema” (Fortin, 2009).

Esta fase é o início de todo o projeto e começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. É uma etapa bastante demorada e exige uma pesquisa exaustiva acerca do assunto em estudo.

Assim, nesta fase escolhe-se e define-se o problema de investigação, definem-se os objetivos da investigação e a questão de investigação, e realiza-se uma revisão bibliográfica.

### **1.1 – Problema de investigação**

“Um estudo de investigação tem início com a definição de um problema que o investigador necessita de resolver, ou com uma questão que ele próprio precisa de responder. Qualquer problemática envolve uma situação ambígua e inquietadora com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a resolução” (Polit et al, 2004, p.52). A escolha do problema é determinada pelos interesses do pesquisador, podendo este ser motivado por diversos fatores como os seus valores sociais e/ou pessoais (Gil 2002).

De acordo com Fortin (2009), “um problema de investigação é uma situação que exige uma explicação, compreensão, alteração ou melhoria”. A sua delimitação é essencial porque, de facto, centra a investigação num domínio concreto, organizando o trajeto para o estudo, bem como dando-lhe direção e coerência (Coutinho, 2011).

A satisfação profissional é na atualidade um dos elementos mais estudados pelas organizações, dado que interfere na produtividade e na qualidade dos cuidados de saúde prestados. A satisfação é um estado emocional que engloba inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos, componentes afetivas e cognitivas e influencia diretamente as relações

laborais, podendo afetar a saúde e o bem-estar do trabalhador, a eficiência da organização, assim como a qualidade na prestação dos serviços.

A satisfação profissional deve merecer por parte de todos os enfermeiros uma especial atenção, dada a sua relação com a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, existe uma ampla evidência científica que aponta que a satisfação está diretamente ligada à produtividade e ao desempenho no trabalho, principalmente em ambientes que exigem interação social (Bockerman & Ilmakunnas, 2012).

A avaliação da satisfação dos profissionais é, cada vez mais, um imperativo para qualquer organização de saúde, sendo um elemento fundamental para avaliar a qualidade das instituições, o desempenho dos seus profissionais e, consecutivamente, a satisfação dos utentes (Lei n.º 48/90 de 3 de agosto).

Nos últimos vinte anos em Portugal, em paralelo com a generalidade dos países desenvolvidos, têm vindo a ser operadas alterações na organização dos cuidados de saúde, resultado da crescente importância das USFs bem como do reconhecimento da relevância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades (Figueiredo, 2009). Desta forma, a Enfermagem de Família tem vindo a conquistar relevância nos cuidados de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

A reorganização dos cuidados de enfermagem é uma das diretrizes essenciais na reforma dos CSP, com o início da implementação do modelo organizacional das USFs. Neste contexto foi recomendado a implementação de um novo método de trabalho, que consiste em atribuir a cada família um enfermeiro, e dessa forma os enfermeiros foram estimulados a ter uma lista de famílias, tal como preconizado no decreto base da constituição das USFs.

A escolha desta metodologia de trabalho, prende-se com a influência que esta pode apresentar quer nos ganhos em saúde e no grau de satisfação dos utentes e suas famílias, assim como na satisfação dos próprios profissionais.

Uma vez que são os enfermeiros das USFs que têm uma relação de proximidade com as famílias e que mais se aproximam do perfil das competências do Enfermeiro de Família

definidas pela OE, serão estes que melhor percepção possuem da importância que uma metodologia de trabalho adequada pode ser promotora de uma maior satisfação profissional e de um maior reconhecimento da atividade profissional de enfermagem pela sociedade.

O interesse pela temática surgiu no decorrer da minha experiência vivida num ensino clínico do meu percurso académico. O facto de desempenhar funções de formando numa USF que apesar de ter instituída teoricamente a metodologia de trabalho – Enfermeiro de Família, os profissionais recorrem ainda à metodologia de trabalho por Tarefa como forma de realizar a prestação de cuidados. Procurar entender em que medida este facto influencia ou não a sua satisfação profissional, bem como quais os outros fatores que são ou não promotores de um acréscimo na satisfação, ofereceu toda a pertinência a este estudo.

## **1.2 – Pergunta de partida**

A pergunta de partida ou questão de investigação é fundamental para o decorrer de todo o processo de investigação.

Assim sendo, para Fortin (2009, p.53) uma questão de investigação é “uma interrogação, precisa, escrita no presente e que inclui os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se pretende tomar”.

De acordo com a citação acima referida e o tema de investigação, surge assim a pergunta de partida deste estudo: “Será que a metodologia de trabalho utilizada pelos Enfermeiros de uma USF do Grande Porto, interfere com a sua satisfação profissional?”

### **1.2.1 – Questões de investigação**

Segundo Fortin (2003), as questões de investigação facilitam a passagem do quadro conceptual às considerações finais. Para a elaboração das questões de investigação, é importante o investigador interrogar-se “(...) sobre a sua pertinência, o seu valor teórico e prático, assim como as suas dimensões metodológicas e éticas”.

Para este estudo foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Será que a metodologia de trabalho influencia a satisfação profissional?
- Quais os principais determinantes promotores da satisfação profissional?
- Qual a metodologia de trabalho que melhor promove a satisfação profissional dos enfermeiros de uma USF do Grande Porto?
- Quais os fatores que dificultam a implementação da metodologia de Enfermeiro de Família nesta USF?

### **1.3 – Revisão da literatura**

De acordo com Fortin (2003), “(...) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação. No decorrer desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos, o conceito em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos”.

Num estudo de investigação, a revisão da literatura procura analisar alguns conceitos que se revelam de essencial importância para que se possa compreender o estudo em causa. Dessa forma é importante investigar e clarificar para uma melhor compreensão os seguintes conceitos:

- ✓ Satisfação Profissional
- ✓ Metodologias de prestação de cuidados
- ✓ Enfermeiro de Família
- ✓ Dotação de enfermeiros

#### **1.3.1 – Enquadramento teórico**

A satisfação no trabalho apresenta-se cada vez mais como um tema de elevada pertinência, no entanto, o início do seu estudo remonta à época em que o modelo Taylorista do trabalho foi posto em causa e se começou a valorizar o fator humano nas instituições. A partir dessa altura, revela-se como uma das temáticas mais abordadas em diversos estudos científicos, pois está diretamente associada à produtividade das

empresas e à realização pessoal dos empregados, apesar de empiricamente, nenhuma destas relações causais estar provada (Lima et al., 1995).

A satisfação no trabalho é a variável dependente mais estudada na literatura organizacional (Staw, 1984, cit. in Lima et al., 1995), pois pode influenciar o funcionamento da organização e contribuir para o aumento da produtividade (Alcobia, 2001). Sendo um fenómeno complexo, pode alterar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa, estando sujeita à influencia de forças internas e externas. Esta pode afetar a saúde física e mental do trabalhador interferindo no seu comportamento profissional e/ou social (Locke, 1976, cit. in Lima et al., 1995).

Satisfação no trabalho é um fenómeno de difícil definição, pois é um estado subjetivo, que varia de pessoa para pessoa, uma vez que diferentes pessoas perante situações idênticas reagem e valorizam aspetos diferentes (Fraser, 1983, cit. in Martinez e Paraguay, 2003).

De seguida serão analisadas as diferenças entre satisfação e motivação, bem como serão analisadas algumas teorias explicativas da satisfação profissional. Posteriormente serão analisados diferentes métodos de organização e prestação de cuidados, e também a caracterização do Enfermeiro de Família e a descrição das suas competências legais. Para finalizar a revisão bibliográfica considerou-se ser pertinente dedicar um pequeno capítulo à temática da dotação de enfermeiros.

## **i. Satisfação Profissional**

Segundo Lima e Mesquitela (1996), o indivíduo satisfeito encontra-se com maior capacidade de resposta face às solicitações do meio envolvente. A satisfação e as suas diversas dimensões têm sido reconhecidas como parte integrante dos cuidados (Cleary et al., 1991), nomeadamente nos resultados de saúde o que, como tal, constitui um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados (Wilkin et al., 1992).

A satisfação no trabalho tem sido conceptualizada como uma emoção (Locke, 1976, cit. in Lima et al., 1995), ou como uma atitude (Schneider, 1975, cit. in Lima et al., 1995), em qualquer dos casos visa dar conta de um estado emocional positivo, de uma atitude positiva perante o trabalho e das experiências em contexto de trabalho.

Pelo simples facto de uma pessoa estar satisfeita, não tem que existir obrigatoriamente um comportamento ativo marcado pela procura de um melhor rendimento no trabalho. Pode existir um trabalhador que esteja satisfeito, mas que não tenha atração por aquilo que lhe é exigido que faça (Michel, cit. in Silva, 1998).

Satisfação no trabalho tem sido definida de diferentes maneiras, dependendo do referencial teórico adotado. As conceptualizações mais frequentes referem-se à satisfação no trabalho como sinónimo de motivação, como atitude ou como estado emocional positivo havendo, ainda, os que consideram satisfação e insatisfação como fenómenos distintos.

A confusão entre os termos “motivação” e “satisfação” tem sido considerada como causa de falhas na formulação de hipóteses e na seleção de instrumentos de pesquisas, especialmente naquelas destinadas a correlacionar satisfação no trabalho com produtividade (Pérez Ramos, 1980).

Quando se analisa o conceito de motivação encontram-se diversas definições do mesmo. No entanto estas definições não são na sua generalidade contraditórias (Gomes e Borba, 2011), sendo possível encontrar aspetos comuns, transversais à generalidade da literatura, nomeadamente:

- ✓ Razão pela qual um indivíduo exerce determinada atividade,
- ✓ Justificação pela qual um indivíduo escolhe uma ação em detrimento de outra,
- ✓ Intensidade com que realizada determinada ação,
- ✓ Durante quanto tempo exerce determinada atividade,
- ✓ Grau de eficiência que apresenta na sua execução.

“A motivação é algo que não se consegue observar diretamente. Inferimos motivação ou processos motivacionais a partir do que podemos observar” (Gomes e Borba, 2011, p. 250), que não é mais que um conjunto de comportamentos e o resultado dos mesmos.

“Assim entendemos motivação como tudo aquilo que está relacionado com os processos responsáveis pela ativação de comportamentos (satisfação de necessidades), pela direção (escolher uma ação de entre várias possíveis), pela sua intensidade (nível de esforço), e pela sua duração (persistência na ação)” (Gomes e Borba, 2011, p. 251).

A diferença entre motivação e satisfação é claramente assinalada por Steuer (1989), ao explicitar que motivação manifesta a tensão gerada por uma necessidade e satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade.

Segundo vários autores, a satisfação dos enfermeiros está relacionada com variáveis tão importantes como a autonomia e gestão em enfermagem, as condições de trabalho, a realização pessoal e profissional, o desempenho profissional e a carreira de enfermagem.

Com base na revisão de algumas ferramentas de avaliação da satisfação profissional, Spector (1997) resume algumas dimensões da satisfação profissional, nomeadamente, as relações interpessoais no trabalho, as condições de trabalho, a natureza do trabalho e da organização, as políticas e procedimentos da organização, a remuneração, o crescimento pessoal, as oportunidades de promoção, o reconhecimento, a segurança e a supervisão. No entanto, a satisfação ou a insatisfação profissional não depende apenas da natureza do trabalho, mas também das expectativas que os indivíduos têm do mesmo (Lu et al., 2005).

Atualmente encontram-se diferentes teorias que apresentam conceitos distintos relativamente à satisfação profissional. Variados autores têm apresentado diversos aspetos considerados desejáveis e indesejáveis para a aquisição de satisfação profissional.

Na atualidade estão consagradas diversas visões relativamente a esta matéria, muitas delas apresentando a sua base na teoria da hierarquia de necessidades de Maslow (1954) e na teoria dos dois factores de Herzberg (1969). O primeiro identifica as necessidades no interior do indivíduo, e o segundo identifica as condições no trabalho, a serem satisfeitas para que um indivíduo se sinta realizado no trabalho.

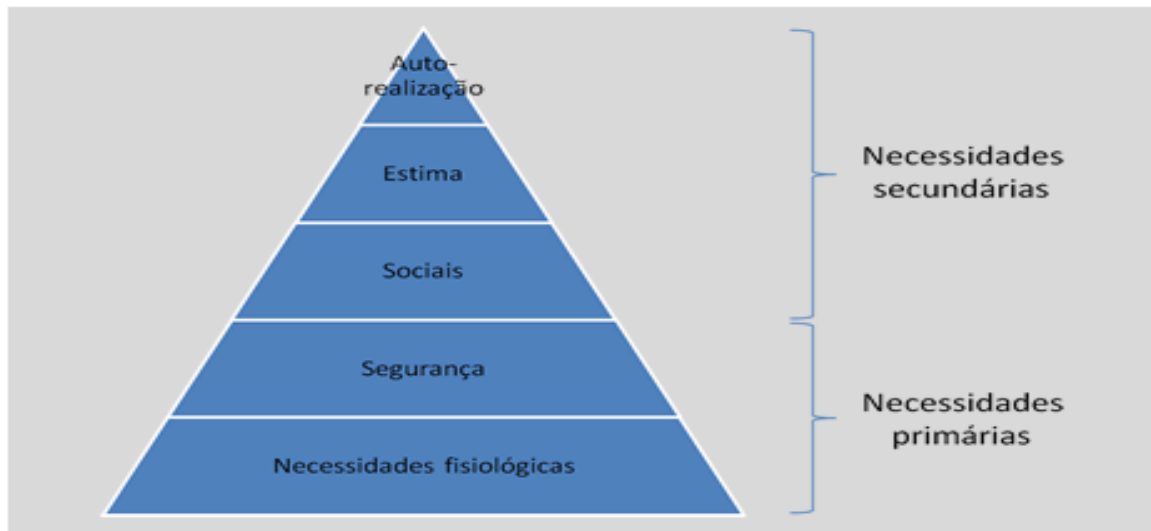
São também importantes as perspetivas sobre esta matéria descritas na teoria das expectativas de Vroom (1964), que considera que o comportamento e o desempenho são consequência de uma escolha consciente, e a teoria da equidade de Adams (1963), que considera a percepção pessoal do indivíduo sobre a razoabilidade ou justiça na sua relação laboral com a organização.

De uma forma muito resumida, apresentam-se de seguida as diferentes teorias referidas anteriormente:

### **Teoria da hierarquia de necessidades de Maslow**

Maslow (1954) apresentou a sua teoria da motivação, supondo a existência de uma hierarquia de necessidades. De acordo com esta teoria, a satisfação do indivíduo resulta da resposta que o mesmo obtém em relação às suas necessidades.

Este autor recorreu a uma pirâmide para exemplificar melhor a sua conceção, que de uma forma simplificada representa como a satisfação das necessidades ocorre de uma forma hierárquica. Ou seja, só depois de as necessidades básicas estarem satisfeitas se pode ascender na hierarquia para a satisfação de necessidades mais complexas e, portanto, mais elevadas.



**Figura 1 – A hierarquia de necessidades de Maslow (Fonte Maslow, 1954).**

### **Teoria dos dois factores de Herzberg**

De acordo com a teoria dos dois factores ou teoria da higiene-motivação de Herzberg et al. (1959), existem dois conjuntos de factores que influenciam o comportamento das pessoas e o respetivo grau de motivação: factores de satisfação ou de motivação e factores de insatisfação, manutenção ou “higiénicos” (ver quadro 1).

Os factores de motivação são factores intrínsecos à natureza e à experiência do trabalho, e promovem a satisfação profissional. Os factores de higiene são factores extrínsecos ao trabalho, e promovem a insatisfação quando são negligenciados.

De acordo com Herzberg et al. (1959) um trabalhador pode simultaneamente estar satisfeito e insatisfeito no seu trabalho. Herzberg concluí que a satisfação profissional e a insatisfação profissional não são realidades opostas, ou seja, o oposto de satisfação profissional não é forçosamente a insatisfação profissional, mas sim a inexistência de satisfação profissional; da mesma forma que o oposto de insatisfação profissional é apenas a ausência de insatisfação profissional.

Fatores de satisfação	Fatores de insatisfação
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gosto pela realização de tarefas</li> <li>○ Reconhecimento pela realização de tarefas</li> <li>○ Natureza do próprio trabalho</li> <li>○ Responsabilidade envolvida</li> <li>○ Crescimento ou desenvolvimento proporcionados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Política e administração da organização</li> <li>○ Supervisão</li> <li>○ Condições de trabalho</li> <li>○ Relações interpessoais com o supervisor, ou colegas e os subordinados</li> <li>○ Salário</li> <li>○ Estatuto</li> <li>○ Segurança no trabalho</li> <li>○ Vida pessoal</li> </ul>

**Quadro 1 – Fatores de satisfação e insatisfação de Herzberg (fonte Herzberg et al., 1959).**

A maior contribuição de Herzberg et al. (1959) foi identificar a importância do crescimento psicológico como condição necessária para a satisfação profissional e demonstrar que este crescimento advém do próprio trabalho.

### **Teoria das expectativas de Vroom**

De acordo com a teoria das expectativas de Vroom (1964), as expectativas conscientes do indivíduo são mais importantes que as necessidades inconscientes. De acordo com este autor a satisfação deve ser explicada em função dos objetivos e das expectativas em atingir esses mesmos elementos, inversamente às opiniões de Maslow e Herzberg que não levavam em consideração as diferenças individuais. Segundo Vroom (1964), a satisfação profissional resultaria do facto das expectativas em relação ao trabalho serem satisfeitas, nomeadamente a expectativa de alcançar uma recompensa.

Para Vroom (1964), existem três forças básicas que atuam dentro do indivíduo e que influenciam o seu nível de desempenho:

- ✓ Expectativa: probabilidade de uma determinada ação conduzir a um resultado desejado;

- ✓ Instrumentalidade: percepção de que a obtenção de um resultado está associada a uma recompensa;
- ✓ Valência: valor ou peso que um indivíduo atribui às recompensas obtidas em consequência do seu desempenho.

De acordo com este autor são estes três fatores que influenciam a satisfação das pessoas no trabalho. Para ele, basta um destes elementos ser zero, para que a satisfação seja nula. Se os três elementos estiverem presentes (expectativa alta, valência alta, instrumentalidade alta), então a satisfação é alta.

Segundo alguns estudos, as expectativas podem variar conforme se trate de homens ou de mulheres (Kuhlen, 1963), com o nível de educação (Klein e Maher, 1966), com a condição social da pessoa em questão (Blood e Hulin, 1967) e com a expectativa passada que as pessoas tinham acerca da natureza da supervisão (Foa, 1957).

### **Teoria da equidade de Adams**

Adams (1963) desenvolveu a teoria da equidade sobre a motivação no trabalho. Esta teoria baseia-se no fenómeno de comparação social no trabalho, dando ênfase à percepção pessoal de cada um sobre a sensatez ou justiça no que concerne a um contexto laboral, equiparando o seu desempenho e os respetivos benefícios com o desempenho e benefícios dos outros em situações idênticas.

De acordo com este autor, as pessoas sentem-se motivadas sempre que perante os esforços que realizam pela organização, recebem uma recompensa justa, podendo esta ser de forma monetária, reconhecimento público, promoção, transferências ou outra. A compensação é considerada justa sempre que na sua avaliação pessoal, a mesma está em consonância com o que recebem outras pessoas em contributos semelhantes.

Nas situações em que existe justiça na compensação, as pessoas mantêm as suas contribuições. Se a compensação for superior ao que outras pessoas recebem com a mesma contribuição, o indivíduo tende a apresentar um esforço maior. Sempre que na consideração individual a sua compensação for inferior quando comparada com os seus

pares, o indivíduo tende a reduzir a sua contribuição, e no caso de serem injustiças repetidas, podem mesmo abandonar a organização.

Resumindo, de acordo com a teoria de Adams (1963), a motivação de um indivíduo para o trabalho varia com a sua percepção de justiça relativamente às condições extrínsecas (recompensas tangíveis ou materiais) e intrínsecas (recompensas psicológicas) do trabalho.

### **Determinantes da satisfação no trabalho**

Analisando a literatura consultada e os variados estudos realizados com o intuito de examinar e avaliar a temática da satisfação no trabalho, podemos afirmar que a satisfação no trabalho é resultado de uma mescla de fatores que podem ser denominados de determinantes da satisfação. De acordo com os elementos bibliográficos recolhidos, foi possível elaborar um resumo dos determinantes da satisfação no trabalho, apresentados no quadro 2, que permitiu preparar o estudo empírico que este estudo se propôs a realizar.

VARIÁVEIS INDIVIDUAIS	VARIÁVEIS SITUACIONAIS
<p>Fatores demográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sexo</li> <li>○ Idade</li> <li>○ Estado Civil</li> <li>○ Filhos</li> <li>○ Habilitações literárias</li> <li>○ Relação com a organização:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculo</li> <li>• Antiguidade</li> </ul> </li> </ul> <p>Fatores percecionais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afetos</li> <li>○ Atitude</li> <li>○ Locus de controle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Salários e incentivos</li> <li>○ Reconhecimento profissional</li> <li>○ Relacionamento interpessoal</li> <li>○ Local de Trabalho</li> <li>○ Condições de Trabalho</li> <li>○ Comunicação dentro da organização</li> <li>○ Horário de trabalho / Tipo de Horário</li> <li>○ Dotação adequada</li> <li>○ Autonomia, Criatividade</li> <li>○ Desenvolvimento e progressão na carreira</li> <li>○ Cultura da organização</li> <li>○ Políticas e estratégias da organização</li> </ul>

**Quadro 2 – Determinantes da satisfação profissional.**

Como fica exemplificado na tabela anterior, as variáveis que condicionam a satisfação profissional podem ser classificadas de dois tipos, as variáveis individuais que têm efeitos significativos na satisfação dos enfermeiros, incluindo o sexo, a idade, o estado civil, os filhos e as habilitações académicas, e as variáveis situacionais que são inerentes às condições laborais e ao ambiente circundante, tais como: local trabalho, horário de trabalho, tipo de horário, tipo de vínculo, responsabilidade de supervisão, funções de gestão, especialidade, tempo de serviço e o relacionamento interpessoal.

## **ii. Métodos de prestação de cuidados**

Ao longo dos tempos observaram-se inúmeras mudanças nas características das instituições de saúde, nas estruturas organizacionais e nas fontes de poder. Com toda esta evolução os valores produtivos assumiram cada vez mais uma importância premente, no entanto, paralelamente observou-se a dificuldade em obter recursos financeiros suficientes, a desmotivação e insatisfação pessoal, o crescimento das taxas de absentismo e esgotamento físico e mental dos recursos humanos que cuidam, originando custosos serviços de saúde, mas desumanizados, centrados na técnica e na doença. Foi colocada de lado a noção da pessoa, da família e do enfermeiro que cuida, olhando-se única e exclusivamente a números e indicadores.

Perante este cenário surgiu uma questão de extrema importância: qual o método de prestação de cuidados que, ao mesmo tempo, pode assegurar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a estabilidade da organização e a satisfação dos profissionais?

Com o crescente aumento da autonomia e a necessidade de encontrar níveis mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, em paralelo com os problemas decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afetam cada vez mais os profissionais de enfermagem, exigindo que estes procurem soluções mais eficientes na organização da prestação de cuidados. Nunca esquecendo que, a boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização – não é a pura satisfação de um direito formal, à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social (Jorge e Simões, 1995). Segundo estes autores a qualidade global na prestação de cuidados só pode ser proclamada quando se consegue relacionar de forma eficiente a humanização dos cuidados com a excelência técnica.

Para melhor compreender a abrangência e a eficiência de alguns dos diversos modelos de prestação de cuidados, entende-se ser pertinente apresentar uma breve caracterização de alguns destes diferentes modelos, de acordo com a bibliografia existente atualmente.

### **Cuidados de enfermagem funcionais – Método de Tarefa**

Este método consiste num modo de organização dos cuidados em que a globalidade do trabalho é dividida em tarefas, ou seja, cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Lopes, 1995).

Este método consiste numa estrutura de tarefas que requer a execução repetida de atividades simples com vários clientes e um desempenho rápido e eficiente de ações de enfermagem (puramente técnicas) (Boekholdt, 1979). Este modelo assenta assim na divisão das diferentes tarefas que comporta a atividade de enfermagem, estruturando este modelo no princípio Taylorista.

As tarefas são divididas de forma equitativa ou não pelos membros da equipa de acordo com a descrição da tarefa e quantidade de trabalho a realizar durante o turno (Kron e Gray, 1989). Logo, a divisão do trabalho origina que cada membro da equipa esteja mais afeto a tarefas do que a doentes o que torna a vulgar a fragmentação dos cuidados (Pinheiro, 1994), transformando o exercício da enfermagem num atendimento ao estilo “linha de montagem” (Kron e Gray, 1989).

O enfermeiro “prestador de cuidados” somente presta informação sobre um tratamento específico por si realizado, isto é, a complexidade do seu trabalho restringe-se, neste método, às competências gestuais de execução, de maior ou menor tecnicidade. A tecnicidade é muito mais importante do que a interação com o cliente (Boekholdt, 1979).

Neste modelo torna-se praticamente impossível a atribuição de responsabilidades (como, por exemplo, erros e omissão de cuidados), uma vez que o nível de imputabilidade é extremamente baixo (Munson e Clinton, 1979). Parte-se das tarefas para estabelecer a priorização das necessidades dos doentes e não dos doentes para a definição das tarefas. O doente, esse, torna-se tão somente o «lugar» onde são realizadas as tarefas (Lopes, 1995).

Neste modelo, os clientes sentem muitas vezes uma diminuição de interesse humano durante a realização das intervenções de enfermagem (Boekholdt, 1979). Apesar de ser um modelo que permite bons resultados económicos, tem sido evolutivamente abandonado pela ausência da humanização dos cuidados, bem como pela fragmentação dos mesmos (Pinheiro, 1994).

### **Cuidados de enfermagem individuais – Método Individual**

Este modelo tem na sua génese o conceito de cuidado global e implica a afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a quantidade de trabalho o permitir (Pinheiro, 1994).

A totalidade dos cuidados é prestada pelo profissional responsável pelo doente, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro, por ocorrerem alterações nas designações das tarefas e porque o número de doentes atendidos por um enfermeiro pode variar (Kron e Gray, 1989). A organização global dos cuidados em face das necessidades de um doente depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa e a avaliação dos resultados assentam principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível (Pinheiro, 1994).

A responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados (Kron e Gray, 1989), no entanto de acordo com Pinheiro (1994), o enfermeiro chefe é responsável, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder decisório em todas as etapas do processo.

### **Cuidados de enfermagem em equipa – Método de Equipa**

Este método tem a sua génese no pressuposto que reunindo pequenas parcelas de conhecimentos e informações num todo, os resultados são claramente mais satisfatórios a todos os níveis, sendo a globalidade do trabalho conduzida e supervisionada por um enfermeiro que é um líder (Humphris, 1988). “Se conseguirmos pessoas para trabalharem juntas, elas criarão mais do que alguma vez conseguiriam se trabalhassem sós”. (Payne, 1982).

A assistência é centrada no cliente e implementada por reuniões diárias de equipa, nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e imaginam maneiras de atendê-las (Kron e Gray, 1989). Uma das grandes diferenças implementadas por este método é que os cuidados assumem uma continuidade, ou inverso da fragmentação verificada nos métodos anteriores.

Este método assenta nos pressupostos de que todo o cliente tem o direito de receber o melhor atendimento possível com a equipa; é fundamental o planeamento de cuidados; todo o pessoal de enfermagem tem o direito de receber ajuda para fazer o seu trabalho; um grupo de responsáveis pelos cuidados, sob a liderança de um enfermeiro, pode proporcionar o melhor atendimento aos clientes do que trabalhando individualmente (Kron e Gray, 1989).

O líder de equipa, responsável interno, normalmente é designado de entre os enfermeiros com maior categoria, maior antiguidade no serviço, e que embora não corresponda a nenhuma categoria oficialmente estabelecida, é uma distinção internamente reconhecida e valorizada, que se traduz num relativo acréscimo de autoridade técnica e social na gestão das situações de trabalho (Lopes, 1994).

Os enfermeiros que são confrontados com os problemas dos clientes podem trazê-los para os outros membros da equipa, para serem discutidos e solucionados (Boekholdt, 1979). O enfermeiro chefe delega funções, de modo criterioso, mantendo algumas sob a sua responsabilidade como: a determinação dos padrões de desempenho, o auxílio na concretização dos objetivos individuais e da equipa, motivar os enfermeiros para a melhoria dos cuidados; manter abertos os canais de comunicação com todos os membros da equipa (Kron e Gray, 1989). Assim sendo, o poder de decisão encontra-se descentralizado, não concentrado na figura de chefia, promovendo uma autonomia relativa de cada enfermeiro, o que por si só configura uma maior satisfação.

### **Cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável – Método de Enfermeiro de Referência**

Este modelo tem por base o conceito de cuidados individualizados, sendo que cada cliente está associado com um enfermeiro que é responsável pelos seus cuidados totais,

vinte e quatro horas por dia, durante todo o internamento. Assim, com este método, a enfermagem garante por si própria a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa (Pearson, 1988).

O principal objetivo é a humanização dos cuidados e a principal característica distintiva face a todos os outros métodos, é a descentralização das tomadas de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte das entidades superiores, do direito dos profissionais que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade (Dionne et al, 1987).

A decisão está descentralizada, mas a responsabilidade só pode ser assumida pelo enfermeiro verdadeiramente preparado para a tomada de decisão (Pinheiro, 1994), devendo o enfermeiro chefe desenvolver um padrão de cuidados que permita aos enfermeiros assumir uma responsabilidade mais personalizada, cuidando menos clientes, dispensando-lhes cuidados mais coordenados (Castledine e Llandaff, 1988).

O foco de enfermagem é o cliente pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão ativamente, quanto possível (Pinheiro, 1994). Por norma cada enfermeiro fica com a responsabilidade de assumir um número reduzido de clientes (entre três e quatro), para os quais desenvolve toda a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados, assegurar a sua continuidade através da elaboração de planos escritos (uma vez que o enfermeiro não está presente vinte e quatro horas por dia, necessita que outros o substituam na sua ausência, mas dando continuidade ao plano estabelecido), planear a alta, realizar ensinamentos ao cliente e à família, e transmitir todos os dados pertinentes aos enfermeiros que o substituem na sua ausência.

Deve não só orientar o trabalho dos restantes enfermeiros que o substituem (enfermeiros auxiliares), mas também deve coordenar as diversas atividades de outros intervenientes da equipa multidisciplinar, não só para evitar duplicações e excessiva solicitação do cliente, mas também para assegurar a continuidade do plano global por si estabelecido.

Sendo este um modelo que privilegia a humanização dos cuidados, assegurando um elevado grau de responsabilidade e autonomia, tudo indicaria que deveria ser o utilizado

em grande maioria nas instituições de saúde. No entanto, conhecem-se diversas dificuldades na sua implementação, das quais salienta-se: a existência de uma grande resistência à mudança por parte dos profissionais, um baixo rácio enfermeiros/utentes e também diversas barreiras na transmissão de informação entre o enfermeiro de referência e os enfermeiros associados.

### **iii. Enfermeiro de Família**

Para melhor se entender as competências e domínios do Enfermeiro de Família é importante perceber o que é considerado à luz da literatura atual o conceito de família.

A família é considerada um sistema social primário e agente de socialização primária, surgindo como um elemento fundamental para o desenvolvimento afetivo e psicológico dos membros que a constituem. Visto isto, qualquer indivíduo espera da sua família sentimentos como amor, compreensão, afeto, solidariedade e ajuda. (Amaro, 2004).

De acordo com a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE® 2.0), a família define-se como um “grupo com as características específicas: grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”.

A estrutura familiar é uma forma de organização ou de exposição de um número de componentes que se relacionam. O conceito tradicional de família na sociedade já não é o mesmo, que se verificava há quarenta anos. A mudança para um estado de democrático como aconteceu após o 25 de abril de 1974, promoveu uma clara abertura das mentalidades fez com que o número de divórcios aumentasse consideravelmente, dando origem a novas famílias e tipos de união (Amaro, 2004).

Segundo Figueiredo (2009), atualmente existem vários tipos de famílias. Para além das famílias constituídas por várias gerações que vivem em comum, estas podem ainda integrar parentes colaterais (famílias extensas, alargadas), existem também as famílias nucleares associadas ao casal com ou sem filhos, as famílias monoparentais, adotivas, homossexuais, as extensas, reconstituídas, de coabitação, famílias unipessoais e comunitárias.

No seio familiar desenvolvem-se padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, tendo em conta a forma como a família possui capacidades de gerir as transições de saúde dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar. Um

ambiente seguro e estável do ponto de vista emocional, são fatores de promoção e manutenção da saúde. A família pode então apoiar no sentido da reabilitação do familiar ou então reforçar o seu papel de doente e dependente (Figueiredo, 2009).

Devido às alterações sociodemográficas ocorridas na sociedade, a família está a adquirir cada vez menos importância na prestação de cuidados aos idosos. O seu funcionamento saudável influencia positivamente a saúde de cada um dos membros, inclusive a promoção de valores e crenças relacionadas com o amor, sexualidade, solidariedade e valor da vida (Figueiredo, 2009).

Assim, as famílias ao apresentarem-se como contexto relevante para a promoção da saúde e redução da doença são um excelente meio para que os enfermeiros desenvolvam a sua ação, de modo a fomentar as escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo de forma essencial para elevar a qualidade de vida população, promovendo o estado de saúde e prevenindo a doença.

### **Competências Gerais do Enfermeiro de Família**

Segundo a perspetiva da OMS, o Enfermeiro de Família, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. Um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família.

O Enfermeiro de Família não atua isoladamente, integra uma equipa multiprofissional e em contexto familiar (OE, 2002). O conceito de enfermagem de família surge do desenvolvimento dos cuidados prestados às famílias no contexto comunitário, em que os enfermeiros acompanham as famílias ao longo do seu ciclo. Nos cuidados de enfermagem prestados à família pretende-se promover a mudança, ajudando a família na identificação e resolução dos seus problemas (Figueiredo, 2009).

Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais e potenciais que derivam das questões de saúde e dos processos de vida (Wright & Leahey, 2002; cit. in Figueiredo, 2009). Em síntese, os objetivos da enfermagem de família direcionam-se sobretudo para o desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável ao longo dos de mudança.

Em Portugal, desde há alguns anos, e no decorrer da reforma dos CSP, os enfermeiros que trabalham nesta área têm enfrentado enormes desafios, que exigem a afirmação das suas competências e o reconhecimento do seu contributo essencial para a saúde das pessoas, famílias, grupos e população em geral, pelo que esta reforma é uma oportunidade de desenvolver a área de estudo de enfermagem de família (Queiroz, 2009).

Durante um longo período, os enfermeiros cuidavam das pessoas em contexto familiar, atendendo com frequência várias gerações. Com as alterações já referidas da composição familiar, em particular com a redução do número de elementos do seu núcleo, os cuidados de enfermagem especializaram-se mais e orientaram-se para o meio hospitalar.

Nos últimos anos, quer em Portugal, quer a nível mundial procurou-se inverter toda esta evolução, procurando instituir e enraizar na sociedade o Enfermeiro de Família, como um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde e a prevenção da doença, com atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. Tem a seu cargo gerir e organizar os recursos disponíveis, com vista a exponenciar a autonomia para os quais dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o apoio no exercício das suas escolhas.

Decorrente de fatores contextuais, como o percurso evolutivo da profissão, o modelo de desenvolvimento profissional e a reforma dos CSP, mais particularmente a reconfiguração dos centros de saúde e implementação e consolidação das USFs, reconhecem a necessidade do enquadramento das intervenções do Enfermeiro de Família para que a enfermagem incorpore o cuidado à família como objeto específico da sua prática profissional.

Segundo OE (2010), de entre as competências apontam-se:

- ✓ Considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- ✓ Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- ✓ Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- ✓ Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo;
- ✓ Considerando a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família;
- ✓ Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estruturais, desenvolvimento e funcionamento;
- ✓ Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- ✓ Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

Assim, e de acordo com a OE (2010), o Enfermeiro de Família interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família.

#### **iv. Dotação de enfermeiros**

A enfermagem comunitária, tem na sua essência o trabalho com as famílias, assumindo o um papel fundamental na contínua prestação de cuidados, desde do nascimento até à morte, envolvendo variadíssimas intervenções que vão desde a promoção e proteção de saúde, da prevenção da doença e da prestação de cuidados aos indivíduos doentes, sempre numa abordagem sistémica e sistemática e em complementaridade funcional com outros profissionais.

A OE (2001), nos padrões de qualidade de cuidados gerais para o exercício da profissão, diz-nos que “(...) na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem”. Ainda de acordo com OE, a mesma considera como importante para se atingir este padrão a adequação do exercício profissional “(...) o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem”.

Apesar da literatura disponível sobre esta temática não ser muito extensa, uma definição única de dotações seguras, geralmente, entende-se a dotação como o número apropriado de enfermeiros, numa determinada unidade tendo em vista suprir as necessidades dos doentes de acordo com os mais elevados padrões de segurança.

O International Council of Nurses (ICN, 2006) refere que as dotações seguras se relacionam com a situação dos cuidados e considera que estas “(...) incluem a existência de números adequados de pessoal para ir de encontro á complexidade das necessidades dos clientes num determinado espectro de ambientes”.

De acordo com a bibliografia disponível, dotações seguras estão intimamente ligadas aos cuidados de enfermagem que são necessários serem desempenhados, de modo a uma existência adequada de pessoal, em quantidade e nível de competência, para a satisfação das necessidades de cuidados dos clientes com condições de trabalho isentas de risco.

Estes pressupostos devem atender à manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. De acordo com o ICN (2006) é possível descrever uma relação direta entre as dotações seguras e os resultados dos doentes (por exemplo: morbilidade e mortalidade). Todavia, outras fontes concluem que, apesar de lógica, esta relação não pode ser comprovada por dificuldades de metodologia de investigação no que respeita à qualidade e forma de colheita dos dados (Numata et al., 2006; Flynn, 2009).

Atualmente, e em muito devido à crise económica que atravessamos, mas também à falta de consciencialização por parte das entidades responsáveis, nem sempre se encontram cumpridos os requisitos de dotação regulamentados pela OE.

De acordo com a OE (2014), “a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população”.

Perante o que foi referido a OE preconiza que no que concerne aos CSP, a enfermagem tem vindo a desenvolver e a afirmar a vertente familiar e comunitária, enquanto áreas prioritárias para o bem-estar e melhoria do estado de saúde das populações. Como forma de garantir a excelência na prestação de serviços por parte das USFs, a OE (2014) indica que a dotação do número de enfermeiros necessários deve estar em conformidade com o seguinte rácio:

✓ 1 Enfermeiro / 1550 utentes

ou

✓ 1 Enfermeiro / 350 famílias

Para reforçar a importância desta temática, e como forma de demonstrar a importância de se cumprirem estes rácios, a investigadora Linda Aiken (2012), realizou um estudo que envolveu doze países europeus e os Estados Unidos da América e concluiu que a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica estavam diretamente

associados com a satisfação dos clientes, a qualidade e segurança dos cuidados e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

De acordo com OE (2014), cargas de trabalho elevadas conduzem à insatisfação e desmotivação, e colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde. Deste modo, como forma de garantir a todas as pessoas cuidados de saúde com qualidade, e respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem lutar pelo cumprimento da dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário.

## **1.4 – Objetivos de investigação**

No início de uma investigação, é imprescindível demarcar objetivos, para que se possa obter resultados profícuos. Segundo Fortin (2009), “(...) o objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador pretende fazer para obter respostas às suas questões de investigação”. De acordo ainda com o mesmo autor um objetivo deve ser definido num enunciado declarativo que precisa a orientação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

### **1.4.1 – Objetivo geral**

Assim para este trabalho definiu-se o seguinte objetivo geral:

- Conhecer a opinião dos enfermeiros de uma USF do Grande Porto sobre a forma como a metodologia de trabalho utilizada influencia a sua satisfação profissional.

### **1.4.2 – Objetivos específicos**

Os objetivos estabelecidos para este estudo são os seguintes:

- Identificar a metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros numa USF do Grande Porto;
- Saber quais os determinantes que influenciam a satisfação profissional pelos enfermeiros numa USF do Grande Porto;
- Determinar qual a metodologia de trabalho que melhor promove a satisfação profissional, do ponto de vista dos enfermeiros numa USF do Grande Porto;
- Identificar os fatores que facilitam/dificultam a implementação da metodologia de trabalho de Enfermeiro de Família.

## II. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica segue-se à fase conceptual, em que o investigador determina os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

“A investigação científica é constituída por um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos” (Fortin, 2009).

“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso desta que, o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses” (Fortin, 2009).

A investigação caracteriza-se por um método explícito que inclui várias etapas intelectuais e técnicas operatórias para resolver um problema, sendo a escolha da metodologia uma dessas etapas (Fortin, 2009). Ainda segundo o mesmo autor a fase metodológica operacionaliza o estudo, ou seja, especifica o tipo de estudo, o meio onde se desenvolve, o método de colheita de dados e a população a que se destina.

A opção pela metodologia a utilizar num projeto de investigação é primordial e impõe uma reflexão aprofundada sobre as contendas epistemológicas, sobretudo quando se trata de investigação no universo da enfermagem. Das diferentes alternativas metodológicas disponíveis para realizar um processo de investigação, é essencial proceder a determinadas escolhas, fundamentadas não só pelos objetivos delineados, mas também de acordo com os recursos disponíveis, e das limitações do investigador.

Por aquilo que foi referido anteriormente, este capítulo pretende dar a conhecer as preferências metodológicas do presente estudo de investigação, especificando-as e fundamentando-as.

## **2.1 – Desenho de investigação**

De acordo com Fortin (2009) refere que é necessário criar um desenho de investigação que segundo o mesmo consiste “(...) num plano lógico criado pelo investigador com vista a obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas (...)”.

O desenho de investigação pode, então, ser definido como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permite explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. “O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos” (Fortin, 2009).

Desta forma o desenho de investigação é usado como uma condição orientadora que o investigador recorre de modo a orientar as suas atividades e dessa forma manter o estudo dentro dos princípios básicos da investigação científica.

Os principais elementos para que haja um desenho de investigação são, o meio onde se irá realizar o estudo, o tipo de estudo, a população e amostra e o instrumento de colheita de dados. Neste capítulo serão apresentadas as opções metodológicas adotadas para a realização deste trabalho de investigação.

### **i. Meio**

Como refere Fortin (2009), “(...) quando um estudo se desenvolve num meio em que não há um controlo rigoroso como o laboratório, é definido como o meio natural, ou seja, o estudo tem lugar no domicílio dos sujeitos, no meio de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou saúde”.

O meio utilizado será então o meio natural, porque assim desenvolve-se o estudo onde os sujeitos se encontram. O estudo será realizado numa USF do Grande Porto. É indispensável garantir que este meio é acessível, devendo-se obter colaboração e autorização indispensáveis dos intervenientes.

O facto de investigar junto das pessoas, com pessoas e para as pessoas, atribuí um carácter realista e de indelével valor ao estudo, no entanto, implica o cumprimento de determinadas questões éticas que serão abordadas posteriormente.

## **ii. Tipo de estudo**

Com base em Fortin (2009), o tipo de estudo varia em função do que se pretende: descrever variáveis ou grupos de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes. Um estudo descritivo tem como objetivo descrever e identificar detalhadamente as características de um determinado fenómeno, de maneira a destacar as características da população.

Em relação ao objetivo estabelecido, este estudo é descritivo exploratório, uma vez que pretender explorar e descrever rigorosa e claramente a percepção da satisfação profissional dos enfermeiros relativamente ao método de trabalho instituído para a prestação de cuidados. Para além do referido, será paralelamente importante perceber também outros fatores que os enfermeiros consideram ser promotores de uma maior satisfação.

Em relação à dimensão temporal, o estudo é do tipo transversal uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. Segundo Fortin (2009), este serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.

São estudos económicos, simples de organizar e fornecem dados imediatos e utilizáveis, contudo, têm um alcance mais limitado que os estudos longitudinais (Fortin, 2009). A investigação qualitativa possibilita a exploração do comportamento, das perspetivas e das experiências das pessoas em estudo.

## **iii. População-alvo, amostra e processo de amostragem**

Num estudo de investigação, é essencial a definir a população a estudar, e de seguida seleccionar os participantes para que a recolha e tratamentos de dados seja praticável.

A escolha da população junto da qual a informação para o trabalho de investigação se encontra, é uma etapa imprescindível para a realização do mesmo. De acordo com Fortin (2009), “a população é o conjunto de elementos que tem características comuns (...) a população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”.

Neste estudo a população corresponde ao conjunto de enfermeiros que exercem funções numa USF do Grande Porto. Optou-se por esta USF, pela proximidade geográfica, o que facilita a recolha dos dados, bem como, por enquanto aluno ter realizado o estágio de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária, o que permitiu um conhecimento prévio sobre a complexidade da temática em estudo.

Como refere Fortin (2009), os intervenientes devem constituir uma “fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. A fração deve ser representativa desta população”. Assim sendo, as características intrínsecas à população devem estar reproduzidas nos participantes do estudo.

Por se tratar de um estudo qualitativo, pretende-se analisar um número reduzido de participantes pois não se deseja extrapolar para o universo, mas sim, compreender as experiências vividas e as percepções individuais dos enfermeiros (Bogdan e Biklen, 1994).

Para a seleção da amostra optou-se por um método de amostragem não probabilístico, por conveniência, que obedeceu aos seguintes critérios: ser enfermeiro a exercer funções numa USF do Grande Porto e aceitar participar no estudo. Relativamente aos critérios de exclusão aplicados enumeram-se:

- ✓ os enfermeiros ausentes por motivo de férias;
- ✓ licença ou baixa prolongada.

No presente estudo foram entrevistados nove participantes cuja caracterização socioprofissional é apresentada no quadro seguinte:

Género	Idade	Habilitações literárias	Categoria Profissional	Anos de serviço em enfermagem	Anos de serviço na instituição atual	Tipo de contrato
Feminino	47	Licenciatura	Enfermeira Graduada	21	12	Contrato por tempo indeterminado
Masculino	31	Licenciatura	Enfermeiro Generalista	10	8	Contrato por tempo indeterminado
Feminino	44	Licenciatura	Enfermeiro Graduado	23	12	Contrato por tempo indeterminado
Masculino	54	Licenciatura	Enfermeiro Generalista	33	13	Contrato por tempo indeterminado
Feminino	45	Licenciatura	Enfermeiro Graduada	24	13	Contrato por tempo indeterminado
Feminino	48	Mestrado	Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária	24	23	Contrato por tempo indeterminado
Feminino	35	Licenciatura	Enfermeiro Generalista	12	12	Contrato por tempo indeterminado
Feminino	40	Licenciatura	Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária	19	12	Contrato por tempo indeterminado
Feminino	37	Licenciatura	Enfermeiro Graduada	15	15	Contrato por tempo indeterminado

**Quadro 3 – Características socioprofissionais da amostra.**

#### iv. Instrumento de recolha de dados

Inerente à concretização de qualquer trabalho de investigação, a recolha de dados assume-se como fundamental à programação das ações a desenvolver para a sua implementação.

“A colheita de dados consiste em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 2009).

Para a realização de uma investigação qualitativa existe uma diversidade considerável de estratégias para recolha de dados. Neste estudo, a estratégia escolhida e aplicada pelo investigador foi a entrevista. O tipo de entrevista selecionada para o estudo foi a semiestruturada (anexo I), e segundo Fortin (2009), este é o método mais adequado quando se pretende conhecer as experiências e as percepções dos participantes.

O instrumento de recolha de dados encontra-se organizado em duas partes: a primeira parte trata da caracterização socioprofissional que incorpora itens relativos ao entrevistado tais como, o sexo e a idade, as habilitações literárias, a categoria profissional, os anos de serviço na profissão de enfermagem, bem como o tempo de funções na instituição atual e se exercem outras atividades profissionais ou exercem atividade profissional de enfermagem em outras instituições; a segunda parte da entrevista semiestruturada, é constituída por questões abertas de orientação fazendo ressaltar os pontos de vista dos participantes relativamente aos elementos que consideram poder influenciar a sua satisfação profissional, bem como a sua opinião relativamente às diferentes metodologias de trabalho e de que forma estas podem influenciar a sua satisfação profissional.

Qualquer instrumento de recolha de dados acarreta as suas vantagens, bem como as suas desvantagens aquando da sua utilização. Com a utilização da entrevista como método de recolha de dados, o investigador considerou as seguintes vantagens:

- ✓ Ser direta na medida em que foi realizada presencialmente,
- ✓ Permitiu a obtenção de depoimentos ricos, uma vez que oferece liberdade aos participantes de relatarem a sua experiência de forma mais aberta;
- ✓ Permite obter maior eficácia na recolha de informação.

Por outro lado, considerou que apresenta as seguintes desvantagens:

- ✓ O tempo que foi necessário para a sua realização;
- ✓ A quantidade de dados obtidos dificultou a codificação e análise dos mesmos.

Para efetuar a realização das entrevistas e após verificação da validação do instrumento de colheita de dados, foram levados a cabo alguns procedimentos importantes: as entrevistas foram realizadas individualmente, em sala reservada e registadas sob o formato áudio (após prévia autorização dos entrevistados), para posterior transcrição e análise de conteúdo. A escolha deste formato permitiu reduzir possíveis fontes de distração para o entrevistado.

#### **v. Pré-teste**

O procedimento mais utilizado para averiguar a validade dos instrumentos de pesquisa é o teste preliminar ou o pré-teste, que consiste em testar os instrumentos da pesquisa numa pequena parte da população do “universo” ou da amostra, antes da sua aplicação em definitivo. O seu objetivo é verificar se esses instrumentos de recolha têm condições de garantir resultados isentos de erros.

Para Polit et al. (2004), “o pré-teste consiste num ensaio para determinar se o instrumento de colheita de dados foi executado com clareza e imparcialidade e se é eficaz para atingir os objetivos propostos”.

Segundo Fortin (2009), “o pré-teste consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo”.

O pré-teste foi realizado a dois enfermeiros de forma aleatória, e comprovou-se a viabilidade e a indubitabilidade das questões que constituem a totalidade da entrevista. A aplicação do pré-teste decorreu em maio de 2016 e pelo referido anteriormente não houve necessidade de qualquer reformulação.

#### **vi. Tratamento de dados**

O tratamento dos dados corresponde ao processo de pesquisa e de organização sistemática de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram acumulados, de maneira a ser possível a compreensão dos mesmos (Bogdan e Biklen, 1994). De acordo com Fortin (2009), “uma vez colhidos os dados, é preciso organizá-los tendo em vista a sua análise”.

Wolcott (cit. in Vale, 2004) revela três momentos fundamentais durante a fase de análise de dados: descrição, análise e interpretação. A descrição corresponde à escrita de textos resultantes dos dados originais registados pelo investigador. A análise é um processo de organização de dados, onde se devem salientar os aspetos essenciais e identificar fatores chave. Por último, a interpretação diz respeito ao processo de obtenção de significados e relações a partir dos dados obtidos.

Uma vez que a opção metodológica para realizar a recolha de dados, foi a entrevista semiestruturada é de esperar encontrar uma grande variedade de dados e também de discursos. A metodologia qualitativa será a selecionada para realizar o tratamento dos dados recolhidos. Nesta metodologia, a recolha e tratamento de dados é feita simultaneamente, permitindo desse modo atingir a saturação dos dados.

Para dar resposta a essas dificuldades, a análise do conteúdo será a técnica mais adequada para o tratamento dos dados, pois esta vem no sentido de “sistematizar as ideias principais resultantes da descrição da experiência (...) a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência, referentes ao fenómeno em estudo” (Dias 2004).

De acordo com Bardin (1977), “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição dos conteúdos das mensagens”, declinando-se para uma vertente mais quantitativa ou qualitativa. Com base nesta análise, quando é atribuída relevância à vertente quantitativa o valor das respostas reside no repetitivo (usa como critério o número de vezes que se observa determinada resposta) ao invés disso, numa vertente qualitativa, como é a ótica utilizada no presente estudo, o importante é a novidade, o interesse e o valor de um tema.

“A maioria dos procedimentos de análise organiza-se em redor de um processo de categorização” (Bardin, 1977). A categorização é a operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia, com os critérios previamente definidos).

As mensagens provenientes das entrevistas podem ser agrupadas tendo em conta diferentes categorias, assim, “na análise de conteúdo, a mensagem pode ser submetida a

uma ou várias dimensões de análise” (Bardin, 1977). A categorização é um processo estruturado que engloba duas etapas:

- ✓ o inventário: etapa em que se isolam todos os elementos;
- ✓ a classificação: nesta etapa repartem-se os elementos e organizam-se as mensagens.

No momento em que se efetua uma análise de conteúdo e se decide codificar as respostas, deve elaborar-se um sistema de categorias. A categorização do presente estudo empregou o seguinte processo: o sistema de categorias elaborado, não foi facultado à partida, resultou sim da “classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 1977), sendo que desta forma é possível um tratamento de dados mais adequado à prossecução dos objetivos estabelecidos, realizando-se depois a sua interpretação.

## **2.2 – Considerações éticas**

Para a realização de um trabalho de investigação científica, é essencial que sejam seguidos os princípios éticos que respeitem cada ser ímpar que participa no estudo.

“Qualquer investigação que envolva seres humanos deve ter em conta o ponto de vista ético” (Fortin, 2009).

“As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” (Fortin, 2009).

As questões éticas são de extrema importância num estudo como este, pois implica o ser humano que deve ser respeitado e protegido, salvaguardando os seus direitos e liberdades. Por isso, existem princípios éticos que orientam a sociedade e que protegem aqueles que não se podem proteger a si mesmos.

Nesta investigação foram assegurados os cinco principais princípios do Código de Ética de Investigação (Fortin, 2003). Sendo eles:

- ✓ **Direito à autodeterminação** – Baseia-se no princípio ético de respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

De acordo com este direito, os entrevistados foram informados da importância da sua participação neste estudo, deixando claro que eram livres de decidir se queriam participar, ou não.

- ✓ **Direito à intimidade** – Faz referência à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Foi permitido aos entrevistados a liberdade de decidir sobre a extensão da informação que entendiam dever fornecer.

- ✓ **Direito ao anonimato e confidencialidade** – Este é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.

Neste estudo, todos os resultados são apresentados de maneira a que nenhum entrevistado possa ser identificado, e durante a entrevista nunca ouve a nomeação do entrevistado, sendo todas as gravações eliminadas após a análise e tratamento dos resultados.

- ✓ **Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo** – Corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.

No presente estudo não foram previstos quaisquer riscos de ordem física, psicológica, legal ou económica que pudessem advir com a realização do mesmo.

- ✓ **Direito a um tratamento justo e equitativo** – Refere-se ao direito que o participante tem em receber um tratamento justo – direito a ser informado sobre a natureza, os objetivos e a duração da investigação; e equitativo – escolha dos sujeitos ligada ao problema de investigação, durante a participação no estudo.

Neste estudo, todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza da investigação, assim como dos métodos utilizados para a realização do estudo.

Para tal, ao longo do estudo foram sempre tidos em consideração todos os princípios éticos, e aos enfermeiros que se mostraram disponíveis para participar foi entregue um formulário de consentimento informado (anexo II). Nesse formulário é explicado aos participantes o caráter confidencial de todos os dados e a possibilidade de desistir da participação do estudo em qualquer momento.

De acordo com Polit et. al (2002), o consentimento informado significa que os participantes possuem “informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação” (Polit et al., cit. in Streubert, 2002).

### III. FASE EMPÍRICA

Nesta fase, serão apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que posteriormente se realize a discussão dos mesmos.

Segundo Fortin (2009) a fase empírica é uma etapa que inclui a colheita de dados e o seu tratamento e apresentação: passando-se depois para a leitura e análise dos dados recolhidos.

A análise e a interpretação dos dados seguiram um sistema categorial definido, e as subcategorias e os dados foram analisados categoria a categoria de acordo com os sujeitos entrevistados e tendo por base as tabelas de análise referidas.

#### 3.1 – Apresentação dos dados

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e efetuaram-se várias leituras no sentido de emergirem as categorias e subcategorias, que se apresentam de seguida no quadro 4:

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Insatisfação	
Autonomia	
Enfermeiro de Família	Vantagens Dificuldades de implementação Influência na satisfação profissional
Método de trabalho	Tarefa
Reconhecimento Profissional	
Escolha da Profissão	

**Quadro 4 – Categorias e subcategorias das unidades de registo.**

De seguida apresentam-se os quadros com cada uma das categorias, subcategorias e unidades de registo:

Categoria	Insatisfação
Subcategoria	
<b>Unidades de Registo</b>	
<p><i>“...não, acho que está longe de ser aquilo que se pretendia dos CSP. Falta trabalho comunitário e promoção de saúde...” (E2)</i></p> <p><i>“(...) não tenho, de momento não. Esta unidade não tem futuro. “(...) tendo em conta variados fatores, o pessoal ter uma taxa de absentismo elevado, é muito complicado, depois não teres viatura própria, existem muitas condicionantes que isso não possa ser assim implementado com facilidade.” (E4)</i></p> <p><i>“Acho que sim, aqui falta porque o pessoal falta.” (E6)</i></p> <p><i>“... não, pela clara diferença entre a imagem que nos foi passada do que iriam ser as USF, em comparação com o que realmente esta se encontra, nos moldes atuais).” (E8)</i></p> <p><i>“Não, acho que não estamos a trabalhar devidamente, nem de uma forma organizada, pelo que neste momento a satisfação é zero.” (E9)</i></p>	

**Quadro 5 – Apresentação das unidades de registo para a categoria: insatisfação.**

Na generalidade dos enfermeiros entrevistados ficou explícito que se encontram insatisfeitos no desempenho profissional da sua atividade. De acordo com diversos estudos que analisam a satisfação profissional nas organizações, existem determinadas atitudes individuais que podem estar correlacionadas com o facto dos profissionais se apresentarem insatisfeitos.

O absentismo é uma das variáveis individuais mais influenciada pela satisfação profissional. Cunha et al. (2010), referem que a definição mais simples e consensual é a de que o absentismo se refere à ausência inesperada de um trabalhador do seu local de

trabalho. O termo “inesperado” exclui as ausências devidas a férias, “pontes”, folgas, licenças especiais de ausência (p.e., maternidade), ou outros motivos conhecidos e/ou programados pela organização. Ainda de acordo com o mesmo autor, a consequência mais evidente do absentismo é a nula produtividade do trabalhador ausente. O relacionamento entre colegas poderá também ser afetado, dado que os trabalhadores que estão ao serviço sofrem a sobrecarga de trabalho que competiria realizar pelo colega ausente. Poderá ainda o relacionamento com a chefia ser afetado, pois os objetivos da organização, ao nível de eficiência e eficácia, mais dificilmente serão atingidos.

Como é possível compreender, as implicações do absentismo ao nível das organizações são consideráveis. A perda de produtividade, a par da diminuição da qualidade de serviço prestado pela organização tem efeitos claramente negativos. Além de incrementar os custos laborais e organizacionais, conduz à perda de eficácia, colocando em risco a qualidade do serviço prestado, no caso em estudo um serviço de menor qualidade na prestação de cuidados e na promoção de saúde. Ao nível da sociedade em geral, o absentismo acarreta igualmente elevados custos. Para além disso, tem um efeito negativo na saúde geral da população abrangida, bem como na confiança que depositam nos próprios enfermeiros.

Contudo, não se deve esquecer que o absentismo é uma variável complexa, dependente claramente dos baixos níveis de satisfação. A relação entre o absentismo e os baixos níveis de satisfação é mais relevante para as ausências frequentes do que para as prolongadas.

Outras das variáveis que se encontram presentes com frequência em profissionais insatisfeitos, é aquilo que se designa por síndrome de *burnout*. O *burnout* resulta de uma resposta emocional à situação de trabalho e pode ser entendido como um estado extremo de fadiga psicológica e emocional, que, por sua vez, pode levar à diminuição de produtividade.

A este respeito Bravo et al (cit. in Pinheira 2001), diz que o *burnout* tanto pode resultar da baixa satisfação do indivíduo, como pode ser uma consequência da insatisfação provocada por outros fatores. Como refere Neves (2001), “a maioria dos estudos demonstra correlações significativas entre o nível de satisfação profissional e o *burnout*”.

Este mesmo autor verificou a existência de correlações elevadas entre a saúde física e psicológica e a satisfação no trabalho.

O desempenho profissional é outro dos elementos que pode ser influenciado pela satisfação profissional, existindo uma clara tendência para se pensar que quando um indivíduo está satisfeito com o seu trabalho, a sua produtividade aumenta, facto que a nem todos os estudos têm constatado. Na realidade o que se tem verificado é que correlação entre estas duas variáveis é fraca, afirmando mesmo que é a produtividade que leva à satisfação, mais do que ao contrário. Isto porque um aumento da produtividade pode levar a maiores níveis de salário e probabilidades de promoção, o que originará maiores níveis de satisfação (Neves, 2001).

Outra das variáveis muito abordadas cientificamente é a relação entre a insatisfação e a atividade sindical. Segundo Bravo et al (cit. in Pinheira 2001), refere que a insatisfação, principalmente quando esta se relaciona com aspetos como remunerações e benefícios, é uma das razões que pode determinar o aumento da atividade sindical por parte dos trabalhadores e argumenta, por outro lado, que isto se deve ou ao facto de os trabalhadores, quando desmotivados, tenderem a unir-se ao sindicato ou ao facto de estarem, por este motivo, mais conscientes e informados sobre os seus direitos laborais.

Muito importante também em todas as organizações, é o clima gerado entre os seus colaboradores. Segundo Neves (2001), é possível determinar a relação existente entre a manifestação de comportamentos de apoio aos colegas de trabalho (independentemente do conteúdo das funções, deveres e obrigações formais do trabalhador) e a satisfação profissional. Este autor verificou que esta manifestação tem maior incidência nos indivíduos com maiores níveis de satisfação.

Ferreira e Sousa (2006) salientam que a satisfação profissional dos enfermeiros é condicionada por diversos fatores 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.

Categoria	Autonomia
Subcategoria	
<b>Unidades de Registo</b>	
<p><i>“Não, acho que está longe de ser aquilo que se pretendia dos CSP. Aposta-se mais nas tarefas, no apoio à consulta médica e não tanto no trabalho comunitário que era suposto existir de promoção de saúde. (...) para não ficar tão dependente da lista médica.” (E2)</i></p>	
<p><i>“Sim, podíamos ser mais independentes, ter mais autonomia, caminhar mais para esse sentido. Ainda dependemos do trabalho com o médico de família, (...) a população beneficiava de atividades mais autónomas. Mais dependentes apenas do enfermeiro, tal como a saúde escolar, por exemplo.” (E3)</i></p>	
<p><i>“(...) nós estamos agregados a uma lista de utentes de determinado médico (...)” (E4)</i></p>	
<p><i>“(...) também trabalhei num serviço muito específico, a neonatologia é um serviço específico, depende muito de nós e valorizam muito o papel da enfermagem, até mais que o papel médico (...) eu tenho uma visão completamente distinta do enfermeiro, de um lado e de outro. Aqui nos CSP, o enfermeiro é um acessório, passam para ver as tensões, para quando chegar ao médico já ter as coisas adiantadas. A visibilidade do nosso trabalho nos CSP, não é muito grande, existe um doente ou outro que se manifesta, mas na generalidade acho que não.” (E6)</i></p>	
<p><i>“A enfermagem ainda é muito vista como algo pouco específico, fazemos um pouco de tudo, sem grande qualificação. Entende que o trabalho do enfermeiro é de pouca sabedoria, tende a não valorizar o nosso trabalho.” (E7)</i></p>	
<p><i>“Acho que cada vez mais os utentes entendem que a enfermagem tem atividades autónomas” (E8)</i></p>	

**Quadro 6 – Apresentação das unidades de registo para a categoria: autonomia.**

Segundo Cura e Rodrigues (1999), o reconhecimento, a responsabilidade e a autonomia são fatores intrínsecos que aumentam os níveis de satisfação dos enfermeiros para o

exercício da profissão. O trabalho em equipa é considerado dos melhores incentivos, assim como o aumento da autonomia, da responsabilidade e do melhor ambiente de trabalho (ambiente de suporte e de solidariedade), o que poderá aumentar a satisfação profissional (Santos et al., 2007 cit. in Cerdeira, 2010). Diversos estudos realizados com a finalidade de perceber quais os fatores propiciadores do stresse demonstrado pelos profissionais, concluíram que a baixa autonomia, a falta de reconhecimento e falta de comunicação entre colegas, são as principais causas e que muitas vezes conduzem á vontade de sair da organização.

Segundo Tonges et al. (1998), a autonomia profissional promove significativamente a satisfação profissional dos enfermeiros. Diversos estudos têm demonstrado que a falta de autonomia leva a insatisfação profissional. A falta de autonomia, que impede a satisfação profissional, contribui para o “desgaste” em enfermagem. Este “desgaste” pode manifestar-se sob a forma de absentismo e aumento de *turnover* na equipa (McNeese-Smith, 1995).

É também importante referir que os enfermeiros mencionaram várias medidas que poderiam conduzir a um aumento da sua autonomia, das quais se podem salientar: promover ações de formação, aumentar e/ou melhorar instalações e equipamentos, melhorar o Sistema Informático de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), aproximar as estruturas de decisão do terreno, recorrer a uma maior participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento da unidade, assegurar estabilidade nas equipas de trabalho e proporcionar incentivos institucionais e financeiros, que conduziriam a repercussões positivas na sua satisfação profissional e na sua satisfação em geral, bem como proporcionavam uma maior motivação e dedicação.

O Enfermeiro de Família é claramente um agente promotor na melhoria do estado de saúde da população em geral. De acordo com a OMS (2002), o conceito de enfermagem de família traduz uma combinação particular de vários elementos, em que a família é o foco principal, em que os membros devem contribuir para uma família saudável.

Categoria	Enfermeiro de Família
Subcategoria	Vantagens Dificuldades de implementação Influência na satisfação profissional
<b>Unidades de Registo</b>  <p><i>“O Enfermeiro de Família a ser praticado na sua plenitude seria uma mais valia, o enfermeiro conhecer as suas famílias, estar habituado a lidar com elas, fazer um acompanhamento desde do nascimento até à idade adulta, passando pela velhice, compreender aquele utente inserido numa família é diferente de o ver como um indivíduo sem um contexto social, familiar, seja o que for.” (E2)</i></p> <p><i>“Os médicos, e os próprios colegas, que estão muitas vezes ausentes, tenho que atender os doentes deles, não tenho tempo para me dedicar só aos meus.” (E3)</i></p> <p><i>“A própria instituição, a forma de trabalhar aqui desde do início, resistência por parte de alguns enfermeiros, de alguns médicos, a desorganização nas consultas aos grupos de risco, os horários dos médicos... má organização.” (E5)</i></p> <p><i>“Falta de vontade de trabalhar por parte de alguns colegas, de todas as partes da equipa multidisciplinar. Em todas as partes existem elementos que fazem boicote e impedem que isto seja uma USF real. Podia funcionar muito melhor, se existem indicadores, não é apenas para benefícios monetários, ou não deveria ser olhado assim. (...) as pessoas não entendem isto porque é muito mais fácil não o fazer, porque fazer dá trabalho. (...) é um trabalho com continuidade e responsabilidade, e a maior parte dos colegas não quer essa responsabilidade, porque é muito mais fácil fazer um trabalho à tarefa em que a responsabilidade não é de ninguém. Aqui ninguém quer assumir nada.” (E7)</i></p>	

**Quadro 7 – Apresentação das unidades de registo para a categoria: Enfermeiro de Família.**

Deste modo são inúmeras as vantagens já identificadas com a implementação desta metodologia de trabalho, uma vez que permite aos profissionais entre outras intervenções, apoiar os indivíduos e família a identificarem estratégias de  *coping*  para lidarem com a incapacidade e doença crónicas, bem como períodos de stresse ou de maior

vulnerabilidade, passando grande parte do tempo a trabalhar com os utentes nas suas casas, com as famílias. Para além disto, os enfermeiros de família poderão também aconselhar as famílias no que concerne aos estilos de vida e comportamentos de risco, e ainda auxiliar em todas as questões relativas à saúde, através da deteção precoce de problemas.

O Enfermeiro de Família apresenta-se como um elemento fulcral no seio de uma equipa multiprofissional e entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados, desde a conceção até à morte e nos acontecimentos de vida críticos, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida.

Categoria	Método de trabalho
Subcategoria	Tarefa
<p><b>Unidades de Registo</b></p> <p><i>“É assim, nós devíamos funcionar com Enfermeiros de Família, mas no fundo estamos a trabalhar à tarefa, ou a maior parte das vezes trabalhamos à tarefa.” (E1)</i></p> <p><i>“Basicamente somos enfermeiros por tarefa, apesar de sermos enfermeiros de família no papel. Desempenhamos tarefas, ou estamos nos tratamentos, ou no apoio à consulta, ou nos domicílios; não é o trabalho ideal (...).” (E2)</i></p> <p><i>“É tudo ao molho e fé em Deus, mas existe método em alguma coisa aqui. No meu entender é à tarefa, embora se diga que é de família.” (E5)</i></p> <p><i>“Aqui, ainda utilizamos o método de tarefa.” (E8)</i></p>	

**Quadro 8 – Apresentação das unidades de registo para a categoria: método de trabalho.**

A utilização da metodologia de trabalho por tarefa pode não estar muitas vezes de acordo nem com a situação clínica do cliente nem com a experiência ou a capacidade do enfermeiro que realiza o atendimento, indo de encontro ao que Chauvenet (1972) designa de “confusão de tarefas”, já que a sua forma de parcelização não corresponde a nenhuma

especialização. Tornando-se, portanto, impossível a atribuição de responsabilidades (como, por exemplo, erros e omissão de cuidados), uma vez que o nível de imputabilidade é extremamente baixo (Munson e Clinton, 1979).

A escolha por uma fragmentação das ações de enfermagem pode também ser responsável pela perda das capacidades únicas e individuais de cada profissional, levando-os ao desempenho mecanicista de tarefas e, em consequência disso, à perda das suas capacidades criativas e das suas iniciativas. A participação do profissional no processo de assistência ao cliente gera sentimento de frustração no executar das tarefas, uma vez que se torna impossível sentir-se gratificado (como único responsável) pelo sucesso de determinada atividade. O indivíduo torna-se passivo e atua impulsionado por ordens pré-determinadas.

Os enfermeiros participantes apresentaram respostas que demonstram que a sua insatisfação profissional é em muito resultado do facto de ainda realizarem a conceção dos cuidados de enfermagem, utilizando método de Tarefa. Atualmente, e com as intensas transformações ocorridas na sociedade e nas instituições de saúde, em particular nas USFs, é necessário implementar modelos baseados numa ação dos profissionais mais participativa. Ao converter-se a prestação de cuidados no método de Enfermeiro de Família, maior será a satisfação pessoal no trabalho, a produtividade e a participação de todos com responsabilidade.

Categoria	Reconhecimento profissional
Subcategoria	
<p><b>Unidades de Registo</b></p> <p><i>“(...) aqui nos CSP, o enfermeiro é um acessório, passam para ver as tensões, para quando chegar ao médico já ter as coisas adiantadas. A visibilidade do nosso trabalho nos CSP, não é muito grande, existe um doente ou outro que se manifesta, mas na generalidade acho que não.” (E1)</i></p> <p>(continua na página seguinte)</p>	

*“(...) A enfermagem ainda é muito vista como algo pouco específico, fazemos um pouco de tudo, sem grande qualificação. (...)” (E2)*

*“Não, na USF não, quando comparado ao hospital onde trabalhei, é a minha percepção.”*

(E8)

*“Não.” (E9)*

**Quadro 9 – Apresentação das unidades de registo para a categoria: reconhecimento profissional.**

O reconhecimento profissional é talvez o principal dos fundamentos da valorização profissional que depende muito menos de nós e muito mais dos outros. Ele não é mais do que uma manifestação de que o trabalho é diferenciado e valioso e, como tal, assume-se como um dos fatores motivadores.

O reconhecimento significa elogiar e mostrar apreço pelas realizações das pessoas, pelas suas contribuições importantes. Permite motivar as pessoas, levam-nas a repetirem comportamentos desejáveis, mostram-lhes as prioridades, orientam-nas na execução das tarefas e criam um clima favorável ao empenhamento. O reconhecimento profissional dos enfermeiros, não só é importante, por parte dos restantes elementos da equipa, mas em especial pela população alvo das suas intervenções.

A enfermagem precisa ocupar espaços e ter o reconhecimento enquanto uma das profissões essenciais da saúde. Necessita de uma atuação pública que expresse os vários aspetos constitutivos de uma profissão, isto é, o saber específico, o mercado de trabalho, a forma de organização, e especialmente a importância dos enfermeiros participarem mais efetivamente das diferentes iniciativas que dizem respeito à saúde, em particular, as empreendidas no âmbito dos CSP, no sentido de ampliar a visibilidade do saber e do fazer em enfermagem, perante a população, como forma de melhorar o seu reconhecimento.

No entanto, para se alcançar o reconhecimento da profissão e reconstruir as exigências sociais que a sustenta, é necessário estabelecer uma metodologia de trabalho com as pessoas e para as pessoas, daí a importância de se efetivar uma atuação de acordo com as competências do Enfermeiro de Família.

Todavia, para que seja possível transformar esta realidade, é essencial que os próprios profissionais se responsabilizem pelas suas ações, se desacomodem e enfrentem os desafios, procurando apropriar-se das suas competências, de modo a intervir de forma pró-ativa nas diferentes áreas da sociedade.

Categoria	Escolha da profissão
Subcategoria	
<b>Unidades de Registo</b>	
<p><i>“Não escolheria. Adoro a minha profissão, adoro a dimensão humana que a caracteriza, mas realmente a nível de motivação e satisfação nos últimos anos, faz-me pensar que deveria ter tomado outro caminho (...).” (E2)</i></p> <p><i>“Não, de maneira nenhuma. Era educadora de infância e já recebia como licenciada.” (E4)</i></p> <p><i>“Infelizmente escolheria, porque adoro o que faço, mesmo com todas estas dificuldades.” (E5)</i></p> <p><i>“Não, escolheria ser enfermeira veterinária.” (E9)</i></p>	

**Quadro 10 – Apresentação das unidades de registo para a categoria: escolha da profissão.**

É uma realidade atual, que os sistemas de saúde a nível mundial são cada vez mais desafiados e deparam-se com uma gama crescente de necessidades de saúde e restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços para fortalecer as infraestruturas e forças de trabalho do setor da saúde.

No contexto da saúde, os CSP são considerados a base de todo o sistema de saúde, com princípios definidos que tenham aplicabilidade na prática de cuidados de saúde, particularmente ao nível da prestação de cuidados, visto que estes têm que estar mais orientados para a comunidade, maior flexibilidade na sua gestão de organização, desburocratização, implementação do trabalho em equipa, autonomia e

responsabilização, melhoria contínua de qualidade, contratualização e avaliação dos objetivos e indicadores de cada unidade de saúde, são fundamentais para o melhor nível de funcionamento do sistema. Tendo em conta estas reais necessidades, era fundamental investir nos CSP, a nível de recursos humanos, infraestruturas, recursos materiais, educação, formação dos profissionais, investigação e melhoria da qualidade.

“A proporção desequilibrada no rácio enfermeiro/clientes para além de afetar negativamente os cuidados prestados aos clientes, também afeta os enfermeiros, aumentando o risco de exaustão emocional, stress e insatisfação profissional” (Sheward et al., 2005).

Com o aumento crescente de responsabilidade que se coloca aos enfermeiros, com a expectativa que os mesmos obtenham cada vez mais resultados, e paralelamente a redução que se verifica quer no seu vencimento quer nos incentivos, bem como de uma forma geral em toda a sua qualidade de vida, conduz a uma desmotivação patente, que pode ser observada quando questionados sobre se pudessem voltar atrás escolhiam novamente ser enfermeiros. É claramente perceptível que muitos destes profissionais precisam de rapidamente serem valorizados quer pelas entidades superiores, quer pela população em geral, como forma de dar alento ao seu trabalho e premiar a sua dedicação.

### **3.2 – Discussão dos resultados**

Este elemento do presente trabalho pretende refletir sobre os resultados considerados mais significativos do estudo, principalmente aqueles que vão dar resposta às questões de investigação. Para além do referido, procura relacionar os resultados obtidos e a fundamentação teórica apresentada ao longo do trabalho, bem como tirar ilações deste estudo.

De acordo com Fortin (2009), “(...) os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto”.

A discussão de resultados é segundo Fortin (2009) apreciar e interpretar os mesmos, ou seja, “(...) o investigador examina os principais resultados de investigação ligando-os ao problema, às

questões (...) o investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas (...)”.

Em relação aos resultados esperados, esta investigação procurou analisar a percepção dos enfermeiros de uma USF do Grande Porto sobre a forma como a metodologia de trabalho utilizada influencia a sua satisfação profissional.

De acordo com os resultados encontrados podemos afirmar que os mesmos são indicativos da insatisfação profissional que, nos tempos atuais, os enfermeiros revelam, independentemente do seu contexto profissional e de onde desenvolvem a sua atividade. Por outro lado, os resultados também deixam transparecer alguns outros fatores que potenciam o seu estado de insatisfação, o que vem ao encontro de outros estudos realizados no mesmo âmbito.

De ressaltar, que de forma unânime os enfermeiros desta USF consideraram que a sua satisfação profissional é profundamente influenciada pela metodologia de trabalho utilizada, sendo que na opinião da generalidade dos profissionais, o método de tarefa utilizado atualmente não vai de encontro ao que entendem ser a forma de melhor promover a saúde da população alvo, e desse modo condiciona fortemente a sua própria satisfação. No entender dos enfermeiros a implementação definitiva da metodologia de trabalho de Enfermeiro de Família, proporcionava uma maior satisfação e motivação profissional, bem como um maior reconhecimento da sua atividade por parte de todos os intervenientes.

Com a atual organização da prestação de cuidados, os enfermeiros não dedicam as suas intervenções aos utentes/famílias que lhes estão consignados. Os enfermeiros prestam os seus cuidados de uma forma individualizada e por tarefa de trabalho. Não subsiste desta atual organização, um conhecimento integral e completo do utente e família, assim como não se verifica uma correta continuidade de cuidados prestados, pelo que como foi notório pelos resultados observados, que esta é uma condicionante negativa na satisfação profissional.

O Enfermeiro de Família, de acordo com a OMS, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação

de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade (OE 2010). Os Enfermeiros valorizam as competências da prestação de cuidados globais e holísticos aos clientes, o que vai de encontro ao preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Familiar publicado pela OE em 2010.

De acordo com a informação recolhida, esta revela que os enfermeiros consideram como fatores causadores da sua insatisfação, as condições de trabalho, a metodologia de trabalho utilizada, as relações de trabalho e suporte social, a realização pessoal e profissional, a remuneração, a ausência de reconhecimento profissional e a impossibilidade de progressão na carreira.

Curtis (2007) refere que a investigação acerca da satisfação profissional dos enfermeiros é do interesse dos gestores na área da saúde porque esta está diretamente relacionada com uma elevada taxa de absentismo e *burnout*, podendo conduzir a uma redução na produtividade e qualidade dos serviços de saúde prestados.

Na perspetiva de Robbins (1999), a importância da satisfação profissional é óbvia. Os gestores devem preocupar-se com o nível de satisfação no trabalho por várias razões: existe a clara evidência de que os trabalhadores insatisfeitos faltam mais ao trabalho, são mais propensos a assumir comportamentos destrutivos e a pedir a demissão. Por outro lado, a satisfação no emprego estende-se à vida do empregado fora do seu local de trabalho (Castro et. al., 2011).

Os Enfermeiros consideram que são uma referência para os cidadãos no acesso aos cuidados de saúde e que a promoção da saúde é um eixo central no trabalho que desenvolvem. Para a OE (2000), a promoção da saúde é um processo dinâmico que tem como alvo capacitar as pessoas para terem controlo sobre a sua saúde.

Do ponto de vista dos profissionais o trabalho em equipa multidisciplinar e a assunção de uma responsabilidade coletiva são fatores determinantes para a implementação da metodologia do Enfermeiro de Família. No entanto, a falta de iniciativa por parte dos restantes pares, o desequilibrado rácio enfermeiro/utente motivado pelo absentismo, a

falta de consciencialização dos benefícios da implementação desta metodologia por parte dos profissionais da equipa médica e a ausência de meios e estruturas de apoio, são os fatores apresentados pelos enfermeiros como dificultadores de ser implementada a referida metodologia., na USF analisada neste estudo.

#### **IV. CONCLUSÃO**

A satisfação no trabalho é um fenómeno bastante estudado e tal interesse decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afetando, assim, a sua saúde física e mental, as atitudes, o comportamento profissional e social, tanto com repercussões para a vida pessoal e familiar do indivíduo como para as organizações (Locke, 1976). A satisfação profissional dos enfermeiros é na sua essência um fenómeno complexo. O seu estudo torna-se relevante dada a sua influência sobre a qualidade dos cuidados prestados aos clientes e na qualidade de vida dos enfermeiros.

O presente estudo enquadrou-se na temática da importância da metodologia de trabalho na satisfação profissional. A ideia de base através da qual surgiu esta investigação, foi indagar a percepção dos enfermeiros de uma USF do Grande Porto sobre a forma como a metodologia de trabalho utilizada pode influenciar a sua satisfação profissional.

A satisfação profissional é sem dúvida um atributo que concerne em si inúmeras variáveis individuais e contextuais em que o perfil social, demográfico, económico e cultural de cada ser humano combinado com o momento histórico, político e económico criam expectativas de satisfação muito distintas, por esta razão a entrevista foi constituída por duas partes, a primeira que permitia caracterizar a amostra e segunda direcionada para a percepção individual da satisfação propriamente dita.

Este estudo, de natureza qualitativa, de carácter exploratório-descritivo, com uma amostra de nove enfermeiros de uma USF do Grande Porto, permitiu atingir os objetivos previamente estabelecidos.

Como principal conclusão desta investigação, atendendo às respostas obtidas através das entrevistas realizadas, é de que os profissionais estão insatisfeitos com a metodologia de trabalho implementada, uma vez que consideram que a metodologia que melhor favorecia a sua satisfação, mas também a satisfação da população alvo é a metodologia de Enfermeiro de Família.

Analisando as suas opiniões, diversas são as razões para a mesma não ter ainda sido implementada, entre elas, a falta de autonomia, a inércia da classe médica e também a também a carência de iniciativa por parte dos enfermeiros. Referem ainda outros determinantes promotores da sua insatisfação, como são exemplos a ausência de uma carreira em enfermagem, a falta de reconhecimento profissional, a remuneração desadequada com as funções que desempenham e também as relações interpessoais.

A satisfação no trabalho, nomeadamente a dos enfermeiros, é um tema que vem sendo estudado, de forma que se identifique os fatores que motivam ou desencadeiam a (in) satisfação no trabalho, mas também perceber de que modo se pode manter os trabalhadores satisfeitos.

Sabe-se que os profissionais que apresentam níveis de satisfação elevados prestam cuidados de qualidade, apresentam uma maior produtividade, com conseqüente redução dos custos associados aos cuidados. De forma contrária, os profissionais expostos ao stress e à sobrecarga de trabalho apresentam sinais de fadiga e exaustão, diminuição na produtividade, qualidade e segurança dos cuidados que prestam e um maior absentismo laboral.

É possível observar que os fatores potenciadores de insatisfação, acima referidos, parecem corresponder a dois grupos distintos de fatores: um grupo que se insere num quadro político, como seja, o referente à carreira de enfermagem e à questão remuneratória e um outro relativo ao comportamento e dinâmica da própria instituição. Neste último grupo, podemos considerar os fatores que dizem respeito ao modelo da prestação de cuidados, à ausência do reconhecimento profissional, falta de autonomia e também as relações interpessoais.

Os dados obtidos com este estudo merecem reflexão, sendo de todo o interesse a inversão da situação de insatisfação, podendo contribuir para isso, algumas sugestões dadas pelos próprios enfermeiros participantes no estudo, juntamente com outras sugestões que o investigador considera importantes, e que se descrevem de seguida:

- ✓ implementar o mais rápido possível a metodologia de trabalho por Enfermeiro de Família;

- ✓ incentivar o espírito da equipa multidisciplinar, em especial ao nível dos médicos e administrativos;
- ✓ melhorar as relações interpessoais/comunicação entre os profissionais de enfermagem e as chefias do topo (enfermagem);
- ✓ reconhecimento do profissional de enfermagem pela população alvo, bem como por parte dos restantes profissionais da instituição;
- ✓ rever a política da instituição no que diz respeito à formação contínua;
- ✓ aumentar a autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros, assim como a definição de competências;
- ✓ implementar linhas de orientação ou protocolos;
- ✓ criar espaços de reflexão, através da realização de reuniões de serviço;
- ✓ alteração da carreira de enfermagem (sugestão mais global e de cariz político);
- ✓ e uma remuneração de acordo com as competências e funções desempenhadas pelos enfermeiros.

As instituições de saúde, os seus profissionais, e neste caso em particular os enfermeiros existem para servir o cidadão. Desta forma, compete às instituições adequar os recursos e criar as estruturas que permitam o exercício profissional de qualidade e, paralelamente, satisfaçam as necessidades dos enfermeiros, de modo a que estes maximizem a sua produtividade e qualidade na prestação de cuidados.

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão fornecer importantes indicadores em relação ao grau de satisfação profissional relativamente à metodologia de trabalho, dos enfermeiros de uma USF do Grande Porto. Ao mesmo tempo permite identificar os aspetos mais prementes que contribuem para a sua insatisfação profissional.

Antes de terminar, é importante fazer referência a duas limitações deste estudo. Uma das limitações está relacionada com o facto de a amostra conter apenas enfermeiros de uma USF que utilizam a mesma metodologia de trabalho, se houvesse possibilidade de comparar dados de enfermeiros de diferentes instituições, com metodologias de trabalho variadas, permitia uma aferição mais profunda, da forma como estas influenciam a satisfação profissional.

O facto de a recolha de dados ter ocorrido num único momento, tratando-se assim de um estudo transversal, também representa uma limitação. Torna-se assim impossível estabelecer relações causais por não existir uma sequência temporal. Dado que o estudo realizado é transversal, não é possível ter a certeza que os resultados encontrados estão a ser influenciados pelo método utilizado (Podsakoff, MacKenzie, Lee e Podsakoff, 2003 cit. in Fortes-Ferreira, 2009).

Futuramente poderão ser realizados estudos longitudinais, com maiores dimensões e variabilidade de amostras, com enfermeiros oriundos de diferentes instituições, para confirmar se os resultados obtidos se coadunam com os apresentados neste estudo.

A realização deste trabalho constitui para o investigador um motivo de grande satisfação pessoal, não só pelos conhecimentos que permitiu adquirir, mas também pela oportunidade de falar com futuros colegas de profissão, ouvir os seus anseios e lamentos e ao mesmo tempo perceber as suas expectativas relativamente ao futuro da profissão que escolheu abraçar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J. S. (1963). Towards an understanding of inequality, *Journal of Abnormal and Normal Social Psychology*, Vol. 67, pp. 422-436.
- Adams, J.S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2, pp. 267-299). New York: Academic Press.
- Aiken, L. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care. *British Medical Journal*. London.
- Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho. *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 281-306). Lisboa: McGraw-Hill.
- Amaro, Fausto. (2004). Família Portuguesa - Tendências Actuais. *Revista Cidade Solidária*, Nº14. ISBN: 0874-2952. p. 2-3.
- Assembleia da República - Lei n.º 48/1990 de 3 de agosto. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 195 de 24 de agosto de 1990, p. 3452-3459. Lei de Bases da Saúde.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Blood, M. R. e C. L. Hulin, (1967). Alienation, environmental characteristics and worker responses, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 51, pp. 284-290.
- Bockerman, P.; Ilmakunnas, P. (2012). The Job Satisfaction Productivity Nexus: A Study Using Matched Survey and Register Data. *Industrial and Labor Relations Review*. Vol. 65, nº2. London.

- Boekholdt, M.G. (1979). The implementation of team nursing: A change process and research project. In: Dutch General Hospital(Ed.). International Council for the Quality of Working Life- Working on the Quality of Working Life, (vol8, pp. 263-275), Boston: Martins Nighoff Publishing.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto Editora.
- Castledine, G. e Llandaff, B. M. (1988). A prática da Enfermagem: O processo de Enfermagem, Lisboa.
- Castro, Jorge; et al. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Vol.29, n.º 2, p. 157-172.
- Cerdeira, J. M. R. (2010). Avaliação da satisfação dos profissionais do ACES Baixo Vouga II, [Dissertação de Mestrado]. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Chauvenet, A. (1972). Professions hospitalières et division du travail. In Sociologie du Travail, 2/72.
- Cleary, P. D. (1991) – Patients evaluate their hospital care: a national survey. Health Affairs. Vol. 10, nº 4, p. 254-267.
- Coutinho, C. M. (2011). Investigação em Tecnologia na Universidade do Minho: uma abordagem temática e metodológica às dissertações de mestrado já concluídas nos cursos de Mestrado em Educação. Actas do XV Colóquio Tecnologias em Educação: Estudos e Investigações. Lisboa.
- Cunha, M. P., Rego, A., R.C, Cabral-Cardoso, C., Marques, C.A. e Gomes, J.F.S. (2010). Manual de gestão de pessoas e do capital humano (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Cura, M. L. A.; Rodrigues, A. R. F. (1999). Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.7, p. 21-28.
- Curtis, E. A. (2007). Job satisfaction: a survey of nurses in the Republic of Ireland. *International Nursing Review* 54 (1), p. 92–99.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores que desempenho*. Loures: Lusociência.
- Dionne, D.; Mousette, D.; Serralheiro, M. e Struelens-Galand, B. (1987). Le pour et le contre. *Nursing Québec*. Vol 7.
- Ferreira, Maria A. M.; Sousa, Luís M.M. (2006). Satisfação no Trabalho e Comportamentos estratégicos. Amadora: *Revista Portuguesa de Enfermagem*, vol.6, p. 37-46.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>>. [Consultado em 25/05/2016].
- Flynn, M., McKeown, M. (2009). Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research. *Journal of nursing management*. London.
- Foa, U. G. (1957). Relation of workers, expectation to satisfaction with supervisor. *Personnel Psychology*, Vol. 10, pp. 161-168.
- Fortes-Ferreira, L. M. (2009). *La fuerza del clima: sus antecedentes y su papel modulador en la relación clima-rendimiento de los equipos de trabajo – un estudio longitudinal*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Valência.

[Em linha]. Disponível em <<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=11994>>. [Consultado em 04/06/2016].

- Fortin, M. F, Grenier. R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In Fortin, M. F., O processo de investigação, da conceção à realização, Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Gil, A. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas.
- Gomes, D. e Borba, D. (2011). Motivação no trabalho. In D. Gomes (Coord.) Psicologia das organizações, do trabalho e dos recursos humanos (pp. 241-319). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Herzberg, F. (1969). Work and the nature of man. Cleveland: World Publishing.
- Humphris, D. (1988). Trabalho em equipa: a eliminação de barreiras. Nursing, 2 (14), março, 14-15.
- International Council of Nurses. (2006). Dotações seguras, salvam vidas. Genebra.
- Jorge, I. C. & Simões, M. C. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. Servir, Lisboa.
- Klein, S. M. e J. R. Maher, (1966). Educational level and satisfaction with pay, Personnel Psychology, Vol. 19, Nº 2, pp. 195-208.

- Kron, T. e Gray, A. (1989). Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança (6ª ed.). Rio de Janeiro: Interlivros, 11-19.
- Kuhlen, R. G. (1963). Needs, perceived need satisfaction opportunities and satisfaction with occupation, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 47, Nº 1, pp. 56-64.
- Lima, A.; Mesquitela, R. (1996) - Satisfação profissional dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego. *Servir*. Vol. 44, nº 1, p. 22-31.
- Lima, M. L., Monteiro, M. B. e Vala, J. (1995). A satisfação organizacional: Confronto de modelos. *Psicologia Social das Organizações: Estudos em empresas portuguesas* (2ª ed., pp. 101-122). Oeiras: Celta Editora.
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp.1297-1349). Chicago: RandMcNally.
- Lopes, A. e Nunes, L. (1995). Enquadramento da ética na enfermagem. *Servir*, 43 (6), 297-301.
- Lopes, N. G. M. (1994). A recomposição dos saberes, ideologias, e identidades de enfermagem – estudo sociológico em contexto hospitalar, *Dissertação de Mestrado*, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Lu, H., While A. E., & Barriball K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. London.
- Maia, N. D. (2012). Satisfação em enfermagem: comparação entre setor público e privado, [Dissertação de Mestrado]. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Martinez, M.C. e Paraguay, A.I. B.B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. [Em linha]. Disponível em <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151637172003000200005&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151637172003000200005&script=sci_arttext)>. [Consultado em 12/06/2016].
- Maslow, Abraham H. (1954). A theory of human motivation. [Em linha]. Disponível em <[psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm](http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm)>. [Consultado em 20/05/2016].
- McNeese-Smith, D. (1995). Job Satisfaction, Productivity, and Organizational Commitment: The Result of Leadership. Journal of Nursing Administration, Vol. 25, N° 9, pp. 17-26.
- Munson F.; Clinton (1979). Defining Nursing Assignment Patterns. Nursing Research, 28, 243-247.
- Neves, J. (2001). Aptidões Individuais e Teorias Motivacionais'. In: Manual de Psicossociologia das Organizações. Editado por C. Ferreira, E. Caetano e J. Neves. Amadora: McGraw-Hill. pp.255-305.
- Numata, Yuka; Schulzer, Michael; Van der Wal, Rena; Globerman, Judith; Semeniuk, Pat; Balka, Ellen; Fitzgerald, J. M. (2006). Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis. Journal of advanced nursing. London.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Normas para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Regulamento n.º 533/2014. Lisboa. [Em linha]. Disponível em < [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enferm](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enferm)

agem\_AG\_30\_05\_2014\_aprovado\_por\_maioria\_proteg.pdf>. [Consultado em 15/05/2016].

- Ordem dos Enfermeiros. (2000). Promoção da Saúde o CIE e a mobilização dos enfermeiros para a promoção da saúde. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Lisboa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar>>. [Consultado em 11/06/2016].
- Organização Mundial De Saúde. (2002). Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS. Loures: Lusociência.
- Organization Mondiale de la Santé. (2000). L’infirmiere de famille, contexte, cadre conceptuel Et programme d’études. [Em linha]. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108472/1/E74471F.pdf>>. [Consultado em 29/05/2016].
- Payne, M. (1982). Working-In Teams. Londres: Macmillan.
- Pearson, A. (1988). Primary Nursing. London: Crom Helm.
- Pérez-Ramos, J. (1980). Satisfação no trabalho: metas e tendências. Tese Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis.
- Pinheira, V.M.B. (2001). Satisfação Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica: Estudo das cinco profissões. Coimbra.
- Pinheiro, M. F. R. (1994). Organizar a prestação de cuidados: uma função/desafio para o enfermeiro chefe. Servir, 42 (6) novembro/dezembro, 319-331.155.

- Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Queiroz, A. (2009). Enfermeiros e Famílias - Abordagem sobre a Enfermagem de Família e o Enfermeiros (de saúde) da Família. Sinais Vitais, pp. 11020. Lisboa.
- Robbins, S. P. (2009). Comportamento organizacional. São Paulo: Prentice Hall.
- Sheward, L.; et. al. (2005). The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. Journal of Nursing Management, 13(1), p. 51-60.
- Silva, R.B. (1998). Para uma análise da satisfação com o trabalho. Sociologia – Problemas e Práticas, 26, 149-178.
- Spector, P. (1997). Job Satisfaction - Application, Assessment, Causes, and Consequences. SAGE Publications. 1997. ISBN 076-198-923-4.
- Steuer, R. S. (1989). Satisfação no trabalho, conflito e ambiguidade de papéis: estudo junto às enfermeiras de Maternidade Escola do Município de São Paulo. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Streubert, H; Carpenter, H. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista, 2ª ed. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Tonges, M. C., H. Rothstein e H. K. Carter (1998). Source of Satisfaction in Hospital Nursing Practice: A Guide to Effective Job Design. Journal of Nursing Administration, Vol. 28, Nº 5, pp. 47-61.

- Vale, I. (2004). Algumas notas sobre Investigação Qualitativa em Educação Matemática, O Estudo de Caso. Revista da Escola Superior de Educação, vol.5. Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, páginas: 171-202.
- Vroom, Victor. H. (1964). Work and Motivation; S. L., Wiley.
- Wilkin, D.; Hallam, L.; Dogget, M. A. (1996). Measures of need and outcomes for primary health care. Oxford: Oxford University Press.

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Guião orientador da entrevista**

## PARTE I - CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS:

Complete ou assinale com um X as respostas que correspondem à sua situação.

1. Sexo: Masculino  Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos.
3. Habilitações literárias: \_\_\_\_\_.
4. Categoria Profissional:  
Enfermeiro Generalista   
Enfermeiro Especialista   
Qual a Especialidade: \_\_\_\_\_.
5. Anos de serviço na profissão de Enfermagem: \_\_\_\_\_.
6. Tempo de Funções na instituição atual: \_\_\_\_\_.
7. Tipo de contrato: \_\_\_\_\_.
8. Exerce outra atividade profissional: SIM  NÃO
9. Exerce atividade profissional como Enfermeiro noutra instituição:  
SIM  NÃO

## **PARTE II – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. Considera que o trabalho que desenvolve na USF lhe traz satisfação profissional?
2. Em sua opinião a metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros influencia a satisfação profissional?
3. Qual o método de trabalho que utiliza no desempenho de funções na USF?
4. Dos métodos de trabalho que conhece, (tarefa, individual, enfermeiro de referência e enfermeiro de família) qual entende ser o que mais resultados permite obter ganhos em saúde na população?
5. Se pudesse implementar um método de trabalho diferente do utilizado, qual seria a sua escolha, como forma de promover a sua satisfação profissional?
6. Tendo em conta a sua experiência profissional, que fatores considera que dificultam a implementação do método que referiu na questão anterior?
7. No seu entender a metodologia de trabalho – Enfermeiro de Família, permite melhorar a satisfação profissional e aumentar o reconhecimento e visibilidade da enfermagem por parte da população?
8. Entende que o número de profissionais de enfermagem disponível na USF está adequado ao trabalho que é necessário desenvolver?
9. E em relação a outras determinantes da satisfação profissional e dou como exemplos o reconhecimento profissional pela população, pelos pares e pela equipa multidisciplinar, o vencimento, a promoção na carreira, o horário de 35 horas e a dotação de enfermeiros de que modo é que entende que influenciam a satisfação profissional?

**ANEXO II – Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Sou um aluno do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, que se encontra a desenvolver um Projeto de Graduação e Investigação em Enfermagem, no âmbito de uma das Unidades Curriculares do Curso.

Venho por este meio, fornecer informação acerca do Projeto que me encontro a desenvolver, para que decida livremente se quer participar, consciente dos seus direitos.

Este estudo pretende investigar a “Percepção dos enfermeiros de uma USF do Grande Porto sobre a forma como a metodologia de trabalho utilizada influencia a sua satisfação profissional”.

A colheita de dados será realizada por mim, através de uma entrevista áudio gravada. Toda a informação será mantida em sigilo, bem como a sua identidade.

Os dados são confidenciais.

#### **No sentido de participar neste estudo, estou ciente de que:**

- A sua participação é voluntária e a sua recusa não implicará qualquer prejuízo para si no meu acesso aos cuidados de saúde;
- As informações que fornecer apenas serão utilizadas em trabalhos científicos, e a sua identidade será sempre preservada;
- É livre de desistir da participação no trabalho em qualquer momento;

Assim, eu, \_\_\_\_\_ (nome)

aceito participar neste estudo, ciente de que a minha participação é voluntária e estou livre para desistir de colaborar em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Investigador

Participante

\_\_\_\_\_  
(Autorizo a gravação da entrevista em áudio)

Data