



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE FARO

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
COMPARAÇÃO ENTRE SERVIÇOS COM E SEM SISTEMA DE GESTÃO DA
QUALIDADE

LISA MADRUGA BRUM

GILDA RIBEIRO DA CUNHA, PROFESSORA COORDENADORA DA ESTESL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2013

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE FARO

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
COMPARAÇÃO ENTRE SERVIÇOS COM E SEM SISTEMA DE GESTÃO DA
QUALIDADE

LISA MADRUGA BRUM

MESTRE GILDA RIBEIRO DA CUNHA, PROFESSORA COORDENADORA DA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA - ESTeSL

JÚRI

Doutora Margarida Eiras - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – ESTeSL

Doutora Maria Margarida Saraiva – Universidade de Évora – UE

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2013

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

(Lisa Madruga Brum)

“Aprender é a única coisa de que a mente humana nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, um agradecimento especial à Professora Gilda Ribeiro Cunha pela constante motivação, orientação, disponibilidade e paciência.

De seguida, gostaria de expressar o meu reconhecimento à Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, à Associação Portuguesa de Ortoptistas, à Associação Portuguesa de Técnicos de Anatomia Patológica, à Associação Portuguesa dos Técnicos de Radioterapia, Radiologia e Medicina Nuclear e à Associação Portuguesa de Licenciados em Farmácia pela disponibilidade que manifestaram no processo de recolha de informação, essencial para a realização deste estudo.

Um obrigado também à Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde pela disponibilização do SurveyMonkey para a construção do instrumento de recolha de dados, e a todos os que preencheram o questionário, pelo tempo despendido.

Por fim, aos meus pais, à minha irmã, ao Sérgio e à Eleonora, obrigado pelo incentivo, ajuda e compreensão.

RESUMO

A Satisfação Profissional (SP) é um importante indicador do clima e desempenho organizacional e da qualidade dos cuidados prestados na área da saúde. A gestão da qualidade potencia o envolvimento do trabalhador com a organização, reconhecendo a sua importância para o desempenho e produtividade da mesma, o que significa que, teoricamente, leva a uma maior SP.

Neste estudo pretende-se averiguar a SP dos profissionais de saúde, comparando os que trabalham em serviços com e sem Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ), para verificar se a gestão pela qualidade promove, efectivamente, a SP. Utilizou-se um questionário que permitiu medir a SP global e específica para cada dimensão, assim como verificar a importância motivacional das mesmas. O estudo é de carácter observacional, transversal e do tipo descritivo com uma abordagem quantitativa e a amostra probabilística é constituída por 158 profissionais.

A SP global dos inquiridos é elevada. Quanto às dimensões, estes estão mais satisfeitos com a Relação Profissional/Utente e menos satisfeitos com a Remuneração. Em relação à importância motivacional, a Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional é considerada a mais importante, enquanto o Status e Prestígio a menos.

Nas variáveis qualitativas constatou-se que os indivíduos com um vínculo de trabalho definitivo apresentam uma maior SP na dimensão Segurança no Emprego e aqueles que trabalham em serviços com SGQ e em instituições acreditadas estão mais satisfeitos com as condições de trabalho e saúde. Além disso, os que trabalham em serviços com SGQ apresentam uma maior SP global e em todas as dimensões.

Palavras-passe: satisfação profissional, profissionais de saúde, qualidade, sistemas de gestão da qualidade.

ABSTRACT

Job satisfaction (JS) is an important indicator of the organizational environment and performance and of the services provided to the patients in healthcare. Quality management models encourage a bigger involvement between the employee and the organization, recognizing its importance to the organizational performance and productivity, which means that, theoretically, they promote higher levels of satisfaction.

This study aims to investigate the level of JS of healthcare professionals, comparing professionals working in services with and without Quality Management Systems in order to verify if quality management actually promotes JS. It was used a questionnaire which allowed to measure the global JS and specific to each of its dimensions, as well as verify the motivational importance that respondents gave to each one of them.

This is a cross-sectional, observational and descriptive study with a quantitative approach and a probabilistic sample of 158 professionals.

The global JS is high. As for the dimensions, professionals are more satisfied with Professional/Patient Relationship and less satisfied with Remuneration, and consider Personal and Professional Achievement & Organizational Performance to be the most important dimension for motivation, while Status and Prestige is the least important.

As for the qualitative variables, the individuals permanently employed have a higher level of JS in job security, as well as those who work in services with Quality Management Systems and in accredited institutions are more satisfied with the working conditions and health. In addition, the professionals who work in services with Quality Management Systems have higher levels of JS in all dimensions.

Keywords: job satisfaction, healthcare professionals, quality, quality management system.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Índice.....	xiii
Índice de tabelas.....	xvii
Índice de figuras	xxi
Lista de abreviaturas e siglas.....	xxiii
Introdução.....	1
1ª parte - Fundamentação teórica.....	3
1. Qualidade.....	3
I. Evolução da qualidade	4
II. Sistemas de Gestão da Qualidade	8
III. Qualidade e gestão de recursos humanos	12
IV. Qualidade em Saúde.....	14
2. Satisfação Profissional	16
I. Conceito de satisfação profissional.....	17
II. Teorias explicativas da satisfação profissional.....	21
III. Determinantes e consequências da (in)satisfação profissional.....	24
3. Gestão da qualidade e Satisfação profissional.....	27
2ª parte – Metodologia de Investigação	31
1. Modelo teórico e objectivos	31
2. Conceptualização do estudo	32
3. População e amostra	33
4. Método de recolha de dados	34
I. Procedimentos na recolha de dados.....	34
II. Estrutura do questionário.....	35
5. Variáveis em estudo.....	38

6. Tratamento dos dados	39
3ª parte – Apresentação dos resultados	41
1. Caracterização geral da amostra.....	41
2. Grau de importância atribuído às dimensões da SP	44
3. A Satisfação Profissional como Discrepância entre Expectativas e Resultados.....	45
4. Análise da SP global e específica de cada dimensão segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.....	46
Discussão de resultados.....	55
Conclusões.....	59
Referências bibliográficas.....	62
Apêndices.....	68
Apêndice 1 – E-mails enviados às associações	68
Apêndice 2 – Questionário utilizado para a recolha dos dados.....	69
Apêndice 3 – Dimensões da SP e respectivos itens.....	76
Apêndice 4 – Expectativas, resultados e SP dos itens da SP.....	79
Apêndice 5 – SP global segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais ...	82
I. Género	82
II. Grupos etários.....	83
III. Região do país em que o profissional exerce a sua profissão.....	84
IV. Profissão	85
V. Local de trabalho	86
VI. Actual situação no emprego.....	87
VII. Tipo de organização.....	88
VIII. Exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação	89
IX. Antiguidade na profissão.....	90
X. Antiguidade no local de trabalho.....	91
XI. Serviço com SGQ	92
XII. SGQ certificado segundo a norma ISO 9001	93
XIII. Instituição acreditada	94

XIV. Modelo de Acreditação.....	95
Apêndice 6 – SP específica de cada dimensão segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.....	97
I. Género	97
II. Grupos etários.....	100
III. Região do país em que o profissional exerce a sua profissão	102
IV. Profissão.....	106
V. Local de trabalho	109
VI. Actual situação no emprego.....	112
VII. Tipo de organização.....	115
VIII. Exerce actualmente funções de direcção, chefia e coordenação	117
IX. Antiguidade na profissão.....	119
X. Antiguidade no local de trabalho.....	121
XI. Serviço com SGQ	123
XII. SGQ certificado segundo a norma ISO 9001	125
XIII. Instituição acreditada	127
XIV. Modelo de acreditação	129
Apêndice 7 – Correlação entre a SP global e as suas dimensões.....	132

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 – Dimensões da SP e respectivos conceitos.....	36
Tabela 3.1 – Distribuição numérica e percentual dos profissionais de saúde segundo as suas características sociodemográficas e profissionais.....	42
Tabela 3.2 – Ordenação das dimensões da SP de acordo com a importância motivacional.....	44
Tabela 3.3 – Scores médios de expectativas, resultados e discrepâncias (SP) das dimensões da SP e da SP global.....	46
Tabela 3.4 – SP global segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.....	47
Tabela 3.5 – Dimensão Autonomia & Poder segundo os grupos etários.....	49
Tabela 3.6 – Dimensão Condições de Trabalho & Saúde segundo o serviço com SGQ e instituição acreditada.....	49
Tabela 3.7 – Dimensão Relação Profissional/Utente segundo o local de trabalho, antiguidade no local de trabalho, funções de chefia, direcção e coordenação e SGQ certificado segundo a norma ISO 9001.....	50
Tabela 3.8 – Dimensão Relações de Trabalho & Suporte Social segundo o local de trabalho e antiguidade na profissão.....	51
Tabela 3.9 – Dimensão Segurança no Emprego segundo os grupos etários e actual situação no emprego.....	51
Tabela 3.10 – Dimensão Status & Prestígio segundo o modelo de acreditação.....	52
Tabela 3.11 – Correlação entre a SP global e as suas dimensões.....	52
Tabela 3.12 – Comparações múltiplas.....	53
Tabela 7.1 – Dimensões da SP e respetivos itens.....	75
Tabela 7.2 – Scores médios das expectativas, resultados e discrepâncias (SP) dos itens da SP.....	78
Tabela 7.3 – Teste da normalidade.....	81
Tabela 7.4 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	81
Tabela 7.5 – Teste da normalidade.....	82
Tabela 7.6 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	82
Tabela 7.7 – ANOVA.....	82

Tabela 7.8 – Teste da normalidade.....	83
Tabela 7.9 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	83
Tabela 7.10 – ANOVA.....	84
Tabela 7.11 – Teste da normalidade.....	84
Tabela 7.12 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	84
Tabela 7.13 – ANOVA.....	85
Tabela 7.14 – Teste da normalidade.....	85
Tabela 7.15 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	85
Tabela 7.16 – Teste de Kruskal-Wallis.....	86
Tabela 7.17 – Teste da normalidade.....	86
Tabela 7.18 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	86
Tabela 7.19 – ANOVA.....	87
Tabela 7.20 – Teste da normalidade.....	87
Tabela 7.21 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	87
Tabela 7.22 – ANOVA.....	88
Tabela 7.23 – Teste da normalidade.....	88
Tabela 7.24 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	88
Tabela 7.25 – ANOVA.....	89
Tabela 7.26 – Teste da normalidade.....	89
Tabela 7.27 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	89
Tabela 7.28 – ANOVA.....	90
Tabela 7.29 – Teste da normalidade.....	90
Tabela 7.30 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	90
Tabela 7.31 – ANOVA.....	91
Tabela 7.32 – Teste da normalidade.....	91
Tabela 7.33 – Teste da homegeneidade de variâncias e teste t de student.....	92
Tabela 7.34 – Teste da normalidade.....	92
Tabela 7.35 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	93
Tabela 7.36 – Teste da normalidade.....	93

Tabela 7.37 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	94
Tabela 7.38 – Teste da normalidade.....	94
Tabela 7.39 – Teste de Kruskal-Wallis.....	95
Tabela 7.40 – Teste da normalidade.....	96
Tabela 7.41 – Teste de Mann-Whitney.....	97
Tabela 7.42 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	98
Tabela 7.43 – Teste da normalidade.....	99
Tabela 7.44 – Teste de Kruskal-Wallis.....	100
Tabela 7.45 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	100
Tabela 7.46 – ANOVA.....	101
Tabela 7.47 – Testa da normalidade.....	101
Tabela 7.48 – Teste de Kruskal-Wallis.....	104
Tabela 7.49 – Teste da normalidade.....	105
Tabela 7.50 – Teste da homogeneidade das variâncias.....	107
Tabela 7.51 – ANOVA.....	107
Tabela 7.52 – Teste de Kruskal-Wallis.....	107
Tabela 7.53 – Teste da normalidade.....	108
Tabela 7.54– Teste da homogeneidade das variâncias.....	109
Tabela 7.55 – ANOVA.....	110
Tabela 7.56 – Teste de Kruskal-Wallis.....	110
Tabela 7.57 – Teste da normalidade.....	111
Tabela 7.58 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	112
Tabela 7.59 – ANOVA.....	113
Tabela 7.60 – Teste de Kruskal-Wallis.....	113
Tabela 7.61 – Teste da normalidade.....	114
Tabela 7.62 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	115
Tabela 7.63 – ANOVA.....	115
Tabela 7.64 – Teste de Kruskal-Wallis.....	115
Tabela 7.65 – Teste da normalidade.....	116

Tabela 7.66 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	117
Tabela 7.67 – ANOVA.....	117
Tabela 7.68 – Teste De Kruskal-Wallis.....	117
Tabela 7.69 – Teste da normalidade.....	118
Tabela 7.70 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	119
Tabela 7.71 – ANOVA.....	119
Tabela 7.72 – Teste De Kruskal-Wallis.....	119
Tabela 7.73 – Teste da normalidade.....	120
Tabela 7.74 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	121
Tabela 7.75 – ANOVA.....	121
Tabela 7.76 – Teste de Kruskal-Wallis.....	121
Tabela 7.77 – Teste da normalidade.....	122
Tabela 7.78 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	123
Tabela 7.79 – Teste da Mann-Whitney.....	124
Tabela 7.80 – Teste da normalidade.....	124
Tabela 7.81 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	125
Tabela 7.82 – Teste De Mann-Whitney.....	126
Tabela 7.83 – Teste da normalidade.....	126
Tabela 7.84 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student.....	127
Tabela 7.85 – Teste de Mann-Whitney.....	127
Tabela 7.86 – Teste da normalidade.....	128
Tabela 7.87 – Teste da homogeneidade de variâncias.....	129
Tabela 7.88 – ANOVA.....	129
Tabela 7.89 – Teste de Kruskal-Wallis.....	130
Tabela 7.90 – Teste de normalidade.....	131
Tabela 7.91 – Teste de correlação de Spearman.....	132

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 – Modelo de Gestão da Qualidade ISO 9001:2008.....	9
Figura 7.1 – Primeiro e-mail enviado às associações, posteriormente reencaminhado para os associados.....	67
Figura 7.2 – Segundo e-mail enviado às associações, posteriormente reencaminhado para os associados.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Norma ISO 9000:2005 NP EN ISO 9000:2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade
- Fundamentos de vocabulário

Norma ISO 9001:2008 NP EN ISO 9001:2008 – Sistemas de Gestão da
Qualidade – Requisitos

SP Satisfação profissional

SGQ Sistemas de Gestão da Qualidade

JS Job satisfaction

GQT Gestão pela Qualidade Total

ISO International Organization for Standardization

JCAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OMS Organização Mundial de Saúde

KFHQS King's Fund Health Quality Service

ACSA Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

APF Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

APOR Associação Portuguesa de Ortoptistas

APTAP Associação Portuguesa de Técnicos de Anatomia Patológica

ATARP Associação Portuguesa dos Técnicos de Radioterapia, Radiologia e
Medicina Nuclear

APLF Associação Portuguesa de Licenciados em Farmácia

INTRODUÇÃO

Qualidade e melhoria contínua são pontos indispensáveis e indissociáveis dos actuais modelos de gestão em saúde. Num contexto em que a saúde tem cada vez mais custos, novos modelos de gestão têm sido utilizados de forma a manter a qualidade dos cuidados sem aumentar as despesas, procurando também garantir o grau de excelência dos mesmos. A manutenção de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) concebido para continuamente melhorar o desempenho da organização, tendo em consideração as necessidades de todas as partes interessadas, é um factor chave para o sucesso da mesma.

A qualidade dos serviços ou produtos desenvolvidos por uma organização depende muito das competências técnicas e da habilidade de interacção e comunicação dos seus colaboradores. Desta forma, a Satisfação Profissional (SP) tem sido, nas últimas décadas, encarada como condição importante, se não mesmo crucial, para melhorar o funcionamento de empresas e demais organizações. Esta tem o potencial de afectar um grande número de comportamentos na organização (como o desempenho profissional ou o absentismo) e contribuir para os níveis de bem-estar dos colaboradores e, no caso dos profissionais de saúde, melhorar a prestação de cuidados; níveis altos de satisfação laboral traduzem-se em elevados índices de qualidade de atendimento. A avaliação periódica da satisfação dos profissionais de saúde torna-se essencial para a monitorização da qualidade organizacional nas instituições de saúde.

Com esta investigação pretende-se averiguar o nível de satisfação profissional dos profissionais de saúde, comparando, posteriormente, o mesmo entre os profissionais a desempenhar funções em serviços com um SGQ implementado e sem SGQ. Para tal decidiu-se avaliar a satisfação com base nos trabalhos desenvolvidos pelo Dr. Luis Graça (1999), que assentam nas abordagens baseadas na discrepância entre expectativas e resultados. Segundo a literatura, a satisfação profissional resulta da existência de uma discrepância entre valores/necessidades individuais e os resultados que podem ser alcançados através do desempenho de uma função, ou seja, entre aquilo que se ambiciona e que se alcança. Sendo a satisfação uma atitude que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções, recorreu-se a um questionário desenvolvido e validado pelo mesmo autor que compreende itens passíveis de medir a satisfação profissional global, assim como as suas dimensões – Remuneração, Segurança no Emprego, Condições de Trabalho & Saúde, Relações de Trabalho & Suporte Social, Status & Prestígio, Autonomia & Poder, Realização Pessoal e

Profissional & Desempenho Organizacional e Relação Profissional/Utente, permitindo ainda verificar a importância motivacional que os profissionais atribuem a cada uma destas dimensões.

A exposição que de seguida se apresenta está dividida em três partes fundamentais, limitadas por um capítulo introdutório e dois capítulos posteriores. A primeira parte, que se refere ao enquadramento teórico, está dividida em três capítulos diferentes, Qualidade, Satisfação Profissional e Gestão da Qualidade e Satisfação Profissional, que abarcam a revisão da literatura consultada e relevante no âmbito desta investigação. Os primeiros dois capítulos encontram-se também divididos em sub-capítulos, expondo os diferentes temas considerados importantes relativamente à Qualidade e Satisfação Profissional.

A segunda parte, por sua vez, é dedicada à metodologia de investigação e também se encontra repartida em diversos capítulos que apresentam o modelo teórico e os objectivos da investigação, a conceptualização do estudo, a população e a amostra recolhida e a partir da qual foram retirados os resultados, o método de recolha de dados, nomeadamente as etapas desenvolvidas até à recolha dos mesmos e a estrutura do questionário utilizado, as variáveis em estudo e as técnicas utilizadas no tratamento dos dados. A apresentação dos resultados constitui a terceira parte do trabalho e, à semelhança das restantes partes, encontra-se dividida de forma a expor de modo organizado e claro os resultados obtidos. Sendo assim, nesta parte é apresentada a caracterização geral da amostra, o grau de importância atribuído pelos profissionais às dimensões da SP, os valores das expectativas, resultados e discrepâncias que se convertem nos índices de SP específica de cada dimensão e geral, e, por último, as relações entre as variáveis em estudo.

Por fim, os dois últimos capítulos que se seguem à terceira parte do trabalho consistem na discussão dos resultados apresentados e nas conclusões retiradas após todo o processo de investigação. Naturalmente, encontram-se no final do trabalho as referências bibliográficas e os apêndices.

1. QUALIDADE

“O século vinte é o século da Produtividade. O século vinte e um será o século da Qualidade.” (Juran, 1993:47)

Apesar de definida de forma diferenciada por diversos autores (e.g. Deming, Juran, Crosby), a qualidade é actualmente um conceito extremamente difundido e cada vez mais relevante face à crescente competitividade e aos elevados padrões de exigência dos consumidores. (Sousa, 2009; Zehir *et al.*, 2012) A crescente consciencialização dos mesmos face aos seus direitos enquanto clientes provocou uma mudança nas estratégias de mercado das empresas, que passaram a perceber que o lucro é necessário para a sua sobrevivência, contudo não pode ser de forma alguma o objectivo principal, mas sim uma prova da sua correcta gestão (Figueira, 2009).

Segundo a Norma NP EN ISO 9000:2005 – *Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário* (de agora em diante denominada apenas por norma ISO 9000:2005), o conceito de qualidade consiste no grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas. Se se procurar na mesma norma a definição de requisitos e características, é possível definir a qualidade também como o grau de satisfação de necessidades ou expectativas expressas, geralmente implícitas ou obrigatórias, dado por um conjunto de elementos diferenciadores extrínsecos.

A qualidade, tal como se nos apresenta actualmente, é resultado de uma evolução que tem como ponto de partida a massificação da produção industrial. Desde muito cedo tornou-se evidente a necessidade de inspeccionar o produto final e de separar os produtos defeituosos, numa tentativa de assegurar a qualidade do que era vendido (Pires, 2000). Actualmente, e perante o cenário económico que se vive não só em Portugal mas também nos restantes países, as empresas, numa perspectiva de sobrevivência, procuram desenvolver estratégias de competitividade, de inovação e de adaptação. Esta crise, contextualizada no quadro das mudanças tecnológicas, socioeconómicas, culturais e políticas das três últimas décadas, sugere o abandono dos paradigmas tradicionais de gestão e a adopção de novos modelos, novas lógicas e novas referências (Fonseca, s.d.). Neste sentido, inúmeras instituições optaram por desenvolver iniciativas no âmbito da Gestão da Qualidade, com o intuito de melhorar a

performance organizacional e de adquirir uma vantagem competitiva face às restantes empresas (Sousa, 2009; Wardhini *et al.*, 2009).

Além disso, a qualidade e a gestão de recursos humanos têm sido vistas como complementares e, quando interligadas, podem levar a excelentes resultados. O grande diferencial das organizações está cada vez mais centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional dos seus recursos humanos (Mezomo, 2001). Para Schuler e Jackson (1987), quando as empresas ambicionam ganhar vantagem no mercado, geralmente, usam três estratégias competitivas: redução de custos, melhoria na qualidade ou inovação. Estas estratégias são mais efectivas quando sistematicamente coordenadas com as práticas de gestão de recursos humanos, isto é, para competir com eficácia, dentro do mercado actual, uma organização deve desenvolver uma estratégia bem definida alicerçada por práticas de recursos humanos bem coordenadas (Teixeira, 2003).

I. EVOLUÇÃO DA QUALIDADE

O entusiasmo actual com a qualidade pode levar a pensar que se trata de um tema recente, no entanto, muitos dos princípios básicos da garantia da qualidade são de origem ancestral e podem ser encontrados em civilizações tão antigas como a Egípcia, Grega ou Romana (Teixeira, 2003; Sousa, 2009).

Na idade média, os primeiros registos acerca da preocupação com a qualidade remontam à figura do artesão. Este identificava as necessidades dos clientes, concebia o produto, fabricava-o, vendia-o e prestava assistência após a venda (Pires, 2000). Maiores necessidades de produção foram, posteriormente, conseguidas através da constituição de oficinas de artesão. Se antes a qualidade era responsabilidade de cada indivíduo que executava determinadas tarefas para a satisfação das suas necessidades, com o crescimento dos aglomerados populacionais, a responsabilidade de produção dos produtos foi transferida para as oficinas, nas quais se realizava a verificação do trabalho dos aprendizes. Esta tarefa de verificação foi a primeira diferenciação de actividades relacionadas com a qualidade (Teixeira, 2003; Sousa, 2009).

Com a revolução industrial, assiste-se à massificação da produção e a preocupação com a quantidade prevalece relativamente à exigência da qualidade, dada a escassez dos produtos manufacturados. Além disso, o rápido crescimento industrial também contribuiu para uma deficiente qualidade dos produtos/serviços, uma vez que a mão-de-obra era sobretudo de origem camponesa e sem habilitações específicas (Pires, 2000).

Apesar de tudo, quando se iniciou o controlo da qualidade nas indústrias de produção maciça, essa função baseava-se unicamente na inspeção visual do produto final e na tentativa de separação de produtos defeituosos.

Durante a I Guerra Mundial o risco da não qualidade dos produtos foi evidenciado sobretudo no sector dos equipamentos militares. Surgiram, então, os inspectores cuja função consistia em assegurar que os mesmos cumpriam as especificações exigidas, o que até então não acontecia com frequência, no entanto, nem os defeitos nem as causas eram investigados (Pires, 2000; Sousa, 2009). Tornou-se evidente que uma mudança drástica no processo e nos produtos, assim como uma abordagem planeada e preventiva era necessária (Teixeira, 2003). Surge então, no período entre as duas Grandes Guerras, a noção de controlo da qualidade. O desenvolvimento de um método de controlo da qualidade, com recurso a técnicas de controlo do processo produtivo, tais como a metrologia, a manutenção e calibração dos aparelhos de medida e ensaio, o planeamento da inspeção, entre outras, trouxe a possibilidade de evitar que os defeitos ocorressem durante a produção ao invés de tentar encontrar e eliminar as peças defeituosas (Pinto & Pinto, 2011).

Com a II Guerra Mundial o uso de tecnologia e materiais não testados revelaram falhas relacionadas com a insuficiência do controlo da concepção e conseqüente irregularidade no cumprimento das especificações (Teixeira, 2003; Sousa, 2009). Surge, então, por parte dos gestores, uma consciencialização de que a qualidade exige um nível de planeamento e análise muito mais extenso e formal. Nesta altura, pioneiros da qualidade começaram a desenvolver uma metodologia de controlo da qualidade da produção e a desenvolver teorias, técnicas e práticas para a melhoria da qualidade. Entre esses pioneiros destacam-se Edwards Deming, Joseph Juran, Philip Crosby e Armand Feigenbaum, que serão abordados mais à frente (Teixeira, 2003).

Nos anos 60, com o surgimento das grandes indústrias e dos grandes investimentos, nomeadamente, na indústria petroquímica e nuclear, é institucionalizada a garantia da qualidade, exigida pelos compradores aos seus fornecedores (Pires, 2000; Teixeira, 2003; Sousa, 2009). Neste sentido, a cultura da qualidade disseminou-se para outros sectores industriais e serviços, à medida que a competitividade se revelou uma constante. Com a oferta a suplantar a procura e consumidores cada vez mais exigentes, a qualidade torna-se um factor chave da vantagem estratégica.

Nos anos 70, devido à intensificação das preocupações com a satisfação das necessidades dos clientes, com a redução de custos e com a aplicação da garantia da qualidade a toda a empresa, surge a fase da gestão da qualidade, que enfatiza a integração da qualidade na gestão global da empresa (Pires, 2000; Sousa, 2007). Este

novo paradigma organizacional veio impulsionar o aparecimento da Gestão pela Qualidade Total (GQT), sinónimo de uma filosofia que enfatiza uma abordagem global e constante de melhoria da qualidade, a qual corresponde à mobilização de todas as áreas e de todos os níveis da organização em prol de um objectivo comum (Teixeira, 2003). Caracteriza-se pela ligação estratégica aos objectivos da organização, pela compreensão e satisfação dos clientes, pelo envolvimento de todos os colaboradores, pela motivação da gestão de topo para a qualidade e pela percepção da organização como um conjunto de processos. A decisão passa a ser descentralizada, ocupando todos os níveis hierárquicos, e o trabalho em equipa e a melhoria contínua tornam-se princípios fundamentais (Pires, 2000).

Sintetizando a cronologia histórica apresentada, é possível delinear quatro etapas na evolução da qualidade (Teixeira, 2003; Ribeiro, 2012):

1. Inspeção – na qual os produtos finais eram examinados com base na inspeção visual para verificar a conformidade dos mesmos aos requisitos.
2. Controlo da qualidade – passa-se a dar mais atenção à definição dos atributos dos produtos e à necessidade de especificações para a inspeção.
3. Garantia da qualidade – teve origem nas grandes indústrias que começaram a exigir a garantia de que o produto ou serviço fornecido ia ao encontro de determinados requisitos, enfatizando-se a prevenção de falhas.
4. Gestão pela qualidade total – substituição de estruturas organizacionais descentralizadas e hierarquicamente rígidas por modelos de gestão com uma abordagem global. Estes modelos procuram constantemente a melhoria da qualidade e mobilizam a empresa a todos os níveis para se atingir esse objectivo comum, conduzindo a um sistema de cooperação que se concretiza no fornecimento de produtos e serviços que vão ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes.

Actualmente é já largamente reconhecido que a qualidade deve estar integrada na própria organização e deve ser da responsabilidade de todos os seus membros. A filosofia da GQT implica a ideia de uma pirâmide organizacional invertida, colocando os clientes no topo, seguindo-se os colaboradores, as chefias intermédias e, por fim, a gestão de topo, e de um sistema interno que estabeleça a qualidade e a integração de funções e actividades tanto num sentido horizontal, como vertical (Figueira, 2009; Yue *et al.*, 2011).

Por outro lado, a evolução histórica da qualidade está também associada ao trabalho de alguns autores (e.g. Deming, Juran, Crosby) e, essencialmente, ao ênfase que colocam em aspectos particularmente importantes da qualidade (Pires, 2000).

William Deming considera que a qualidade é um termo relativo uma vez que varia em função das necessidades e expectativas dos clientes e, por isso, essas mesmas necessidades e expectativas devem ser o ponto de partida para a melhoria da qualidade numa empresa (Pires, 2000; Furtado, 2002). A essência teórica do método de gestão de Deming consiste na criação de um sistema organizacional que promova a cooperação e aprendizagem e que facilite a implementação de um processo de gestão, possibilitando a melhoria dos processos, produtos e serviços (Teixeira, 2003). Em contraste com Deming, Joseph Juran (1993) atribui um maior relevo ao planeamento e estabelecimento de políticas formais da qualidade, assim como à responsabilidade da gestão para atingir a qualidade e estabelecer objectivos, introduzindo as dimensões de planeamento, controlo e melhoria da qualidade (Furtado, 2002; Sousa, 2009). Além disso, definiu qualidade como “adequação ao uso”, relacionando o produto ou serviço com a sua capacidade para satisfazer determinada necessidade. (Pires, 2000; Mezomo, 2001). Tanto Juran como Deming tornaram-se referências na gestão da qualidade (Teixeira, 2003).

Philip Crosby define qualidade como a conformidade com os requisitos. Além disso, criou o conceito “zero defeitos”, defendendo que esta deve ser a meta a atingir em todas as empresas, através da prevenção. O autor argumenta que os custos de prevenção serão sempre mais baixos do que os de correcção, afirmando que a qualidade é gratuita e que o que custa dinheiro são as coisas sem qualidade (Pires, 2000; Furtado, 2002). Por sua vez Armand Feigenbaum define a qualidade com uma filosofia de gestão para atingir a excelência, entendendo-a como o único objectivo da organização. Segundo o autor, a melhoria da qualidade está condicionada à participação de todos os membros da empresa e ao compromisso da gestão de topo. Em 1951 lança o livro *Total Quality Control: Engineering and Management*, do qual surgiu o conceito de controlo total da qualidade, considerado o pilar sobre o qual se edificou, mais tarde, a GQT (Pinto & Pinto, 2011).

Ishikawa desenvolveu o conceito de “Círculos da Qualidade”, entendendo-os como pequenas equipas que se reúnem periodicamente para investigar e resolver problemas de trabalho (Sousa, 2007; Sousa, 2009). Além disso, atribui muita importância ao controlo total da qualidade, usando diagramas de causa-efeito para diagnosticar problemas da qualidade (Furtado, 2002). Mais tarde, com uma abordagem bastante diferente, Taguchi define qualidade através dos custos causados à sociedade pelos produtos defeituosos. Este desenvolve a ideia de que quanto menor o desvio em relação às especificações pré-definidas, maior será a qualidade do produto.

Consequentemente, os custos da não qualidade devem ser medidos em função dos desvios encontrados no desempenho do mesmo (Pires, 2000; Ribeiro, 2012).

Apesar das diferentes abordagens e conceitos, todos os autores referidos deram um enorme contributo no desenvolvimento da qualidade, tornando-a um potente instrumento estratégico a implementar na gestão empresarial.

II. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

A qualidade, as suas normas e a implementação de um SGQ são uma forma de organização dos processos e interações que se estabelecem numa organização. No início, a implementação de um SGQ era particularmente relevante nas grandes indústrias, como o sector automóvel e aeronáutico, porém, rapidamente se estendeu a todos os sectores de actividade, tornando-se um requisito importante em todo o mundo e um factor de competitividade e sobrevivência (Santos *et al.*, 2011). Apesar de tudo, a qualidade é ainda olhada com alguma desconfiança por algumas organizações. Pensa-se que um dos factores que contribui para esta desconfiança será, por vezes, um certo desconhecimento do que é, na realidade, um SGQ e os seus benefícios (Quintela, s.d.). Segundo Deming, os sistemas da qualidade têm por base o princípio de que processos melhor definidos e documentados convergem para um melhor produto. As organizações são conjuntos organizados de processos e a melhoria desses processos é a base da melhoria do desempenho (Furtado, 2002).

Recorrendo novamente às definições da norma ISO 9000:2005, um SGQ consiste num sistema de gestão para dirigir e controlar uma organização no que respeita à qualidade. Como facilmente se compreende, para que este sistema funcione com eficiência e eficácia é necessário que esteja integrado no sistema de gestão da própria organização, de forma a evitar que os assuntos relativos à qualidade sejam encarados como estando à parte das outras questões da gestão (Antunes, 2009).

Além disso, um SGQ é desenvolvido de acordo com uma norma que especifica os requisitos que qualquer organização deve cumprir para o mesmo ser implementado com sucesso. As normas da *International Organization for Standardization* (ISO), nomeadamente as normas da série 9000, são referenciais para a implementação de um SGQ, orientando as organizações nas boas práticas da qualidade (Alegre *et al.*, 2001). Os SGQ com base na Norma NP EN ISO 9001:2008 – *Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos* (de agora em diante designada apenas por norma ISO 9001:2008) têm sido a opção mais frequente nas organizações, independentemente do

sector de actividade e do nível de desenvolvimento. Esta norma veio revolucionar a forma de gerir das organizações. Com uma capacidade notável de adaptação e aperfeiçoamento, este referencial tornou-se na base da gestão moderna, conduzindo a SGQ documentados e reconhecidos internacionalmente, orientados para a melhoria contínua, que permitem assegurar aos clientes que as organizações fornecedores atingiram um nível básico de garantia da qualidade através da documentação e formalização do seu SGQ (Figueira, 2009; Ribeiro, 2012; Quintela, s.d). A norma ISO 9001:2008 está estruturada de acordo com o ciclo de melhoria que corresponde à sequência: Planear, Implementar, Avaliar e Melhorar. A metodologia conhecida como “Plan-Do-Check-Act” (PDCA) pode ser aplicada a todos os processos da organização (Figueira, 2009).

De uma forma geral, esta norma identifica os processos fundamentais para a implementação de um SGQ, ao mesmo tempo que define a própria sequência e interacção entre os mesmos. Para além disso, contempla ainda a eficácia da operação e o controlo desses processos, através da monitorização, medição e análise. Tudo isto permite a implementação de acções necessárias para alcançar quer os resultados, quer a melhoria contínua dos processos e do próprio SGQ que a organização se propõe a implementar (Quintela, s.d.).

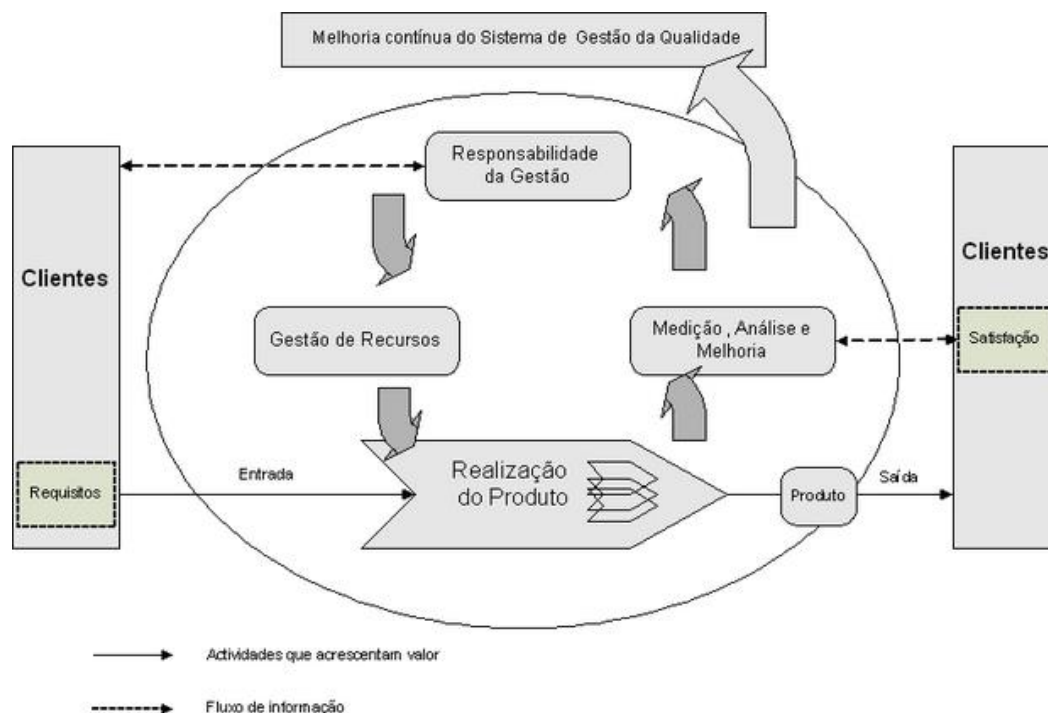


Figura 2.1 - Modelo de Gestão da Qualidade ISO 9001:2008 (norma ISO 9001:2008)

A norma ISO 9001:2008 serve também de base para a avaliação da conformidade no caso de uma organização requerer a certificação. A certificação enquanto ferramenta de gestão é relevante para a inovação e desenvolvimento sustentável de uma organização, contribuindo para a melhoria contínua desta e concedendo, assim, um reconhecimento do desempenho da empresa. Para que fique claro, a certificação não garante que a empresa possui um SGQ mais eficaz, no entanto, sugere que foi atingido um determinado patamar de garantia da qualidade e que foram estabelecidos procedimentos internos conducentes a processos de melhoria contínua (Furtado, 2002). Essencialmente, a certificação não garante qualidade, apenas certifica que a empresa realiza o seu processo de acordo com o seu manual registado. Apesar de tudo, uma organização pode implementar um SGQ sem estar interessada na certificação desse sistema (Ribeiro, 2012).

Quanto ao processo de certificação, pode ser sinteticamente descrito do seguinte modo: (1) informação sobre o processo de certificação e eventual proposta comercial; (2) pedido de certificação; (3) instrução do processo; (4) visita prévia (opcional); (5) auditoria de concessão; (6) resposta da organização ao relatório de auditoria; (7) decisão de certificação (não conformidades encerradas) e (8) manutenção da certificação (auditorias anuais de acompanhamento e auditoria de renovação ao fim de 3 anos) (Fonseca, 2006). A certificação é sempre efectuada por organismos de certificação independentes e acreditados para o efeito. Em Portugal é o Instituto Português de Acreditação que regula as entidades certificadoras (Ribeiro, 2012).

Segundo Pires (2000), o sistema da qualidade não é visto como uma compilação burocrática de procedimentos e instruções mas como um conjunto de procedimentos organizacionais capazes de transmitir a máxima confiança de que a qualidade desejada está sendo alcançada ao mínimo custo. Contudo, uma das críticas mais veementes contra a certificação de qualidade incide na sua tendência para a burocracia. Algumas empresas consideram que o elevado nível de documentação e trabalho administrativo ligado ao sistema de qualidade das normas ISO 9000 acrescenta pouco valor ao melhoramento da qualidade (Pires, 2000).

Apesar das críticas de que têm sido alvo, os sistemas internacionais de qualidade podem desempenhar um papel importante para as empresas ao assegurar que os procedimentos e práticas são executados de uma forma consistente com os *standards* de qualidade. Em vez de estabelecerem especificações acerca do produto final, as normas da série ISO 9000, tal como já foi dito, centram-se nos processos e conduzem a sistemas documentados para controlar os processos de desenvolvimento e produção

dos produtos, que podem ser variáveis de acordo com o negócio, uma vez que as normas não determinam o sistema que a organização deve adoptar (Sousa, 2007).

Uma das principais vantagens da certificação e implementação de um sistema de qualidade de forma apropriada é a garantia de que os produtos e serviços da organização estão de acordo com as exigências dos seus clientes. Um dos requisitos da norma ISO 9001:2008 incide precisamente na focalização do cliente, referindo que a gestão de topo deve assegurar que os requisitos do cliente são determinados e que se foi ao encontro tendo em vista aumentar a satisfação do cliente (Antunes, 2009). Outra das razões está relacionada com a vantagem competitiva que pode advir da implementação de um SGQ. Cada vez mais as organizações reconhecem a gestão da qualidade como uma ferramenta para o sucesso no mercado internacional, considerando a elevada qualidade dos produtos e serviços e a satisfação dos clientes importantes vantagens estratégicas (Graça, 1999; Pires, 2000).

É importante também salientar que as auditorias externas, realizadas no âmbito da certificação, ajudam as organizações auditadas a verificar se o SGQ está implementado e mantido com eficácia, assim como a detectarem não conformidades, que devem ser corrigidas, e oportunidades de melhoria que devem ser aproveitadas (Antunes, 2009). Diversos autores apontam ainda outras razões para a certificação, como por exemplo: questões de marketing, reconhecimento nacional e internacional, aumento da credibilidade e confiabilidade, possibilidade de novos investimentos e acesso a novos mercados, aumento da qualidade dos produtos/serviços, redução de desperdícios e, portanto, de custos, aumento da produtividade e eficiência interna, melhoria da comunicação interna, padronização dos processos, aumento da motivação/envolvimento no sistema por parte dos colaboradores, aumento da satisfação profissional, inovação, definição mais clara das responsabilidades, entre outras (Mezomo, 2001; Teixeira, 2003; Figueira, 2009; Ramos, 2009; Ribeiro, 2012).

Segundo Pires (2000), os benefícios de uma cultura da qualidade podem ser resumidos da seguinte forma: (a) satisfação dos clientes; (b) atitudes positivas por parte de todos os colaboradores; (c) comunicação efectiva; (d) melhoria contínua em todos os produtos e processos; (e) satisfação dos clientes internos e (f) eliminação do desperdício.

Contudo, existem aspectos ou factores dentro de uma organização que se apresentam como barreiras e criam dificuldades na implementação de um SGQ, tais como: excesso de burocracia, restrições quanto aos recursos humanos e materiais, falta de envolvimento da gestão de topo, resistência à mudança e falta de comunicação entre a gestão e os colaboradores (Ribeiro, 2012). De facto, um dos factores críticos para o sucesso de um SGQ é o apoio e envolvimento da gestão de topo (Pires, 2000; Alegre

et al., 2001; Zelnic *et al.*, 2012). Na medida em que a administração da organização é a principal responsável pela definição de uma política para a qualidade dos serviços e para a satisfação dos clientes, o êxito da implementação dessa política depende do empenhamento da gestão no desenvolvimento e funcionamento efectivos de um sistema da qualidade (Pires, 2010; Zelnic *et al.*, 2012). Da mesma forma, o envolvimento dos colaboradores torna-se essencial no desenvolvimento das práticas da qualidade e é também da responsabilidade da gestão fomentá-lo. Os colaboradores de todos os níveis da empresa devem estar envolvidos na implementação e manutenção de um SGQ documentado e baseado numa norma reconhecida internacionalmente. Através da liderança e das medidas tomadas, a gestão de topo deve criar um ambiente em que as pessoas se sintam motivadas e valorizadas e onde um sistema da qualidade possa funcionar de forma eficaz (Pires, 2000; Ribeiro, 2012; Zelnic *et al.*, 2012). Neste sentido, poder-se-á dizer que a transformação da cultura da organização, com base numa filosofia de qualidade, depende em grande parte da forma como a gestão de topo da organização conduz esta mudança (Ramos, 2009).

Resumindo, o sucesso da empresa poderá ser o resultado da implementação e manutenção de um sistema de gestão desenvolvido para continuamente melhorar o seu desempenho, tendo em consideração as necessidades de todas as partes interessadas. Contudo, é necessário ter em conta que os resultados e vantagens da certificação surgem com o tempo e, por isso, é importante adoptar uma perspectiva a longo prazo (Figueira, 2009).

III. QUALIDADE E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Tal como referido anteriormente, os primeiros esforços para a qualidade centravam-se apenas nos aspectos técnicos, como forma de melhorar ou controlar a eficiência do processo produtivo e realçar a conformidade com especificações. Posteriormente, quando as organizações começaram a abordar a qualidade de uma forma mais abrangente, surgiram preocupações acerca da gestão dos recursos humanos. Tornou-se uma premissa largamente divulgada a ideia de que as pessoas dão às organizações uma importante vantagem competitiva e que a gestão efectiva do capital humano, e não do capital físico, pode ser essencial para o desempenho organizacional e para assegurar os objectivos de negócio (Teixeira, 2003).

Enquanto anteriormente se enfatizava a hierarquia de autoridade dentro de uma organização, com fluxos de comunicação verticais, actualmente, a gestão vocacionada

para a qualidade focaliza a sua atenção na remoção de barreiras para que os colaboradores se sintam motivados a aumentar o seu desempenho. Os modelos de trabalho flexíveis e altamente empenhados atribuem a responsabilidade pela qualidade aos colaboradores, evidenciando a importância do trabalho de equipa, da rotação de tarefas, do salário baseado no conhecimento ou na competência, da participação de todos os colaboradores e dos investimentos em formação (Ferreira *et al.*, 2001). A qualidade dos produtos e serviços de uma empresa depende cada vez mais da forma como se coordenam os trabalhos desenvolvidos por todos os elementos das empresas e não somente de equipamentos sofisticados. Dispor os recursos humanos de uma maneira mais eficiente e efectiva é a chave para o sucesso de um programa de gestão da qualidade (Figueira, 2009).

Face ao cenário organizacional no qual as empresas estão inseridas, envoltas por constantes e fortes mudanças estruturais e de gestão e mediante a latente exigência de produtividade e altos padrões de qualidade, o colaborador surge como um factor central para o crescimento das instituições, emergindo a necessidade de proporcionar aos colaboradores um ambiente que estimule a satisfação profissional e, conseqüentemente, um melhor desempenho. Uma das razões que suporta o uso de instrumentos da qualidade é, precisamente, a associação positiva entre o desempenho dos colaboradores e o nível de produtividade (Kim, 2002). Esta associação leva a uma concepção diferente do papel do trabalhador da que foi herdada da tradicional organização taylorista do trabalho. A gestão pela qualidade sugere que o envolvimento do trabalhador é essencial e incentiva uma permanente atitude crítica, responsável e proactiva na procura de soluções criativas por parte dos colaboradores, o que nem sempre acontece. Torna-se, então, extremamente importante estimular e manter a satisfação e motivação profissional (Pires, 2000; Nogueira, 2008).

Além disso, os sistemas de gestão da qualidade baseados na norma ISO 9001:2008 estão fortemente orientados para a gestão adequada dos recursos, nomeadamente, humanos, admitindo que a conformidade com os requisitos do produto pode ser afectada directa ou indirectamente pelas pessoas que realizam qualquer tarefa dentro da organização. Deste modo, a habilidade da gestão para motivar as pessoas pode ser tão importante para o sucesso de um programa de qualidade como o entendimento dos seus aspectos técnicos. Como disse Juran (1974), “os aspectos humanos da aplicação dos métodos científicos são sempre tão importantes como as suas fases técnicas” (*cit in* Matos, 2010:12). Desta forma, as organizações passam a apostar na formação dos colaboradores ou empreendimento de outras acções que visam aumentar as suas competências e desempenho, reconhecendo a importância das suas actividades e de

como as mesmas contribuem para serem atingidos os objectivos da qualidade (Antunes, 2009).

Por fim, é de salientar o papel dos gestores na qualidade. Estes são os responsáveis pela organização e, portanto, pela gestão de todos os elementos que a integram. Apesar de terem conhecimento acerca dos benefícios da participação dos colaboradores, muitas vezes deixam os mesmos fora dos processos de decisão. Por isso, no que se refere à qualidade, o estilo de liderança adoptado é muito importante para o sucesso da organização. Os gestores devem ser capazes de descobrir e promover os estímulos necessários para levar os colaboradores a assumir as suas responsabilidades, na medida em que o empenho de cada pessoa, qualquer que seja o seu papel, é indispensável para atingir as metas a que a organização se propõe (Ferreira *et al.*, 2001; Teixeira, 2003). Os colaboradores assumem assim um papel activo na concretização de um serviço de qualidade que gera expectativas positivas e que contribui de forma indiscutível para a satisfação do cliente (Zehir *et al.*, 2012).

Resumindo, o grande diferencial das organizações está cada dia mais centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional dos seus recursos humanos (Mezomo, 2001). Desta forma, as empresas tendem a adoptar uma estratégia de desenvolvimento de gestão de recursos humanos, orientados para a formação e para o desenvolvimento das pessoas que, simultaneamente, facilitem a implementação de estratégias favoráveis ao aumento da competitividade (Fonseca, *s.d.*).

IV. QUALIDADE EM SAÚDE

O crescente destaque e interesse pela Qualidade é um fenómeno relativamente recente nos sistemas de saúde, tendo tido como referência as experiências desenvolvidas na área industrial a partir de meados do século XX.

Existem várias definições de qualidade em saúde. Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), esta consiste no “modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados” (*cit in* Matos, 2010:14). À semelhança da JCAHO, o *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América, define qualidade dos cuidados de saúde como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados e coerentes com o conhecimento profissional corrente”. (*cit in* Kunkel, 2008:14 e Campos *et al.*, 2010:12)

Com a presente situação económica, as organizações de saúde têm sido obrigadas a melhorar a sua eficiência e a qualidade do atendimento, enquanto se procura reduzir custos e ainda manter a competitividade no mercado. Além disso, assiste-se a um aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, com consequente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde. Perante este cenário, as metodologias de melhoria contínua de qualidade tornam-se essenciais, revelando serem uma necessidade e exigência na perspectiva dos vários intervenientes – clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos (Wardhani *et al.*, 2009). Sendo assim, diversas organizações optaram pela adopção de um SGQ, no entanto, dada a complexidade que uma organização de saúde apresenta, a aplicação dos conceitos e práticas da qualidade, do sector industrial para a área da saúde, não pode ser feita de uma forma directa, o que tem condicionado o processo de adopção e implementação de uma verdadeira cultura de qualidade nos sistemas de saúde. Sousa (2010) refere que nos sistemas de saúde movimentam-se múltiplos actores, com diferentes interesses e motivações, desempenhando diferentes papéis no seio do mesmo. Consequentemente, múltiplos são os factores que influenciam a qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente técnicos, financeiros, económicos, sociais e éticos (Marques, 2011). É portanto fundamental adoptar meios para assegurar que os cuidados sejam adequados, respondendo às necessidades das pessoas e das famílias, coordenados e integrados com a garantia de qualidade.

A necessidade de um sistema da qualidade foi identificada e explicitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, definindo-o como “um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (*cit in* Sousa, 2010:21). Esta melhoria contínua concretiza-se no âmbito de um sistema de qualidade, que tem como objectivos melhorar a qualidade dos cuidados prestados, assim como o acesso aos mesmos, promover a eficiência da utilização dos recursos, melhorar a satisfação de cidadãos e prestadores e melhorar os resultados em saúde (Marques, 2011). Na perspectiva de garantir e melhorar a qualidade, o sistema deve-se organizar de forma a ir ao encontro das expectativas tanto dos utilizadores como dos prestadores (Sousa, 2010). Além disso, deve procurar reunir as seis dimensões ou áreas da qualidade “para garantir que os cuidados prestados apresentem efectividade, eficiência, acessibilidade, aceitação, equidade e segurança” (OMS *cit in* Sousa, 2010:44).

Importa também salientar, mais uma vez, o papel dos colaboradores para o sucesso de um sistema de gestão da qualidade. Sobretudo numa organização de saúde, os profissionais de saúde são o recurso mais valioso e importante, na medida em que são estes que todos os dias entram em contacto com os clientes, representam os valores e ideais da organização e são responsáveis por transmitir um serviço de qualidade, que está especialmente dependente das competências e conhecimentos dos mesmos. As instituições devem, então, adequar recursos, criar estruturas que propiciem um exercício profissional de qualidade e desenvolver esforços no sentido de proporcionar um ambiente e condições favoráveis ao desenvolvimento dos profissionais (Macinati, 2008). Com a GQT, as organizações pretendem reduzir custos, melhorar a eficiência dos serviços, mas fundamentalmente, melhorar a gestão dos recursos humanos, de modo a ter uma força de trabalho mais satisfeita e motivada, procurando o envolvimento e empenho total dos profissionais. Sobretudo nas organizações de saúde, a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade reflecte-se na melhoria dos cuidados prestados e por isso revela-se uma acção prioritária (Kaarna, 2007).

Em Portugal uma das prioridades estratégicas em saúde tem por objectivo o reconhecimento público da qualidade das organizações de saúde, através da adopção de processos de acreditação de algumas instituições de saúde e de certificação dos serviços prestados. Estas tendências passaram pela adopção dos protocolos do *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS) ou da JCAHO para os hospitais, do *MoniQuOr* para a avaliação da qualidade organizacional de centros de saúde e da certificação dos serviços no âmbito do Sistema ISO 9001:2008 (Santos, s.d). Actualmente, o Modelo Nacional de Acreditação em Saúde, conforme definido no Programa Nacional de Acreditação em Saúde, consiste na adaptação do Modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) à realidade portuguesa (Marques, 2011).

Independentemente do protocolo adoptado, encontra-se sempre implícita a ideia da incorporação obrigatória dos resultados da avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais.

2. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

“É hoje reconhecido que a satisfação profissional é (...) um elemento determinante da avaliação da qualidade das empresas...”

(Graça, 1999)

A temática da satisfação profissional passou a reunir o interesse dos técnicos, investigadores e gestores a partir do momento em que se começou a valorizar a dimensão humana na gestão das organizações. O homem, no desempenho da sua actividade profissional, encontra-se envolvido por múltiplas preocupações, que estão, geralmente, relacionadas com o seu local de trabalho, como por exemplo, as funções, as responsabilidades, os riscos, os conflitos e as condições. A influência destes factores na SP é hoje reconhecida pelos investigadores, pelos profissionais e pelas instituições, que começaram a dar-lhe cada vez mais relevância (Tavares, 2008). Além disso, pelo facto de estar associada simultaneamente à produtividade da empresa e à satisfação do cliente, é considerada um elemento determinante na avaliação da qualidade e sucesso das organizações (Tutunco *et al.*, 2006; Agapito & Sousa, 2010; Meireles, 2010; Menezes, 2013).

As transformações ocorridas no processo de trabalho aumentaram as exigências sobre os colaboradores, os quais devem apresentar-se cada vez mais qualificados, competentes e produtivos (Paiva *et al.*, 2011). No que diz respeito aos profissionais de saúde, níveis altos de satisfação traduzem-se em elevados índices de qualidade do atendimento e dos cuidados prestados (Batista *et al.*, 2010; Castro *et al.*, 2011).

A avaliação periódica da satisfação dos profissionais de saúde torna-se essencial para a monitorização da qualidade organizacional (Castro *et al.*, 2011). É importante referir que a SP, no âmbito do sistema de gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem enquadramento legal em Portugal. Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei n. 48/90, de 24 de Agosto), a SP é referida como um dos quatro critérios de avaliação periódica do SNS, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos (Graça, 1999). Dada a sua influência no desempenho profissional, facilmente se percebe a relevância da SP nas organizações. Convém ressaltar que este tema tem sido alvo de várias abordagens ao longo dos últimos anos e que foram vários os autores (e.g. Locke, Graça, Frasier) a contribuir com novas perspectivas teóricas nesta área, aos quais se faz referência de seguida (Castro *et al.*, 2011).

I. CONCEITO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A SP constitui um dos temas mais estudados na literatura organizacional, com teorias muito diversas em relação à natureza dos seus determinantes. Consiste num fenómeno

complexo, afectado por inúmeros factores, cuja compreensão ajudará os gestores das organizações a desenvolverem estratégias que mudem o nível de satisfação dos profissionais (Pereira, 2010).

Apesar das inúmeras definições existentes do conceito de satisfação no trabalho, é possível categorizá-las de acordo com perspectivas distintas: por um lado, alguns autores definem a SP como um estado emocional, um sentimento ou uma resposta efectiva, enquanto, por outro lado, outros autores definem satisfação como uma atitude generalizada em relação ao trabalho (Ferreira *et al.*, 2001). Além disso, independentemente da perspectiva, é possível identificar duas abordagens distintas em relação à satisfação no trabalho. A primeira é definida como uma abordagem unidimensional ou global, na qual a satisfação depende dos aspectos que caracterizam o trabalho, mas sem resultar do somatório dos mesmos. A segunda caracteriza-se por uma abordagem multidimensional, em que a satisfação deriva de um conjunto de factores associados ao trabalho, sendo possível medir a satisfação individual em relação a cada um desses factores (Ferreira *et al.*, 2001; Rodrigues, 2009). São vários os autores que referem este carácter multidimensional, nomeadamente Locke e Graça, ambos referidos mais à frente.

Ao longo do tempo diversos autores apresentaram várias definições de SP. Vitelis, em 1954, empregava a palavra “moral” dizendo ser a “atitude de satisfação do emprego com o desejo de o possuir, a vontade de lutar pelos fins de um grupo, de uma organização” (*cit in* Tavares, 2008:17). Posteriormente, em 1964, Vroom encara a SP como “o conjunto de orientações afectivas do sujeito em relação aos papéis profissionais que desempenha, no momento; atitudes positivas são conceptualmente equivalentes à satisfação profissional; atitudes negativas em relação à sua vida profissional são conceptualmente equivalentes à insatisfação profissional” (*cit in* Meireles, 2010:29).

Em 1976, Locke definiu SP como “um estado afectivo positivo resultante da apreciação do emprego ou das experiências ligadas ao emprego” (*cit in* Meireles, 2010:30 e Pereira, 2010:4). Nesta definição é evidente a tendência de atribuir à satisfação um carácter afectivo, que reflecte reacções de natureza emocional face ao trabalho e não um determinado padrão de comportamento ou actividade (Rodrigues, 2009). Segundo o autor, a satisfação que se obtém de qualquer experiência depende das expectativas, das necessidades e dos valores: as expectativas condicionam as atitudes na medida em que existe uma maior ou menor diferença entre aquilo que se quer e aquilo que se tem; as necessidades representam as condições necessárias à vida e ao bem-estar; por fim, os valores são, ao contrário das necessidades, algo que é adquirido pelo indivíduo e que pode ser desejado por ele consciente ou inconscientemente (Dias, 2009). Além

disso, tal como referido anteriormente, Locke defendia o carácter multidimensional da satisfação, apontando nove dimensões: a) satisfação com o trabalho, b) satisfação com o salário, c) satisfação com as promoções, d) satisfação com o reconhecimento, e) satisfação com os benefícios, f) satisfação com a chefia, g) satisfação com os colegas de trabalho, h) satisfação com os colegas de trabalho e i) satisfação com a organização e com a direcção (Ferreira *et al.*, 2001; Soares, 2007).

Mais tarde, em 1983, Fraser considera que a SP representa um estado subjectivo em relação a uma situação ou evento e que varia ao longo do tempo, em função do contexto e da influência de forças internas e externas ao ambiente de trabalho, e surge quando o trabalhador se apercebe que os benefícios do trabalho superam os seus custos por uma margem definida por ele e adequada às circunstâncias (Pereira, 2010; Ferreira, 2011).

De acordo com Gonçalves, a SP é uma atitude global que se desenvolve, geralmente, à medida que os indivíduos vão obtendo informações sobre o ambiente de trabalho e, por isso, é algo dinâmico. O ambiente fora do trabalho influencia consideravelmente os sentimentos do indivíduo relativamente ao trabalho e, de igual forma, atendendo a que a profissão é uma parte importante da vida da pessoa, a satisfação profissional influencia, também, o sentimento da satisfação global com a vida (Tavares, 2008).

Em 1997, com base na revisão de algumas ferramentas de avaliação da satisfação, Spector resume algumas dimensões da SP, nomeadamente: a) relações interpessoais no trabalho, b) condições de trabalho, c) natureza do trabalho e da organização, d) políticas e procedimentos da organização, e) remuneração, f) crescimento pessoal, g) oportunidades de promoção, h) reconhecimento, i) segurança e j) supervisão. Para o autor, a satisfação no trabalho corresponde à forma como as pessoas se sentem em relação ao seu trabalho e aos seus diferentes aspectos (Rodrigues, 2009). No entanto, hoje sabe-se que a satisfação profissional não depende apenas das condições laborais, mas também das expectativas que os indivíduos criam em torno do trabalho (Ferreira, 2011).

Graça (1999) define satisfação no trabalho como o resultado da avaliação periódica que uma pessoa faz relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais. A SP é basicamente uma atitude que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções, como tal é distinta de um comportamento directamente observável (Ferreira *et al.*, 2007). Tal como Locke, Graça (1999) defende o carácter multidimensional da satisfação e aponta oito dimensões: a) remuneração, b) segurança no emprego, c) condições de trabalho & saúde, d) relações de trabalho & suporte social, e) status & prestígio, f) realização pessoal e profissional &

desempenho organizacional, g) relação profissional/utente e h) autonomia & poder. Além disso, considera que a satisfação profissional varia em função da discrepância entre expectativas e resultados; um indivíduo está satisfeito quando os resultados igualam ou superam as expectativas.

Para Graça (1999), a SP deve ser vista não só como um importante indicador do clima organizacional, mas sobretudo como um elemento determinante da avaliação da qualidade das empresas. Da mesma forma, Santos refere que “a satisfação profissional é a pedra basilar no desenvolvimento organizacional assim como no conhecimento e aceitação da filosofia institucional adoptada” (*cit in Castro et al., 2011:159*). Este autor define a satisfação como um estado de boa disposição que surge do facto do indivíduo se sentir bem com o que faz e sentir-se reconhecido pelo seu trabalho, ou seja, sente-se satisfeito quando realiza com sucesso os seus objectivos, aumentando a sua expectativa em relação a metas futuras (*Castro et al., 2011*).

Para Tamayo, o trabalho representa um dos aspectos mais relevantes da vida e é inseparável da sua existência, não se circunscrevendo só à produção de bens e riquezas, mas também à realização pessoal e profissional. A consciencialização da relação que existe entre o trabalho e o bem-estar do trabalhador desperta, no seio das organizações, a necessidade de se implementar políticas que promovam uma cultura organizacional propícia à realização da missão e objectivos da organização, com a garantia da qualidade de vida e da realização dos colaboradores (Meireles, 2010). Contudo, em 1975, Lawler expõe um carácter não necessariamente negativo da insatisfação, na medida em que esta pode dar origem a determinados comportamentos criativos, levando, assim, a mudanças construtivas nas organizações (Tavares, 2008; Meireles, 2010; Ferreira, 2011).

Mais especificamente na área da saúde, Donabedian, em 1966, refere que “a satisfação profissional é um elemento fundamental no atendimento do utente e no relacionamento dentro da equipa de saúde, isto é, funciona como elemento preponderante na qualidade de atendimento das pessoas e no relacionamento interpessoal no local de trabalho” (*cit in Castro et al., 2011:159*).

Compilando estas definições, constata-se que a SP é um conceito complexo e difícil de operacionalizar dada a sua componente subjectiva e pessoal, no entanto, é apresentada pela generalidade dos especialistas como um sentimento e forma de estar perante a profissão.

II. TEORIAS EXPLICATIVAS DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Apesar do conceito de motivação não ser sinónimo de satisfação no trabalho, é frequentemente ligado à satisfação, e as teorias da motivação tem formado a base dos modelos e medidas da SP (Rodrigues, 2009). Inclusivamente, Herzberg ao longo da sua teoria faz referência a factores motivacionais como sendo factores que quando satisfeitos conduzem a satisfação do trabalhador (Pereira, 2010). Torna-se então pertinente clarificar estes dois conceitos que se têm como distintos. A motivação é um conceito anterior à satisfação no que diz respeito ao ciclo motivacional, ou seja, a motivação refere-se à tensão gerada por uma necessidade, enquanto a satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade (Ferreira, 2011). A motivação pode também ser definida como uma força psicológica que determina a direcção do comportamento de uma pessoa dentro da organização, o nível de esforço e persistência pessoal, enquanto a SP é considerada como um sentimento global ou como um conjunto de atitudes em relação ao trabalho (Pereira, 2010).

Historicamente, os primeiros estudos de SP remontam ao início do século XX. Em 1911 surge o modelo *taylorista*, idealizado por Taylor, no qual era feita uma estreita associação entre a satisfação laboral e a produtividade do trabalhador. Este defendia que a satisfação dos colaboradores dependia da quantidade de dinheiro auferida e, por isso, deveria haver uma divisão dos lucros entre patrões e os mesmos com o objectivo de elevar, de forma generalizada e automática, a satisfação no trabalho. Para Taylor, um operário satisfeito seria um operário mais produtivo (Meireles, 2008; Castro *et al.*, 2011). Apesar de vanguardista, esta filosofia organizacional teve alguns opositores, nomeadamente Hoppock, em 1935, que defendia uma perspectiva multidimensional, dizendo que “a satisfação do trabalhador seria apenas parte da satisfação geral com a vida e estaria relacionada com as habilidades de adaptação às situações, com a habilidade de se relacionar com os outros, com o estatuto relativo ao grupo socioeconómico com o qual se identifica e com a natureza do trabalho e a sua relação com as habilidades, interesses e preparação para o trabalho” (*cit in* Tavares, 2008:19).

Na tentativa de explicar o conceito de satisfação no trabalho, Locke distingue três etapas fundamentais inerentes a várias escolas. A Escola Psico-económica, caracterizada pela corrente de pensamento de Taylor, já referido, circunscrevia o comportamento dos colaboradores a uma função mecanicista na execução das tarefas em troco de uma remuneração (Meireles, 2010). Mais tarde, sensivelmente a partir dos anos 30 do século passado, surge a Escola Psicossociológica ou Escola das Relações Humanas baseada sobretudo nos trabalhos de Elton Mayo. Esta incidiu sobre a observação,

experimentação e análise do factor humano e demonstrou que os membros de uma organização são mais eficientes e têm uma maior satisfação no emprego desde que tenham reconhecimento e importância, o que significa que os mesmos são motivados essencialmente por um conjunto de necessidades de natureza social e psicológica (Dias, 2007; Meireles, 2010). Por fim, em 1959 nasce a Escola do Desenvolvimento com o estudo de Herzberg, Mausner e Snyderman que atribui maior importância aos factores intrínsecos para a satisfação, ou seja, os autores consideram que a SP não depende de factores extrínsecos mas sim de factores intrínsecos, ligados à natureza das tarefas e às possibilidades que oferecem para a concretização de capacidades de toda a ordem, surgindo assim a Teoria da Higiene-Motivação de Herzberg, explorada mais à frente (Meireles, 2010). Assim, após a Escola Psico-Económica, o enfoque passou a ser colocado nas atitudes dos colaboradores: a percepção que estes têm em relação à sua situação laboral influencia a forma como reagem ao trabalho, e, por isso, passam a ser encarados como seres reflexivos relativamente à sua própria realidade (Dias, 2009).

No âmbito da psicologia social das organizações são conhecidas diversas teorias relativamente à satisfação no trabalho, das quais se destacam, sem dúvida, as teorias de Maslow e Herzberg. Em 1954 Maslow afirma que a satisfação laboral de um indivíduo decorre da resposta que este obtém em relação às suas necessidades. Este modelo de *satisfação de necessidades* refere que o comportamento humano, num dado momento, é determinado pela necessidade que é percebida como mais forte (Meireles, 2010; Castro *et al.*, 2011). O autor considera que a satisfação é determinada pela realização de cinco níveis de necessidades: fisiológicas (ar, comida, repouso, abrigo, fome, sede, sexo), de segurança (protecção contra o perigo ou privação), sociais (amizade, inclusão em grupos) de estima (reputação, reconhecimento, auto-respeito, amor) e de auto-realização (realização do potencial, utilização plena dos talentos individuais e actualização pessoal) (Ferreira *et al.*, 2001).

Para Maslow, as necessidades humanas são de natureza biológica ou instintiva, possuem uma base genética, influenciam comportamentos, muitas vezes de um modo inconsciente, e desse modo caracterizam os seres humanos em geral (Ferreira *et al.*, 2001). Além disso, pressupõe que estas necessidades podem ser divididas em dois grupos: as fisiológicas e de segurança estão associadas à preservação e conservação pessoal e, por isso, são chamadas de necessidades primárias ou de baixo nível; as necessidades sociais, de estima e auto-realização representam a identidade sócio-individual e são chamadas de necessidades secundárias ou de alto nível. O autor expôs a sua concepção através de uma pirâmide, de forma a representar a hierarquia das necessidades. Com efeito estas vão-se manifestando por ordem crescente, progredindo

das necessidades fisiológicas até às necessidades de auto-realização, contudo uma necessidade satisfeita já não serve como motivação principal do comportamento (outras mais elevadas assumem o controlo do mesmo) (Ferreira *et al.*, 2001; Tavares, 2008; Ferreira, 2011). Assim, o trabalhador não é simplesmente influenciado por motivações económicas e de segurança, mas é uma pessoa que procura um espaço de afirmação e desenvolvimento pessoal (Tavares, 2008). Apesar de tudo, esta abordagem tornou-se menos popular com a crescente importância dos processos cognitivos em vez das necessidades básicas (Ferreira, 2011).

Posteriormente, Herzberg vem criticar a teoria de Maslow, afirmando que a satisfação de necessidades básicas não é suficiente para gerar motivação, mas sim movimento. Por sua vez, este autor defende que existem dois conjuntos de factores que determinam a satisfação de uma pessoa: intrínsecos ou motivadores, relacionados com o cargo e conteúdo da tarefa (como a realização, o reconhecimento, a possibilidade de ver reconhecidas as suas capacidades, a possibilidade de adquirir competências novas, a possibilidade de realização das potencialidades do sujeito, etc.), e factores extrínsecos ou de higiene (como o salário, as condições de trabalho e as relações interpessoais) (Ferreira *et al.*, 2001; Kaarna, 2007; Martins, 2010). Uma nota importante para a compreensão da teoria de Herzberg é o facto da insatisfação não ser o oposto da satisfação e por isso os factores que levam a satisfação no trabalho não se confundem com os que levam à insatisfação, ou seja, corrigir as causas da insatisfação não proporciona satisfação e promover factores de satisfação não elimina a insatisfação (Pereira, 2010; Ferreira, 2011).

Os factores intrínsecos promovem a SP, enquanto os factores extrínsecos promovem a insatisfação, quando são negligenciados (Tavares, 2008). Um bom salário ou condições ambientais de trabalho agradáveis não constituem, só por si, factores de satisfação, pois apenas evitam a insatisfação. Para aumentar a satisfação no trabalho, o autor sugere que a tarefa seja enriquecida, isto é, ampliada em termos de responsabilidade, de objectivos e de desafio (Ferreira *et al.*, 2001). Esta teoria revelou-se extremamente relevante a partir do momento em que atribuiu importância à própria tarefa e ao seu conteúdo como fonte de motivação, propondo igualmente o enriquecimento de tarefas, o incremento da responsabilidade e dos objectivos inerentes ao cargo, defendendo que numa organização as pessoas motivadas agem de forma diferente daquelas que funcionam apenas em consequência de estímulos básicos (Tavares, 2008; Meireles, 2010). Contudo, esta teoria também foi alvo de críticas relativamente à falta de consistência empírica na divisão dos aspectos do trabalho como intrínsecos ou extrínsecos (Ferreira, 2011).

Em 1976, Hackman e Oldham desenvolveram o modelo das características da função. Estes autores consideram que a satisfação profissional resulta das características do trabalho que o indivíduo executa e, por isso, este modelo parte do pressuposto de que os indivíduos podem ser motivados por via da satisfação intrínseca que resulta do desempenho das tarefas (Ferreira *et al.*, 2001; Kaarna, 2007). Com base neste pressuposto, os autores consideram ser possível desenvolver formas ideais de organização do trabalho, nomeadamente através do incremento das características centrais do trabalho: variedade de aptidões, identidade e significado da tarefa, autonomia na função e feedback. Estas características influenciam os estados psicológicos dos indivíduos, que, por sua vez, contribuem para a *performance* profissional, para a satisfação no trabalho, para a motivação e para o *turnover*. O Índice do Potencial Motivador do trabalho determina-se através da combinação dos scores obtidos nas cinco características centrais do trabalho. Quanto mais elevado for o índice, maior será a motivação e a satisfação do indivíduo. Por outro lado, o modelo contempla uma variável intra-individual, moderadora, entre as características da função e a satisfação e definida pelas necessidades individuais de desenvolvimento. Esta variável sugere que as características da função influenciarão a SP do indivíduo de acordo com as suas próprias necessidades de crescimento, o que significa que os profissionais que procuram desafios e que demonstram maior interesse em relação ao seu trabalho, estão mais satisfeitos e motivados para um bom desempenho da função (Ferreira *et al.*, 2001; Soares, 2007; Martins, 2010).

Através desta breve exposição depreende-se que desde muito cedo a SP foi objecto de estudo para muitos autores, sendo, actualmente, uma preocupação crescente dentro das organizações.

III. DETERMINANTES E CONSEQUÊNCIAS DA (IN)SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A prática de uma profissão resulta da conjugação de diversos factores, como o ambiente e as relações de trabalho ou as características das tarefas, que exercem marcada influência sobre o comportamento do homem e condicionam a SP (Ferro *et al.*, 2007). Um dos motivos de interesse do estudo da satisfação prende-se, precisamente, com as consequências desta não só para o trabalhador, mas também para os colegas de trabalho, chefes e para a organização como um todo. Na sociedade contemporânea, o trabalho ocorre em organizações cuja cultura é, geralmente, fortemente orientada para a produtividade, e não é pouco frequente que a meta do lucro prevaleça em detrimento da realização e bem-estar dos colaboradores. Dentro de uma organização com valores

e normas, a relação do homem com o trabalho deve ser mediada por estratégias, desde a gestão dos sistemas de trabalho e de recompensas, até à relação com os colegas ou superiores, que visem a motivação e a satisfação no trabalho (Teixeira, 2003).

Sendo a SP uma atitude individual acerca do trabalho, é razoável admitir que terá implicações significativas na forma como os indivíduos desempenham as suas funções (Rodrigues, 2009). Com isto, a maior motivação dos investigadores para o estudo da SP tem sido o estabelecimento de uma ligação entre esta e desempenho profissional. Os colaboradores satisfeitos apresentam um maior nível de desempenho, assim como tendem a ser mais produtivos e a sentir um maior envolvimento organizacional. Consequentemente, a SP irá condicionar a satisfação dos clientes uma vez que influencia directamente os produtos/serviços entregues a estes (Tutunco *et al.*, 2006).

Tanto Herzberg, como Hackman e Oldham, referidos anteriormente, atribuíram importância à própria tarefa e ao seu conteúdo como fonte de motivação e satisfação, sugerindo que os profissionais que desempenham tarefas com maior autonomia, significado e variedade de aptidões terão maiores níveis de SP e, consequentemente, estarão mais dedicados aos objectivos da organização (Ferreira *et al.*, 2001; Rodrigues, 2009). Desta forma, um trabalhador satisfeito irá promover o desenvolvimento organizacional da sua empresa, tornando-a mais eficaz, eficiente e dinâmica (Pereira, 2010; Ferreira, 2011).

Particularmente no caso dos profissionais de saúde, a diminuição da SP e, por sua vez, do desempenho profissional tem uma influência negativa na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. (Ferro *et al.*, 2007; Kaarna, 2007). Estes profissionais integram um grupo profissional em que se verifica um grande desgaste, não só físico, mas sobretudo, psicológico, decorrente do grande número de situações de stress a que estão expostos, de entre as quais, o confronto com o envelhecimento da população aliado a um aumento de processos crónicos e da exigência dos utentes. Deste modo, depreende-se que novas e complexas exigências se colocam ao indivíduo no seu local de trabalho, não conseguindo, este, por vez alcançar determinados objectivos a que se propôs, de tal modo que a insatisfação laboral, os sentimentos de ansiedade e depressão ou mesmo exaustão passam a ser uma constante de exercício profissional (Meireles, 2010). Os colaboradores, particularmente nas instituições de saúde, assumem um papel activo na concretização de um serviço de qualidade, o que faz com que a SP seja um aspecto que não pode, em momento algum, ser negligenciado quando se pretende oferecer o melhor dos serviços e, assim, satisfazer o utente (Kaarna, 2007; Sousa, 2010).

Vários estudos comprovam a existência de uma associação entre a satisfação no trabalho e determinadas características organizacionais, como por exemplo a comunicação organizacional e a distribuição de poder (Ferreira *et al.*, 2001 cita, como exemplos, o estudo efectuado por Muchinsky, em 1977 para a primeira característica, e o estudo de Drake e Mitchell em 1977 para a segunda). Considera-se também que os salários e os sistemas de recompensas exercem alguma influência na SP, contudo não será tanto um salário elevado que contribui para a satisfação no trabalho, mas antes a justiça percebida relativamente à sua distribuição pelos colaboradores. Sendo assim, quando estes factores são percebidos como injustos e causam descontentamento ao profissional, a satisfação que este sente em relação ao trabalho será menor, o que se poderá reflectir, como já foi dito, no seu desempenho e envolvimento na organização (Ferreira *et al.*, 2001; Rodrigues, 2009). Além disso, considera-se que a SP se relaciona com os comportamentos organizacionais de carácter mais voluntário, e não especificamente exigidos aos colaboradores, ou seja, um trabalhador satisfeito está mais propício a realizar tarefas que estão para além do seu dever, ainda que necessárias para a organização, enquanto que um trabalhador insatisfeito limita-se a realizar as tarefas que lhe competem (Pereira, 2010).

O absentismo e o *turnover* (entrada e saída de funcionários de uma organização) são também duas consequências muito associadas à insatisfação profissional (Kaarna, 2007; Pereira, 2010; Ferreira, 2011). Naturalmente, um profissional insatisfeito tem uma menor vontade de desempenhar as suas funções, assim como tem uma maior probabilidade de abandonar a organização em que trabalha (Rodrigues, 2009; Ferreira, 2011).

A SP está ligada, também, ao bem-estar do trabalhador, podendo ser considerada um indicador emocional de bem-estar ou saúde mental. A evolução da sociedade actual, caracterizada pela rapidez da mudança tecnológica, bem como a complexidade crescente das tarefas e as suas consequências organizacionais, submetem o homem a tensões emocionais e a frustrações que podem fragilizar o respectivo equilíbrio biológico e mental. Considerando o número de horas que os indivíduos passam no local de trabalho, torna-se claro que a insatisfação com o trabalho afectará a felicidade geral e o bem-estar do trabalhador, assim como poderá levar a elevados níveis de stress ocupacional (Tavares, 2008; Pereira, 2010). Além disso, o conflito trabalho-família é outro dos factores estudados enquanto determinante da satisfação profissional, revelando correlações significativas, não só devido à colisão das exigências do contexto familiar com as do trabalho, mas também pelos efeitos deste na vida familiar (Ferreira *et al.*, 2001).

Em suma, conclui-se que (in)satisfação profissional exerce influência no desempenho, produtividade e rendimento dos colaboradores e das organizações, no absentismo e *turnover*, no envolvimento do indivíduo com a própria organização e no seu bem-estar físico e mental (Ferreira, 2011). Assim, torna-se essencial que o profissional não seja visto apenas numa vertente economicista, mas sim como um recurso valioso, cabendo à empresa disponibilizar os meios necessários à satisfação das suas necessidades e expectativas como pessoa e trabalhador (Castro *et al.*, 2011).

3. GESTÃO DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

“A qualidade dos produtos e serviços é, na sua essência, o resultado da acção humana e do trabalho humano.”

(Feigenbaum *cit in* Teixeira, 2003:77)

São muitos os factores que, actualmente, pressionam para uma mudança nas organizações, como por exemplo, a actual crise económica ou a crescente competitividade entre as empresas. Particularmente, os clientes exigem cada vez mais das organizações, pressionando não só para a melhoria da qualidade, mas também para a redução de custos. Contudo, apesar da qualidade dos serviços ser, reconhecidamente, o caminho mais curto para uma elevada performance, o grande desafio está na sua implementação (Mezomo, 2001). A manutenção de um SGQ concebido para continuamente melhorar o desempenho da organização, tendo em consideração as necessidades de todas as partes interessadas, é um factor chave para o sucesso da mesma.

A GQT, referida anteriormente, consiste numa forma de gestão que envolve os esforços de todos os colaboradores dedicados a atingir os objectivos da organização quanto à qualidade. Diversos benefícios estão associados a esta filosofia de gestão, tais como: aumento da satisfação dos clientes, menores custos de produção, aumento da produtividade e *performance*, maior facilidade na partilha de conhecimento, atitudes mais positivas em relação ao trabalho e aumento da SP dos colaboradores. Este último aspecto é determinante para o progresso e sucesso de um SGQ e, por isso, deve ser uma preocupação dos gestores quando se pretende atingir a qualidade dos produtos e serviços (Yue *et al.*, 2011). No entanto, é importante ter em atenção que as práticas de gestão da qualidade mudam a organização e os processos de trabalho dentro da mesma

e, por isso, é natural que afectem de forma significativa o trabalhador e conseqüentemente a sua SP (Menezes, 2013).

Para liderar e manter em funcionamento com sucesso uma organização é necessário que a mesma seja dirigida e controlada de forma sistemática e transparente. Para tal foram identificados oito princípios de gestão da qualidade, sendo eles: a) focalização no cliente, b) liderança, c) envolvimento das pessoas, d) abordagem por processos, e) abordagem da gestão como um sistema, f) melhoria contínua, g) abordagem à tomada de decisões baseada em factos e h) relações mutuamente benéficas com os fornecedores (norma ISO 9000:2005).

O princípio b) enfatiza a importância da liderança; “os líderes estabelecem unidade no propósito e na orientação da organização. Deverão criar e manter o ambiente interno que permita o pleno envolvimento das pessoas para se atingirem os objectivos da organização” (norma ISO 9000:2005 – página 7). Também Pires (2000) aponta para a importância de uma liderança adequada, considerando que uma das condições básicas para o sucesso de um SGQ é o apoio e envolvimento da gestão de topo. A satisfação do trabalhador, a par da sua competência e formação, conduzem a produtos de alta qualidade. Deste modo, a habilidade da gestão para motivar os colaboradores pode ser tão importante para o sucesso de um programa de qualidade como o entendimento dos seus aspectos técnicos (Pires, 2000).

Além do envolvimento da gestão, também a participação e envolvimento dos colaboradores é fulcral para o sucesso de um SGQ (Prajojo & Cooper, 2009; Menezes, 2012; Ribeiro, 2012). Voltando aos princípios da qualidade descritos na norma ISO 9000:2005, o princípio c) enfatiza a importância de todos os membros da organização, assim como o seu pleno envolvimento nas questões organizacionais, para que as suas aptidões sejam utilizadas em benefício da mesma. Este princípio incentiva, de certa forma, a adopção de uma gestão participativa. Através da participação no planeamento estratégico, os funcionários podem ter um entendimento claro dos objectivos da organização, assim como das suas funções, diminuindo a ambiguidade e conflitos de papéis durante a execução dos planos estratégicos (Kim, 2002).

Além disso, a participação dos colaboradores na tomada de decisões tem uma relação positiva com a SP e com o desempenho, ou seja, os empregados que se sentem mais envolvidos na organização tendem a estar mais satisfeitos com o seu trabalho, o que afecta o comprometimento com a mesma e a *performance* na sua função (Kim, 2002; Prajojo & Cooper, 2009). O *empowerment* permite aumentar as responsabilidades, assim como a motivação e os níveis de satisfação dos colaboradores, aumentar a produtividade e a qualidade dos serviços, através do reconhecimento do trabalho de

cada um. Esta ideia consiste em encorajar os colaboradores a tomar decisões com a menor intervenção da gestão de topo e é, actualmente, considerada essencial para o sucesso e crescimento de qualquer empresa (Akbar *et al.*, 2011). A integração de todos os membros da organização nos processos de tomada de decisão afecta também o clima organizacional, na medida em que promove uma melhor relação entre os colegas de trabalho e entre os empregados e os supervisores, afectando, conseqüentemente a SP (Kim, 2002).

Diversos autores, como por exemplo, Deming e Crosby, ambos referidos anteriormente, enfatizaram a importância das pessoas na gestão da qualidade, considerando essencial estimular o trabalhador a utilizar todo o seu potencial para atingir os objectivos da organização; maiores níveis de bem-estar e satisfação estão associados a melhores resultados (Prajojo & Cooper, 2010; Menezes, 2013). Mezomo, no livro *Gestão da Qualidade em Saúde: Princípios Básicos* (2001), refere que o esforço de implementação de um processo de melhoria na qualidade traz uma série de benefícios importantes, tais como: i) melhores resultados para os clientes, ii) melhores processos de trabalho e iii) melhores benefícios para os funcionários e para a organização, como maior satisfação dos funcionários, menor *turnover* geral, melhor atendimento, menor custos, maior produtividade, entre outros.

Resumindo, verifica-se, então, a existência de uma forte relação entre as práticas de gestão da qualidade e a SP, fornecendo um forte argumento para a visão holística da GQT (Kim, 2002; Prajojo & Cooper, 2010). “As empresas e outras organizações que operam em Portugal têm que acreditar que a GQT é uma forma de gerir as suas actividades, melhorando a eficiência e eficácia dos seus processos, assegurando um aumento de vantagens competitivas, garantindo o sucesso a longo prazo e indo ao encontro das expectativas e necessidades dos clientes, colaboradores, fornecedores, parceiros e, de um modo geral, de todo o meio envolvente da organização e da sociedade” (*cit in* Fernandes, 2012:25).

2ª PARTE – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Nesta parte pretende-se descrever a metodologia utilizada ao longo deste estudo, iniciando-se pela apresentação do modelo teórico e dos objectivos, geral e específicos. De seguida, caracterizou-se o estudo quanto à sua conceptualização e descreveu-se a população alvo e a amostra utilizada.

No tópico seguinte é apresentado o método de recolha de dados (procedimento realizado e a estrutura do próprio questionário) e, por fim, são expostas as variáveis em estudo e as técnicas estatísticas utilizadas no tratamento dos dados.

1. MODELO TEÓRICO E OBJECTIVOS

Nos pontos anteriormente referidos, ficou patente que a ligação da qualidade à SP é necessária e vantajosa no contexto actual de enorme competitividade. Também se evidenciou que, a nível evolutivo, o crescimento gradual dos sistemas de qualidade conduziu a um progresso na gestão de recursos humanos, passando-se de sistemas tradicionais tayloristas, mecanicistas e controladores, para sistemas flexíveis, integradores e com novas vias de comunicação. Esta evolução é resultado, por um lado, das crescentes exigências sobre os colaboradores inerentes aos sistemas de qualidade e, por outro lado, das novas formas de gestão necessárias à integração destes sistemas nas organizações (Teixeira, 2004).

A SP é um importante indicador do clima organizacional e, mais do que isso, um elemento determinante da avaliação do desempenho das empresas e demais organizações (Graça, 1999; Menezes, 2012). Os colaboradores satisfeitos apresentam um nível de desempenho mais elevado, assim como tendem a ser mais produtivos e a sentir um maior envolvimento organizacional, o que significa que um trabalhador satisfeito irá promover o desenvolvimento da organização, tornando-a mais eficaz, eficiente e dinâmica (Pereira, 2010; Castro *et al.*, 2011). Nomeadamente na área da saúde, predomina o consenso de que a satisfação dos profissionais de saúde constitui um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, daí o interesse em averiguar a satisfação profissional dos profissionais de saúde (Graça, 1999).

Além disso, tal como referido anteriormente, a gestão pela qualidade potencia o envolvimento do trabalhador com a organização, reconhecendo a sua importância para a *performance* e produtividade organizacional, sendo, teoricamente, promotora de maiores níveis de satisfação. Uma vez que a conformidade com os requisitos dos

produtos/serviços é afectada directa ou indirectamente por todos os colaboradores, faz sentido assumir que estes têm um papel de relevo no sucesso de um SGQ. Desta forma, a gestão pela qualidade afirma que o envolvimento do colaborador é essencial e incentiva uma permanente atitude crítica, responsável e proactiva, tornando-se essencial promover a satisfação e motivação profissional (Pires, 2000).

Posto isto, o ponto de partida para o desenvolvimento deste estudo consiste na crença de que a correcta implementação e manutenção de um SGQ e, por sua vez, as práticas inerentes à gestão da qualidade, poderá contribuir para maiores níveis de SP. Na medida em que as iniciativas implementadas no âmbito da gestão da qualidade afectam toda a organização, desde os processos, aos métodos de trabalho, assume-se que afectem também o trabalhador e a satisfação que o mesmo sente no desempenho das suas funções (Menezes, 2012). No entanto, a associação entre gestão da qualidade e SP não é ainda conclusiva.

Com isto, pretende-se, então, averiguar o nível de SP dos profissionais de saúde e comparar a SP entre profissionais a desempenhar funções em serviços com e sem um SGQ implementado, na tentativa de averiguar se esta é de facto maior nos serviços com um modelo de gestão mais actual e, em princípio, com maior potencial motivacional.

Relativamente aos objectivos específicos, pretende-se:

- Quantificar a SP global e específica de cada uma das dimensões;
- Comparar os profissionais a desempenhar funções entre serviços com e sem SGQ quanto à SP;
- Ordenar as dimensões da SP, em termos de importância motivacional;
- Verificar qual a dimensão que mais influencia a SP global;
- Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas quanto à SP global e específica de cada uma das dimensões dentro das variáveis sociodemográficas e profissionais.

2. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Segundo Cerro & Bervian (2002), “no seu sentido mais geral, o método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado ou um resultado desejado”. Assim, o primeiro passo para a definição do delineamento de um estudo consiste em classificá-lo como experimental ou observacional. Um estudo experimental pressupõe intervenção sobre as unidades de investigação, sendo esta intervenção controlada pelo investigador, enquanto um estudo observacional, de que é

exemplo o estudo, não pressupõe intervenção controlada pelo investigador, limitando-se este a observar as unidades de investigação. Dentro dos estudos observacionais, podemos classificá-los de acordo com o seguimento temporal em estudos longitudinais e estudos transversais. O estudo observacional longitudinal pressupõe que cada unidade de investigação é observada em mais do que uma ocasião, enquanto num estudo transversal ocorre apenas uma observação para cada unidade de investigação. Os estudos transversais, ao não considerarem um delineamento temporal dos acontecimentos, têm a vantagem de serem mais económicos, dada a sua maior rapidez de implementação, sendo este o modelo que se aplica a este estudo (Aguiar & Silva, 2004).

Relativamente ao tipo de abordagem, será feita uma abordagem de investigação quantitativa, constituindo um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, que tem como objectivo contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos. É baseado na observação de factos objectivos, acontecimentos e fenómenos independentes do investigador, permitindo generalizar os resultados, prever e controlar os acontecimentos (Fortin, 2003). Quanto à tipologia, o estudo é descritivo na medida em que se vai explorar e determinar a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas mesmas relações (Cervo & Bervian, 2002; Fortin, 2003).

Este estudo é observacional, transversal e do tipo descritivo com uma abordagem quantitativa.

3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A realização de um estudo de investigação pressupõe a recolha de dados de um determinado conjunto de indivíduos, que partilham características comuns, ou seja, a população, "... conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em conta uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação" (Fortin, 2003). Relativamente a este estudo, a população alvo sobre a qual se pretendia recolher informação consiste nos profissionais de saúde associados a diferentes associações profissionais, nomeadamente, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), Associação Portuguesa de Ortoptistas (APOR), Associação Portuguesa de Técnicos de Anatomia Patológica (APTAP), Associação Portuguesa dos Técnicos de Radioterapia, Radiologia e Medicina Nuclear (ATARP) e, por fim, a Associação Portuguesa de Licenciados em Farmácia (APLF).

Foi enviado, por e-mail, ao Presidente de diversas associações profissionais do país, um pedido de colaboração para a divulgação do instrumento de recolha de dados aos respectivos sócios, obtendo-se uma resposta positiva das associações acima referidas, o que fez com que a população alvo fosse constituída por Fisioterapeutas, Ortoptistas, Técnicos de Anatomia Patológica, de Radioterapia, de Radiologia, de Medicina Nuclear e de Farmácia.

Uma amostra é um subconjunto de dados ou observações recolhidos a partir de uma população. Em muitas situações o investigador tem como objectivo tirar conclusões para a população a partir da qual foi retirada a amostra. Nestas situações devem ser acauteladas condições essenciais para que sejam válidas as conclusões a tirar (Daniel, 2005).

Neste estudo utilizou-se o método de amostragem probabilístico. Na medida em que a participação no estudo era voluntária, a amostra utilizada para a análise de dados não equivale à população alvo, ou seja, é constituída apenas pelos profissionais de saúde que preencheram o questionário na sua totalidade e que, no momento da recolha de dados, se encontravam a exercer funções na sua área. Sendo assim, a amostra apresenta um total de 158 elementos.

4. MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS

“A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. A escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada” (Fortin, 2003). Tendo em conta a metodologia científica e os objectivos de estudo, utilizou-se um questionário como instrumento de recolha de dados, que será descrito mais à frente.

I. PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

O processo de recolha de dados compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase foi solicitado, através de correio electrónico, a colaboração de diferentes associações profissionais do nosso país no sentido de divulgarem o questionário aos respectivos associados. De seguida, após a recepção de uma resposta positiva por parte das 5 associações anteriormente referidas, foi enviado a cada uma delas um novo e-mail destinado a ser reenviado aos sócios (Apêndice 1). Este e-mail, além de

incentivar a participação no estudo, continha informações pertinentes sobre o mesmo, algumas indicações iniciais úteis para o preenchimento do questionário, assim como o link de acesso ao mesmo e o contacto electrónico do investigador, em caso de dúvidas ou sugestões.

Uma desvantagem adjacente à escolha deste método de recolha de informação consiste no facto da taxa de resposta ser geralmente baixa. Por esta razão, numa última fase, com o intuito de incentivar novamente os profissionais de saúde a preencher o questionário, foi enviado um novo e-mail (Apêndice 1) aos mesmos, por intermédio das associações, a apelar à participação e ressaltando a importância da mesma para o sucesso do estudo.

É importante referir que pelo facto do questionário ser preenchido on-line, os dados foram sendo automaticamente armazenados à medida que cada participante concluía o questionário.

Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais. “A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação” (Fortin, 2003).

Não há forma que descreva estritamente o que deve ser a conduta do investigador em cada situação. Existe em contrapartida, um conjunto de princípios que se espera ver respeitados pelo investigador. “São considerados cinco princípios ou direitos essenciais que são aplicáveis aos seres humanos e determinados pelos códigos de ética: o direito à auto-determinação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e a confidencialidade; o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por último, o direito a um tratamento correcto e leal” (Fortin, 2003). Por estas razões, a participação no estudo era de carácter voluntário, assim como foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. Além disso, uma vez que foi utilizado um questionário auto-administrado, a ausência do investigador garante também o anonimato do indivíduo e a não tendenciosidade nas respostas.

Todo o processo que levou à recolha efectiva dos dados, desde os pedidos de colaboração ao encerramento do questionário, realizou-se no período compreendido entre Novembro de 2012 e Abril de 2013.

II. ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

Para a concretização deste estudo, utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário desenvolvido e validado pelo Dr. Luís Graça (1999), adaptado para este trabalho com a modificação e exclusão de algumas questões que não se adequavam à população ou aos objectivos do estudo. O questionário original foi inicialmente desenvolvido para ser aplicado, periodicamente, aos profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos e outros) a exercer funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, enquanto instrumento de avaliação no âmbito do programa MoniQuOr – Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde. Este programa tinha como finalidade identificar e propor medidas concreta e exequíveis que pudessem contribuir para a progressiva melhoria da SP dos profissionais de saúde bem como da organização e funcionamento dos centros de saúde.

O questionário utilizado na presente investigação (Apêndice 2) foi desenvolvido através do SurveyMonkey, um software especializado no desenvolvimento de questionários, que permite não só a construção dos mesmos, mas também a recolha e exportação dos dados no formato mais conveniente ao utilizador. Depois de construído o questionário, é-lhe associado um link da Web através do qual os participantes conseguem aceder ao mesmo e preenche-lo, excluindo, assim, a necessidade de entregar e recolher os questionários pessoalmente. Todo este processo possibilita uma recolha de informação com um maior grau de complexidade, de uma forma mais sistematizada e metódica, permitindo assim, “uma transferência de dados para uma matriz informatizada mais rapidamente e menos sujeita a erros” (Fortin,2003).

O questionário é de resposta individual e confidencial, auto-administrado e composto por 3 partes. Na primeira parte estão listadas as dimensões da SP (Tabela 2.1), nas quais se baseia o modelo de análise do questionário, devendo ser atribuído um valor de um a oito a cada uma destas dimensões, sendo que o um (1) representa a dimensão mais importante, do ponto de vista motivacional, para a SP e o oito (8) representa a dimensão menos importante.

Tabela 2.1 – Dimensões da SP e respectivos conceitos

Dimensão	Nº de itens	Conceito
Autonomia & Poder	10	Margem de poder e de liberdade que o profissional tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde

		onde se está inserido. Inclui a oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços.
Condições de Trabalho & Saúde	5	Inclui (i) o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social do profissional de saúde; (ii) a existência de serviços, programas e actividades orientadas para a prevenção dos riscos profissionais, a vigilância e a promoção da saúde; (iii) a informação e a formação no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	10	Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, o que decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem, do conteúdo e da organização do trabalho, etc. A realização pessoal e profissional está, assim, associada ao próprio desempenho organizacional do seu local de trabalho.
Relação Profissional /Utente	5	Basicamente, o conjunto de interacções humanas que se estabelecem entre os profissionais e os utentes (indivíduos e famílias), incluindo a relação terapêutica.
Relações de Trabalho & Suporte Social	7	O conjunto das relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas) que os profissionais de saúde estabelecem uns com os outros, a nível interno e externo. Inclui o suporte social que pode (e deve) ser dado pela direcção do local de trabalho ou pelos pares.
Remuneração	4	As recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, directa (em espécie) ou indirecta (em géneros) que o profissional de saúde recebe pelas funções q exerce, incluindo o vencimento-base e outras remunerações complementares (por ex., horas extraordinárias, gratificação de chefia). Inclui a percepção da equidade dessas recompensas em função do desempenho, da qualificação, etc.
Segurança no Emprego	3	A garantia de estabilidade em relação não só à função (ou ao cargo) que actualmente desempenha, como em relação ao futuro da sua carreira profissional e do seu vínculo ao local de trabalho.
Status & Prestígio	3	O prestígio socioprofissional que decorre da profissão, da carreira de profissional e da organização onde se trabalha, incluindo a auto-estima.

Na segunda parte estão listados 47 itens que representam as diferentes dimensões da SP (Apêndice 3). Em relação a cada um desses itens, é pedido aos profissionais de saúde que respondam sistematicamente a duas questões (A e B):

- A. Até que ponto deveria existir?
- B. Até que ponto existe?

A questão A tem a ver com a percepção das expectativas, desejos, valores ou preferências (aquilo que o profissional esperaria, desejaria ou gostaria de obter como recompensa, intrínseca ou extrínseca, pelo seu trabalho, competência, dedicação, esforço, empenhamento, enquanto profissional de saúde). A questão B, por sua vez, tem a ver com a percepção dos resultados que o profissional obtém (ou julga obter) e que podem ficar aquém das suas expectativas. A resposta a cada uma das questões (A e B) é feita através de uma escala ordinal de Likert, representada por números inteiros e compreendida entre o valor mínimo de zero e o valor máximo de dez. O participante deve seleccionar o número da escala que melhor traduz a sua percepção: por ex., 7 (bastante), 8 (muito), 9 (muitíssimo, sem ser o máximo); ou então 1 (quase nada), 2 (muito pouco) ou 3 (pouco). O valor 5 é o ponto neutro da escala.

A última parte do questionário é composta por questões relativas ao perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de saúde, isto é, idade, género, profissão, local de trabalho, região do país em que exerce funções, entre outras.

5. VARIÁVEIS EM ESTUDO

A identificação e operacionalização de variáveis é um suporte importante em qualquer estudo de investigação por permitir a determinação do rigor e explicitação das mesmas. De acordo com Fortin (2003), as variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação...” e que, em função dos objectivos e questões formuladas, podem ser consideradas de 2 tipos:

1) variáveis independentes: sexo, grupos etários, região, profissão, local de trabalho, actual situação no emprego, tipo de organização, exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação, antiguidade na profissão, antiguidade no local de trabalho, serviço com SGQ, SGQ certificado segundo a norma ISO 9001, instituição acreditada e modelo de acreditação.

2) variáveis dependentes: expectativas, resultados, SP global e específica para cada dimensão.

6. TRATAMENTO DOS DADOS

O apuramento dos resultados foi efectuado de acordo com as orientações metodológicas elaboradas pelo autor do questionário (Graça, 1999). Em relação à primeira parte do questionário, ordenou-se as oito dimensões da SP de acordo com a importância motivacional atribuída por cada profissional. Relativamente à segunda parte do questionário, foi calculada a diferença entre a pontuação dada às questões A e B, o que traduz o grau de discrepância entre as expectativas (A) e resultados (B) e equivale à SP. Nos casos em que os resultados superam as expectativas, surgem valores negativos, contudo, para efeitos de análise, estes valores são substituídos por zero, fazendo variar a SP entre 0 e 10. Os itens do questionário foram agrupados por dimensão de forma a calcular o *score* de satisfação específica (em relação a cada uma das oito dimensões) e satisfação global. Quanto mais próximo de 0, maior será a SP; quanto mais afastado de 0, maior a sua insatisfação, ou seja, a discrepância entre expectativas e resultados.

A análise estatística dos dados recolhidos durante o estudo foi realizada com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0®. Recorreu-se, para a caracterização global dos resultados, a medidas de localização (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo), tendo em conta se se tratavam de variáveis quantitativas. Em relação às variáveis qualitativas, utilizaram-se tabelas de frequências, utilizando contagens e frequências relativas (percentagens).

Foram calculados intervalos de confiança a 95% para a média e para a diferença entre médias.

Para estudar a associação entre a SP global e de cada dimensão (variáveis quantitativas) e os grupos independentes das variáveis qualitativas recorreu-se à utilização de testes de hipóteses paramétricos e não paramétricos. No caso em que a variável qualitativa tinha dois grupos independentes (por exemplo: o sexo) recorreu-se ao teste paramétrico t de student para 2 amostras independentes. Quando o pressuposto de normalidade foi rejeitado (através do teste de Kolmogorov-Smirnov ou do teste de Shapiro-Wilk), foi utilizada a alternativa não paramétrica ao teste t de student, o teste de Mann-Whitney. Quando a variável qualitativa tinha mais de dois grupos independentes (por exemplo: grupos etários, profissão, antiguidade na profissão, etc) recorreu-se à ANOVA (teste paramétrico). Quando os pressupostos de normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov ou teste de Shapiro-Wilk) e/ou de homogeneidade de

variâncias (teste de Levene) foram rejeitados utilizou-se a alternativa não paramétrica, o teste de Kruskal-Wallis. Nos casos em que se rejeitou a hipótese nula, ou seja, em que a diferença observada não é devida ao acaso, existem diferenças estatisticamente significativas e, por isso, procedeu-se a testes de comparações múltiplas utilizando os métodos de Tukey ou LSD, no caso de existir igualdade de variâncias, e, caso contrário, as comparações múltiplas de Dunnett.

Para testar a associação entre a SP global e as suas dimensões de SP, recorreu-se à Correlação de Spearman (correlação não paramétrica dado não se verificar o pressuposto das distribuições seguirem uma distribuição normal), de forma a medir o grau de correlação, indicando a força e a direcção da relação linear. A correlação varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo destes valores mais forte é a correlação. Se o valor for zero (0), então a correlação é inexistente; se a correlação for negativa então as variáveis variam inversamente e, no caso de ser positiva, ambas as variáveis tem uma relação no mesmo sentido.

Todos os testes foram bilaterais e rejeitou-se a hipótese nula quando $p < 0,05$, uma vez que se utilizou um nível de significância de 5%.

3ª PARTE – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos com o presente estudo. Numa primeira parte é evidenciado o perfil geral da amostra, seguindo-se a ordenação das 8 dimensões da satisfação consoante a importância motivacional atribuída pelos participantes. Posteriormente são apresentados os índices de SP, tanto global como específicos e, por fim, encontram-se descritas as relações analisadas entre as variáveis quantitativas (SP global e de cada dimensão) e qualitativas.

Para que fosse possível realizar os testes estatísticos, algumas categorias cujo número de indivíduos era muito pequeno, foram agregadas com outras categorias. Nomeadamente na variável profissão, as opções *Radioterapia* e *Radiologia* foram agrupadas, assim como no modelo de acreditação, a hipótese *Modelo ACSA* passou para a categoria *Outro*. Na variável Local de Trabalho aconteceu precisamente o contrário; avaliando as respostas dadas na categoria *Outro*, verificou-se que *Farmácia* era a resposta mais comum e, dado o número considerável de indivíduos, foi considerada uma categoria por si só.

No caso da variável actual situação no emprego verificou-se uma situação em particular. Pelo facto do questionário ter sido desenvolvido em 1999, as categorias desta variável encontravam-se desactualizadas face à legislação actual e, por isso, após avaliar as respostas dos profissionais, a categoria *Contrato Administrativo de Provisamento* foi incluída na categoria *Outro*, enquanto foi criada a categoria *Contrato de Prestação de Serviços*, dada a frequência da resposta dentro da categoria *Outro*.

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

O universo (população) considerado para a presente investigação correspondeu aos sócios das associações anteriormente referidas. No que respeita ao número de questionários contabilizados (o questionário é contabilizado a partir do momento em que o indivíduo acede ao mesmo através do link disponibilizado), obtiveram-se 287 respostas, contudo, após uma análise cuidada, foram considerados válidos apenas 158 questionários (os restantes foram eliminados uma vez que não se encontravam completamente preenchidos), sendo este o número da amostra.

Todas as variáveis sociodemográficas e profissionais estão representadas na Tabela 3.1 e 3.2. Relativamente à idade, esta variou entre 22 e 61 anos, tratando-se de uma amostra relativamente jovem com uma média etária de 31,61 anos. Ao estratificar-se

esta variável por grupos etários constatou-se que a 43% dos indivíduos encontram-se entre os 26 e os 30 anos. Do total dos profissionais apenas 28 são do género masculino, sendo 82,3% da amostra constituída por indivíduos do género feminino. Quanto à profissão dos participantes, 50% são Fisioterapeutas, sendo este o grupo profissional mais representado, e a maioria (48,7%) exerce funções numa instituição hospitalar. Além disso, 63,3% pertence ao quadro pessoal da organização e 74,7% não exerce funções de direcção, chefia ou coordenação.

A grande maioria dos participantes (70,9%) exerce a sua profissão há menos de 10 anos, o que é coincidente como facto de estarmos perante uma amostra jovem, e 74,7% encontra-se também há menos de 10 anos no actual local de trabalho. Quanto à região do país, os profissionais de saúde respondentes exercem a sua função em Lisboa e Setúbal (36,7%), Entre Douro e Minho (17,1%) e Beira Litoral (12,7%), estando os restantes divididos pelas outras regiões. Dos respondentes, 42,4% e 37,3% trabalham em organizações privadas e públicas, respectivamente.

Relativamente ao SGQ, a maior percentagem de indivíduos (37,3%), ainda que por uma pequena diferença, exerce a sua profissão em serviços onde não se encontram implementados SGQ, enquanto 35,4% reconhece a existência de um. É importante referir que 27,2% admite não saber se existe implementado um SGQ no seu serviço. Dos 35,4%, ou seja, dos 56 indivíduos que responderam que sim a esta questão, a grande maioria (89,3%) afirma que o SGQ encontra-se certificado segundo a norma ISO 9001. Por fim, 36,4% dos respondentes trabalha em instituições não acreditadas, enquanto 30,4% trabalha em instituições acreditadas e 32,9% desconhece se a organização é ou não acreditada. Dos 48 indivíduos que responderam que sim, 5 não responderam à questão seguinte, apesar das instruções. Sendo assim, 39,5% dos 43 profissionais que trabalham em organizações acreditadas apontam o King's Fund como o modelo de acreditação adoptado.

Tabela 3.1 – Distribuição numérica e percentual dos profissionais de saúde segundo as suas características sociodemográficas e profissionais

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS	Nº	%
Género (n=158)		
Masculino	28	17,7
Feminino	130	82,3
Grupo etário		
≤ 25 anos	33	20,9
26-30 anos	68	43
31-34 anos	17	10,8
≥ 35 anos	40	25,3

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS	Nº	%
Profissão (n=158)		
Técnico de Anatomia Patológica	23	14,6
Técnico de Farmácia	21	13,3
Fisioterapeuta	79	50,0
Técnico de Radiologia e Radioterapia	15	9,4
Ortopista	20	12,7
Local de trabalho (n=158)		
Hospital	77	48,7
Centro de Saúde	8	5,1
Clínica	32	20,3
Farmácia	11	6,9
Outro	30	19
Actual situação no emprego (n=158)		
Pertence ao quadro pessoal da organização	100	63,3
Contrato individual de trabalho a termo certo	30	19
Contrato prestação de serviços	16	10,1
Outra	12	7,6
Funções de direcção, chefia ou coordenação (n=158)		
Sim, formalmente	13	8,2
Sim, informalmente	27	17,1
Não	118	74,7
Antiguidade na profissão (n=158)		
Menos de 10 anos	112	70,9
10 a 14 anos	14	8,9
15 a 20 anos	15	9,5
20 anos ou mais	17	10,8
Antiguidade no local de trabalho (n=158)		
Menos de 10 anos	118	74,7
10 a 14 anos	18	11,4
15 a 20 anos	9	5,7
20 anos ou mais	13	8,2
Região do país em que exerce a profissão (n=158)		
Entre Douro e Minho	27	17,1
Trás-os-Montos e Alto Douro	8	5,1
Beira Litoral	20	12,7
Beira Interior	10	6,3
Extremadura e Ribatejo	12	7,6
Lisboa e Setúbal	58	36,7
Alentejo	7	4,4
Algarve	5	3,2
Açores	7	4,4
Madeira	4	2,5
Organização (n=158)		
Pública	59	37,3
Privada	67	42,4
Pública-privada	32	20,3
No seu serviço encontra-se implementado um SGQ? (n=158)		
Desconheço	43	27,2

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS	Nº	%
Sim	56	35,4
Não	59	37,3
O SGQ encontra-se certificado segundo a norma ISO 9001? (n=56)		
Sim	50	89,3
Não	6	10,7
A sua instituição é acreditada? (n=158)		
Desconheço	52	32,9
Sim	48	30,4
Não	58	36,7
Modelo de acreditação (n=43)		
Joint Commission International	11	25,6
King's Fund	17	39,5
Outro	15	34,9

2. GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO ÀS DIMENSÕES DA SP

Um dos objectivos do estudo consistia em obter a ordenação das 8 dimensões da SP estudadas de acordo com a importância motivacional. Para tal, era pedido ao participantes para ordenar as dimensões de acordo com a importância atribuída a cada uma, através da atribuição de um valor de um a oito, sendo que o um (1) representa a dimensão mais importante para a satisfação profissional e o oito (8) representa a dimensão menos importante.

Tal como é possível verificar através da Tabela 3.2, constata-se que, em média, a dimensão mais importante corresponde à Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional, uma vez que apresenta a média mais baixa (3,34), e a menos importante diz respeito ao Satus e Prestígio, pelo facto de apresentar a média mais alta (6,02).

Tabela 3.2 – Ordenação das dimensões da SP de acordo com a importância motivacional

DIMENSÃO	ORDENAÇÃO	MÉDIA
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	1º	3,34
Condições de Trabalho & Saúde	2º	4,05
Remuneração	3º	4,18
Relação Profissional /Utente	4º	4,25
Autonomia & Poder	5º	4,41
Segurança no Emprego	6º	4,51
Relações de Trabalho & Suporte Social	7º	4,73
Status & Prestígio	8º	6,02

3. A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL COMO DISCREPÂNCIA ENTRE EXPECTATIVAS E RESULTADOS

Segundo Luis Graça, o autor do questionário original utilizado no presente estudo, a SP é função da discrepância (E-R) entre expectativas (E) e resultados (R); assume-se que um indivíduo está satisfeito quando $E=R$ ou quando $R > E$ e não satisfeito quando $R < E$. Na tabela 3.3 estão descritos os scores médios das expectativas, resultados e SP (E-R) de cada dimensão e globalmente, estando as dimensões ordenadas de acordo com o nível de SP. Uma vez que a SP de cada dimensão resulta da média das discrepâncias (E-R) dos itens correspondentes, quanto menor for o valor, maior é a SP média em relação à dimensão, uma vez que quanto mais próximos forem os resultados das expectativas, mais satisfeito está o profissional. Neste sentido, a SP global resulta da média da SP específica de cada dimensão e, por isso, quanto menor o valor obtido, maior é o nível de satisfação no trabalho da amostra.

Do conjunto das respostas dadas destacam-se claramente 3 dimensões, sendo elas a Relação Profissional/Utente, Remuneração e Status & Prestígio, pois apresentam os valores médios de expectativas, resultados e discrepâncias mais altos e mais baixos, destacados na Tabela 3.3. A dimensão Relação Profissional/Utente apresenta simultaneamente o maior valor médio de expectativas e resultados, assim como o nível médio de SP mais elevado ($E-R=1,313$). Em contrapartida, a dimensão que apresenta uma menor SP é a Remuneração uma vez que tem também o menor valor médio de resultados, surgindo, assim, uma maior diferença entre expectativas e resultados ($E-R=4,129$). A dimensão Status & Prestígio detém o menor valor médio de expectativas, o que, conciliado com um valor médio de resultados razoável, faz com que esta seja uma das dimensões com maior nível de SP.

Os três itens que revelam um score mais baixo (o que representa uma maior SP) são: (i) o prestígio que gozo, entre as pessoas das minhas relações (amigos, familiares e outros), devido ao estatuto da minha carreira (1,111); (ii) o respeito, o apreço e a confiança que os utentes desta organização me manifestam (ou pelo menos aqueles com que lido) (1,282); (iii) o apoio com que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais ajuda (1,613). Pelo contrário, os itens com score mais alto são: (i) a percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei (4,160); (ii) a percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional (por ex., quantidade e qualidade do meu trabalho) (4,58); (iii) o elevado

espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo, independentemente da sua profissão ou carreira (5,696). No Apêndice 4 é possível verificar os valores referidos, assim como dos restantes itens, que estão organizados por ordem decrescente relativamente ao nível de SP.

Por fim, o valor médio que se obteve para a SP global foi de 2,537.

Tabela 3.3 – Scores médios de expectativas, resultados e discrepâncias (SP) das dimensões da SP e da SP global

DIMENSÃO	E	R	E-R (SP)
Relação Profissional/ Utente	8,652	7,342	1,313
Status & Prestígio	7,343	5,810	1,646
Relações de Trabalho & Suporte Social	8,312	5,799	2,518
Condições de Trabalho & Saúde	8,502	5,968	2,57
Autonomia & Poder	8,333	5,737	2,612
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	8,438	5,765	2,695
Segurança no Emprego	8,305	5,362	2,999
Remuneração	8,225	4,109	4,129
SP Global	8.264	5.738	2.537

4. ANÁLISE DA SP GLOBAL E ESPECÍFICA DE CADA DIMENSÃO SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

De forma a averiguar a associação entre a SP global e as variáveis sociodemográficas e profissionais, foram realizados diversos testes estatísticos, sendo os resultados apresentados de seguida.

Em primeiro lugar testou-se a existência de associações com a SP global (Apêndice 5). Como se pode verificar pela Tabela 3.4, nenhuma variável apresentou diferenças estatisticamente significativas quanto à SP global, uma vez que o nível de significância dos testes (valor p) foi superior ao nível de significância de 5%. Contudo, a associação entre a SP global e a variável serviço com SGQ mostrou uma evidência mais forte ($p=0,113$), uma vez que a probabilidade desta associação se dever ao acaso foi a mais baixa.

Tabela 3.4 – SP global segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis sociodemográficas e profissionais	n	Média	IC 95%	Mediana	p value
Género	158				
<i>Masculino</i>	28	2,63	(2,01; 3,17)	2,55	0,671 ^a
<i>Feminino</i>	130	2,52	(2,29; 2,74)	2,48	
Grupos etários	158				
<i><=25 anos</i>	33	2,26	(1,81; 2,72)	2,38	0,247 ^b
<i>26-30 anos</i>	68	2,58	(2,27; 2,89)	2,51	
<i>31-34 anos</i>	17	3,04	(2,47; 3,62)	3,11	
<i>>=35 anos</i>	40	2,48	(2,02; 2,93)	2,31	
Região	158				
<i>Entre Douro e Minho</i>	27	2,94	(2,35; 3,53)	2,86	0,418 ^b
<i>Trás-os-Montes e Alto Douro</i>	8	2,46	(1,13; 3,79)	2,44	
<i>Beira Litoral</i>	20	2,52	(1,95; 3,09)	2,44	
<i>Beira Interior</i>	10	2,02	(0,80; 3,25)	1,94	
<i>Extremadura e Ribatejo</i>	12	2,77	(1,86; 3,67)	2,87	
<i>Lisboa e Setúbal</i>	58	2,55	(2,24; 2,85)	2,46	
<i>Alentejo</i>	7	2,18	(1,12; 3,23)	2,33	
<i>Algarve</i>	5	1,61	(0,44; 2,79)	1,27	
<i>Açores</i>	7	2,83	(1,55; 4,11)	2,47	
<i>Madeira</i>	4	1,75	(0; 3,63)	2,25	
Profissão	158				
<i>Técnico de Anatomia Patológica</i>	23	2,24	(1,86; 2,63)	2,25	0,371 ^b
<i>Técnico de Farmácia</i>	21	2,51	(1,84; 3,19)	2,66	
<i>Fisioterapeuta</i>	79	2,66	(2,35; 2,97)	2,5	
<i>Técnico de Radiologia e Radioterapia</i>	15	2,85	(1,99; 3,72)	2,7	
<i>Ortoptista</i>	20	2,17	(1,70; 2,63)	2,38	
Local de Trabalho	158				
<i>Hospital</i>	77	2,42	(2,15; 2,68)	2,39	0,250 ^b
<i>Centro de Saúde</i>	8	3,29	(2,25; 4,33)	3,35	
<i>Clínica de Saúde</i>	32	2,83	(2,27; 3,39)	2,51	
<i>Farmácia</i>	11	2,41	(1,48; 3,35)	2,71	
<i>Outro</i>	30	2,38	(1,86; 2,90)	2,58	
Actual Situação no Emprego	158				
<i>Pertence ao Quadro Pessoal da Organização</i>	100	2,48	(2,22; 2,74)	2,42	0,910 ^b
<i>Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo</i>	30	2,66	(2,17; 3,15)	2,65	
<i>Contrato Prestação de Serviços</i>	16	2,57	(1,84; 3,30)	2,4	
<i>Outra</i>	12	2,66	(1,89; 3,44)	2,74	
Tipo de Organização	158				
<i>Pública</i>	59	2,6	(2,26; 2,93)	2,5	0,397 ^b
<i>Privada</i>	67	2,62	(2,26; 2,97)	2,51	
<i>Pública-Privada</i>	32	2,26	(1,88; 2,63)	2,39	
Exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação	158				
<i>Sim, formalmente</i>	13	2,13	(1,22; 3,03)	1,84	0,452 ^b
<i>Sim, informalmente</i>	27	2,68	(2,23; 3,14)	2,66	
<i>Não</i>	118	2,55	(2,31; 2,79)	2,48	

Variáveis sociodemográficas e profissionais	n	Média	IC 95%	Mediana	p value
Antiguidade na profissão	158				
<i>Menos de 10 anos</i>	112	2,52	(2,28; 2,77)	2,5	
<i>10 a 14 anos</i>	14	3,07	(2,28; 3,87)	3,04	0,309 ^b
<i>15 a 20 anos</i>	15	2,53	(1,78; 3,29)	2,25	
<i>20 ou mais anos</i>	17	2,18	(1,47; 2,88)	2,18	
Antiguidade no local de trabalho	158				
<i>Menos de 10 anos</i>	118	2,55	(2,31; 2,78)	2,48	
<i>10 a 14 anos</i>	18	2,68	(1,92; 3,44)	2,64	0,253 ^b
<i>15 a 20 anos</i>	9	3,01	(2,21; 3,81)	2,78	
<i>20 ou mais anos</i>	13	1,93	(1,21; 2,65)	2,05	
Serviço com SGQ	115				
<i>Sim</i>	56	2,27	(1,95; 2,59)	2,28	0,113 ^a
<i>Não</i>	59	2,66	(2,29; 3,03)	2,65	
SGQ certificado segundo a norma ISO 9001	56				
<i>Sim</i>	50	2,32	(1,98; 2,66)	2,29	0,384 ^a
<i>Não</i>	6	1,86	(0,70; 3,02)	1,92	
Instituição Acreditada	106				
<i>Sim</i>	48	2,23	(1,83; 2,63)	2,34	0,178 ^a
<i>Não</i>	58	2,58	(2,25; 2,90)	2,46	
Modelo de Acreditação	43				
<i>Joint Comission International</i>	11	1,93	(1,18; 2,68)	1,98	
<i>King's Fund</i>	17	2,78	(2,04; 3,50)	2,49	0,349 ^c
<i>Outro</i>	15	1,9	(1,09; 2,70)	1,19	

a: teste t-student; b: ANOVA; c: teste de Kruskal-Wallis

Posteriormente, testou-se a existência de associações entre a SP específica de cada dimensão e cada uma das variáveis sociodemográficas e profissionais. Os resultados de todos os testes realizados encontram-se nos apêndices (Apêndice 6), apresentando-se, de seguida, apenas os testes que se revelaram estatisticamente significativos. Na dimensão Autonomia e Poder (Tabela 3.5) constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários ($p=0,034$), o que significa que pelo menos em um grupo etário o valor médio da dimensão Autonomia & Poder é significativamente diferente dos restantes. Sendo assim, realizaram-se comparações múltiplas (Tabela 3.12) com o intuito de averiguar exactamente quais os grupos etários que apresentavam diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se que entre os indivíduos com menos de 25 anos e os indivíduos entre os 31 e os 34 anos existe uma diferença estatisticamente significativa quanto à SP na dimensão de Autonomia e Poder ($p=0,019$). Além disso, este resultado permite evidenciar também que os primeiros apresentam um maior nível de SP uma vez que têm um score mais baixo (2,08).

Tabela 3.5 – Dimensão Autonomia & Poder segundo os grupos etários

	n	Média	IC 95%	Mediana	p value
Grupos etários	158				0,034^a
<=25 anos	33	2,08	(1,62; 2,53)	2,12	
26-30 anos	68	2,6	(2,23; 2,98)	2,5	
31-34 anos	17	3,48	(2,44; 4,53)	2,9	
>=35 anos	40	2,7	(2,15; 3,24)	2,31	

a: ANOVA

Quanto à dimensão Condições de Trabalho & Saúde (Tabela 3.6), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos a trabalhar em serviços com e sem SGQ ($p=0,020$) e entre instituições acreditadas e não acreditadas ($p=0,037$). Ao avaliar as médias é possível afirmar que os profissionais que desempenham funções em serviços com SGQ apresentam uma maior SP quanto à dimensão em causa, assim como aqueles que trabalham em instituições acreditadas.

Tabela 3.6 – Dimensão Condições de Trabalho & Saúde segundo o serviço com SGQ e instituição acreditada

	n	Média	IC 95%	Mediana	p value
Serviço com SGQ	115				0,020^a
<i>Sim</i>	56	2,14	(1,78; 2,52)	2,00	
<i>Não</i>	59	2,84	(2,37; 3,30)	3,2	
Instituição Acreditada	106				0,037^a
<i>Sim</i>	48	2,08	(1,62; 2,53)	1,9	
<i>Não</i>	58	2,78	(2,31; 3,25)	2,6	

a: teste t-student

Relativamente à dimensão Relação Profissional/Utente (Tabela 3.7) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis local de trabalho ($p=0,024$), antiguidade no local de trabalho ($p=0,019$), exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação ($p=0,030$) e SGQ certificado segundo a norma ISO 9001 ($p=0,012$). Quanto a esta última variável, verifica-se que os profissionais que responderam que possuíam um SGQ certificado segundo a norma ISO 9001 têm um maior nível de SP relativamente à relação profissional/utente. Dos testes de comparações múltiplas (Tabela 3.12), observou-se na variável local de trabalho diferenças estatisticamente significativas entre o hospital e o centro de saúde ($p=0,044$) e entre o hospital e a clínica de saúde ($p=0,009$), sendo que, em ambos os casos, os profissionais que desempenham as suas funções nos hospitais apresentam uma maior SP quanto à relação profissional/utente. Em relação à variável antiguidade no local de

trabalho encontraram-se diferenças entre as categorias menos de 10 anos e 20 anos ou mais ($p=0,039$) e entre 15 a 20 anos e 20 anos ou mais ($p=0,009$), com os últimos a apresentar uma maior SP em ambos os casos. Quanto às funções de chefia, direcção ou coordenação, verificou-se uma diferença entre aqueles que dizem ter estas funções formalmente e aqueles que as têm informalmente ($p=0,035$), registando-se uma maior SP nos primeiros relativamente à dimensão em questão.

Tabela 3.7 – Dimensão Relação Profissional/Utente segundo o local de trabalho, antiguidade no local de trabalho, funções de chefia, direcção e coordenação e SGQ certificado segundo a norma ISO 9001

	n	Média	IC 95%	Mediana	p value
Local de trabalho	158				0,024 ^a
<i>Hospital</i>	77	1,1	(0,87; 1,33)	1	
<i>Centro de Saúde</i>	8	1,92	(0,78; 3,06)	1,5	
<i>Clínica de Saúde</i>	32	1,71	(1,29; 2,13)	1,63	
<i>Farmácia</i>	11	1,13	(0,52; 1,73)	1	
<i>Outro</i>	30	1,33	(0,87; 1,80)	1,2	
Antiguidade no local de trabalho	156				0,019 ^a
<i>Menos de 10 anos</i>	116	1,29	(1,10; 1,48)	1,2	
<i>10 a 14 anos</i>	18	1,51	(0,63; 2,39)	0,9	
<i>15 a 20 anos</i>	9	2,02	(1,38; 2,65)	1,75	
<i>20 ou mais anos</i>	13	0,75	(0,40; 1,09)	0,6	
Exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação	145				0,030 ^a
<i>Sim, formalmente</i>	13	0,873	(0,20; 1,54)	0,5	
<i>Sim, informalmente</i>	27	1,66	(1,17; 2,16)	1,6	
<i>Não</i>	118	1,28	(1,09; 1,48)	1,2	
SGQ certificado segundo a norma ISO 9001	56				0,012 ^b
<i>Sim</i>	50	1,33	(1,02; 1,64)	1,2	
<i>Não</i>	6	0,38	(0,02; 0,75)	0,3	

a: teste Kruskal-Wallis; b: teste de Mann-Whitney

Na dimensão Relações de Trabalho & Suporte Social (Tabela 3.8) encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis local de trabalho ($p=0,045$) e antiguidade na profissão ($p=0,042$). Quanto aos resultados das comparações múltiplas (Tabela 3.12), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o hospital e o centro de saúde ($p=0,024$), o hospital e a farmácia ($p=0,039$), o centro de saúde e outros ($p=0,016$) e a farmácia e outros ($p=0,026$), sendo que os profissionais que trabalham no hospital apresentaram, novamente, uma maior SP que as restantes categorias. Por outro lado, os indivíduos cuja antiguidade na profissão se enquadra na categoria 15 a 20 anos têm um maior nível de SP nesta dimensão que aqueles que pertencem à categoria 10 a 14 anos ($p=0,034$).

Tabela 3.8 – Dimensão Relações de Trabalho & Suporte Social segundo o local de trabalho e antiguidade na profissão

	n	Média	IC 95%	Mediana	p value
Local de Trabalho	158				0,045 ^a
<i>Hospital</i>	77	2,4	(2,19; 2,60)	2,4	
<i>Centro de Saúde</i>	8	3,34	(2,54; 4,13)	3,43	
<i>Clínica de Saúde</i>	32	2,63	(2,15; 3,12)	2,57	
<i>Farmácia</i>	11	3,14	(2,05; 4,23)	3,28	
<i>Outro</i>	30	2,26	(1,83; 2,69)	2,14	
Antiguidade na profissão	158				0,042 ^a
<i>Menos de 10 anos</i>	112	2,52	(2,32; 2,74)	2,5	
<i>10 a 14 anos</i>	14	3,22	(2,48; 3,96)	2,87	
<i>15 a 20 anos</i>	15	2,08	(1,73; 2,43)	2,4	
<i>20 ou mais anos</i>	17	2,26	(1,62; 2,90)	1,86	

a: teste Kruskal-Wallis

Quanto à dimensão Segurança no Emprego (Tabela 3.9 e Tabela 3.12), os testes estatísticos utilizados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários ($p=0,032$), nomeadamente entre os profissionais com mais de 35 anos e entre os 31 e 34 anos, evidenciando-se uma maior SP nos primeiros, assim como na variável actual situação no emprego ($p=0,012$), nomeadamente entre os profissionais no quadro pessoal da organização e aqueles que se encontram com contrato individual de trabalho a termo certo ($p=0,022$) e também entre os primeiros e aqueles com contrato de prestação de serviços ($p=0,002$). Em ambos os casos, os profissionais que se encontram no quadro apresentam uma maior SP relativamente à Segurança no Emprego.

Tabela 3.9 – Dimensão Segurança no Emprego segundo os grupos etários e actual situação no emprego

	n	Média	IC 95%	Mediana	p value
Grupos etários	158				0,032 ^a
<i><=25 anos</i>	33	3,21	(2,34; 4,09)	2,67	
<i>26-30 anos</i>	68	3,04	(2,47; 3,60)	2,67	
<i>31-34 anos</i>	17	4,11	(3,09; 5,13)	4	
<i>>=35 anos</i>	40	2,28	(1,66; 2,91)	1,67	
Actual Situação no Emprego	158				0,012 ^a
<i>Pertence ao Quadro Pessoal da Organização</i>	100	2,54	(2,13; 2,95)	2	
<i>Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo</i>	30	3,6	(2,71; 4,5)	3,5	
<i>Contrato Prestação de Serviços</i>	16	4,4	(2,99; 5,80)	4,17	
<i>Outra</i>	12	3,44	(1,9; 4,98)	3	

a: teste Kruskal-Wallis

Por fim, na dimensão Status & Prestígio (Tabela 3.10) observaram-se diferenças estatisticamente significativas no modelo de acreditação ($p=0,031$), nomeadamente entre o modelo King's Fund e a categoria Outro ($p=0,024$), que apresenta um maior nível de SP.

Tabela 3.10 – Dimensão Status & Prestígio segundo o modelo de acreditação

	n	Média	IC 95%	Mediana	p value
Modelo de Acreditação	43				0,031 ^a
<i>Joint Comission International</i>	11	1,47	(0,80; 2,14)	1,5	
<i>King's Fund</i>	17	2,27	(1,38; 3,17)	2,33	
<i>Outro</i>	15	0,93	(0,30; 1,57)	0,67	

a: ANOVA

Em relação às dimensões que não foram referidas, Remuneração e Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, não se verificaram associações com nenhuma das variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo.

De forma a estudar a relação entre a variável dependente, SP, e cada uma das 8 dimensões e perceber qual a que mais influencia o score global, aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Apêndice 7). Assim, tal como é possível observar na tabela 3.11, a Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional apresenta a correlação mais forte com a SP global, enquanto a Relação Profissional/Utente correlaciona-se de forma mais fraca com a mesma, ainda que todas as dimensões apresentem uma correlação forte e significativa.

Tabela 3.11 – Correlação entre a SP global e as suas dimensões

DIMENSÕES	SPEARMAN (P)	VALOR P
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	0,864	0,000
Autonomia & Poder	0,830	0,000
Condições de Trabalho & Saúde	0,786	0,000
Segurança no Emprego	0,726	0,000
Remuneração	0,690	0,000
Relações de Trabalho & Suporte Social	0,685	0,000
Status e Prestígio	0,681	0,000
Relação Profissional/Utente	0,681	0,000

Tabela 3.12 – Comparações múltiplas

		Grupo 1	Grupo 2	(Grupo 1 - Grupo 2)	IC 95%	p value
S. P. Autonomia e Poder						
	<i>Grupos etários</i>	<i><=25 anos</i>	<i>31-34 anos</i>	-1,408	(-2,646; -0,1700)	0,019 ^a
S. P. Relação Profissional/Utente						
	<i>Local de Trabalho</i>	<i>Hospital</i>	<i>Centro de Saúde</i>	-0,823	(-2,646; -0,1700)	0,044 ^a
		<i>Hospital</i>	<i>Clínica de Saúde</i>	-0,608	(-2,646; -0,1700)	0,009 ^a
	<i>Antiguidade no local de trabalho</i>	<i>Menos de 10 anos</i>	<i>20 ou mais anos</i>	0,544	(0,020; 1,069)	0,039 ^c
		<i>15 a 20 anos</i>	<i>20 ou mais anos</i>	1,27	(0,299; 2,242)	0,009 ^c
	<i>Exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação</i>	<i>Sim, formalmente</i>	<i>Sim, informalmente</i>	-0,79	(-1,526; -0,554)	0,035 ^b
S. P. Relações de trabalho & Suporte Social						
	<i>Local de Trabalho</i>	<i>Hospital</i>	<i>Centro de Saúde</i>	-0,941	(-1,756; -0,127)	0,024 ^a
		<i>Hospital</i>	<i>Farmácia</i>	-0,745	(-1,452; -0,038)	0,039 ^a
		<i>Centro Saúde</i>	<i>Outro</i>	1,078	(0,206; 1,950)	0,016 ^b
		<i>Farmácia</i>	<i>Outro</i>	0,0882	(0,109; 1,655)	0,026 ^b
	<i>Antiguidade na Profissão</i>	<i>10 a 14 anos</i>	<i>15 a 20 anos</i>	1,135	(0,060; 2,209)	0,034 ^a
S. P. Segurança no emprego						
	<i>Grupos etários</i>	<i>>=35 anos</i>	<i>31-34 anos</i>	-1,82	(-3,510; -0,139)	0,028 ^a
	<i>Situação Actual no Emprego</i>	<i>Pertence ao Quadro Pessoal da Organização</i>	<i>Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo</i>	-1,066	(-1,974; -0,157)	0,022 ^b
		<i>Pertence ao Quadro Pessoal da Organização</i>	<i>Contrato Prestação de Serviços</i>	-1,856	(-3,031; -0,681)	0,002 ^b
S. P. Status & Prestígio						
	<i>Modelo de Acreditação</i>	<i>King's Fund</i>	<i>Outro</i>	1,34	(0,148; 2,534)	0,024 ^a

a: Comparações Múltiplas Tukey

b: Comparações Múltiplas LSD

c: Comparações Múltiplas Dunnett t3

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A dimensão com a qual os indivíduos se encontram, no geral, mais satisfeitos é a Relação Profissional/Utente (E-R=1,313), o que significa que os profissionais de saúde estão satisfeitos com o conjunto de interações humanas que se estabelecem com os utentes. A dimensão Status & Prestígio revela também um elevado índice de satisfação (1,646), que se deve, sobretudo, às reduzidas expectativas que os profissionais têm relativamente a esta dimensão (7,327), sendo também apontada pelos inquiridos como a de menor importância em termos motivacionais. Contrariamente, a Remuneração é a dimensão que apresenta um índice de SP mais baixo (4,129). Uma das razões que poderá estar na base desta insatisfação está relacionada com os poucos aumentos salariais dos últimos anos, associados à actual crise económica que se vive em Portugal.

Em relação à importância atribuída, a Remuneração encontra-se numa posição relativamente alta, sendo a 3ª dimensão mais importante. Apesar da importância verificada, esta dimensão apresentou uma média de expectativas inferior à maioria das outras dimensões (8,218), com o 2º valor mais baixo, contudo, apresenta o nível de satisfação mais baixo devido aos resultados; os inquiridos demonstraram a sua insatisfação com a remuneração atribuindo valores muito baixos aos resultados, o que resultou numa grande discrepância entre resultados e expectativas.

Os resultados apresentados são congruentes com os obtidos nos estudos de Castro *et al* (2012) e Ferro *et al* (2007), que incidiram sobre a SP dos Enfermeiros e Técnicos de Anatomia Patológica, respectivamente, utilizando, também, o questionário desenvolvido pelo Dr. Luis Graça. O primeiro estudo referido aponta igualmente a dimensão Relação Profissional/Utente como aquela com que os enfermeiros se encontram mais satisfeitos e ambos os estudos referem que a Remuneração é aquela que apresenta um menor índice de SP.

Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional é a dimensão à qual é atribuída maior importância motivacional, o que vai ao encontro do expresso nas teorias que abordam a motivação; segundo Maslow, a satisfação do indivíduo resulta da resposta que o mesmo obtem em relação às suas necessidades, considerando a necessidade de auto-realização com uma necessidade de alto nível. Além disso, também Herzberg considera a necessidade de crescimento e desenvolvimento um factor de satisfação, afirmando que a chave da motivação centra-se na reestruturação dos cargos, tornando-os mais desafiadores e gratificantes (Tavares, 2008). Sendo assim, “as necessidades de auto-realização, de constante crescimento e desenvolvimento

peçoal assumem extrema importância na motivação dos indivíduos para atingir o limiar da sua satisfação” (*cit in Ferro et al, 2007:12*). Em relação à SP, esta dimensão encontra-se na 6ª posição, o que significa que faz parte das 3 dimensões com as quais os inquiridos se encontram menos satisfeitos. Pelo contrário, a dimensão Status e Prestígio, como já tinha sido dito, é a dimensão com menor importância motivacional. Mais uma vez, estes resultados vão ao encontro dos estudos acima referidos, que apontam exactamente as mesmas dimensões como as de maior e menor importância.

Sendo assim, é possível verificar que, ao comparar a ordem hierárquica das dimensões quanto à importância motivacional com os níveis de SP, no geral, as dimensões às quais foi atribuída menor importância possuem um melhor índice de SP e vice-versa.

Em termos globais, o nível de SP apurado é considerado elevado na escala de zero a 10 (score total=2,537), uma vez que quanto mais próximo de zero for o valor da discrepância entre expectativas e resultados, maior a SP. Verificou-se, ainda, que a Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional apresenta a correlação mais forte com a SP global, sendo a dimensão que exerce uma maior influência sobre esta, enquanto que a Relação Profissional/Utente correlaciona-se de forma mais fraca com a mesma, ainda que todas as dimensões apresentem uma correlação forte.

Comparando agora os resultados do presente estudo com os obtidos através da investigação realizada por Graça (1999), na qual estudou o perfil de SP dos médicos de família do Serviço Nacional de Saúde português, utilizando o questionário que serviu de base a este mesmo estudo, verificou-se que os médicos apresentam um nível médio de SP mais baixo, quer na sua globalidade, quer nas 8 dimensões estudadas. Tal como neste estudo, a dimensão com um maior índice de SP é a Relação Profissional/Utente, enquanto que a dimensão Remuneração apresenta também uma grande discrepância entre expectativas e resultados (5.00).

Da avaliação global da satisfação relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis, contudo, tendo em conta os valores médios apresentados na tabela 3.4, é possível observar que a SP global é superior nos elementos do género feminino, com menos de 25 anos, a trabalhar no Algarve e em instituições público-privadas, pertencentes ao quadro pessoal da organização, a desempenhar funções de direcção, chefia ou coordenação formalmente, com mais de 20 anos na profissão e no local de trabalho, a trabalhar em serviços com SGQ e em instituições acreditadas.

A análise das relações entre as características sócio-demográficas e a SP de cada uma das dimensões da SP remete para existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos etários e na actual situação no emprego no que diz respeito à Segurança no Emprego. Como seria de esperar os profissionais pertencentes ao quadro pessoal da organização apresentam uma SP mais elevada que os restantes, uma vez que possuem uma maior garantia de estabilidade. Além disso, o mesmo acontece com os profissionais com mais de 35 anos, o que pode ser explicado pelo facto destes serem, à partida, aqueles que se encontram há mais tempo no local de trabalho, o que faz com que tenham vínculos de trabalho definitivos e, conseqüentemente, uma maior satisfação quanto à sua segurança no emprego.

Relativamente às Condições de Trabalho e Saúde, constatou-se que os indivíduos afectos a serviços com SGQ e a trabalhar em organizações acreditadas apresentam uma maior SP.

Prestando uma maior atenção aos serviços com SGQ, apesar de apenas se ter encontrado diferenças estatisticamente significativas quanto à SP relativa à dimensão referida anteriormente, ao observar os valores médios de SP verifica-se que em todas as dimensões os profissionais a desempenhar funções em serviços com SGQ apresentam um nível médio de SP superior aos restantes profissionais. Estes resultados, ainda que na sua maioria não sejam estatisticamente significativos, apontam para a hipótese apresentada de que os modelos de gestão da qualidade são promotores de maiores níveis de SP e vão ao encontro dos resultados de outros estudos. A investigação realizada por Prajojo e Cooper (2010) demonstrou uma forte relação entre as práticas inseridas nos modelos de GQT e a SP, fornecendo um forte argumento para a visão holística da GQT. Além disso, Yue e colaboradores (2011) apontam a SP como um dos benefícios da GQT e como um factor determinante para o sucesso de um SGQ, enquanto o estudo de Prajojo e Sohal (2006) demonstrou uma relação significativa entre as práticas da GQT e *performance* organizacional, que está, por sua vez, relacionada com a satisfação dos colaboradores. No âmbito da qualidade, tanto Kim (2012) como Zelnik e colaboradores (2012) sugerem que um modelo de gestão participativa que inclua uma comunicação eficiente entre os empregados e a gestão contribui para um aumento da SP, incentivando os gestores a abandonar os tradicionais modelos de gestão baseados em estruturas hierárquicas e a implementarem modelos actuais que incidam na qualidade e inovação, como é o caso dos modelos de gestão da qualidade. Apesar de tudo, Menezes (2012), embora tenha encontrado uma associação positiva entre a SP e o desempenho organizacional (por exemplo ao nível da produtividade e

qualidade), assim como entre a satisfação e o enriquecimento das tarefas, não verificou qualquer relação significativa entre as práticas de gestão da qualidade e a SP.

CONCLUSÕES

A qualidade dos serviços ou produtos desenvolvidos por uma organização é fortemente influenciada pelas competências e desempenho dos seus profissionais. Neste sentido, a SP tem sido, nas últimas décadas, encarada como um factor chave para a melhoria e desenvolvimento de qualquer organização. A satisfação tem o potencial de afectar um grande número de comportamentos na organização, assim como o bem-estar dos colaboradores e, no caso dos profissionais de saúde, os cuidados prestados aos utentes; níveis altos de satisfação laboral traduzem-se em elevados índices de qualidade de atendimento. A avaliação periódica da satisfação dos profissionais de saúde torna-se essencial para a monitorização da qualidade organizacional nas instituições de saúde (Graça, 1999; Mezomo, 2001).

Os modelos de gestão pela qualidade reconhecem precisamente a importância do trabalhador para se alcançar a satisfação dos clientes e, conseqüentemente, o sucesso da empresa e, por isso, promovem um maior envolvimento entre os profissionais e a mesma. Em particular a norma ISO 9001:2008, anteriormente referida, aponta para a importância de uma adequada gestão dos recursos humanos, dados os seus inúmeros benefícios, como por exemplo o aumento da satisfação dos profissionais e da produtividade, entre outros.

Dada, então, a importância da SP, o estudo desenvolvido tinha como objectivo conhecer o nível de SP dos profissionais de saúde, procurando averiguar se existiam diferenças entre os profissionais a desempenhar funções em serviços com e sem SGQ.

De acordo com o resultados obtidos, os profissionais de saúde encontram-se mais satisfeitos com a Relação Profissional/Utente e menos satisfeitos com a Remuneração auferida no exercício das suas funções, sendo, apesar de tudo, elevado o nível de SP global. Relativamente à importância motivacional, verificou-se que em primeiro lugar se encontra a Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional, sendo também esta a dimensão que apresenta uma correlação mais forte com a SP global, e, por último, o Status & Prestígio.

No que se refere às variáveis sociodemográficas e profissionais constatou-se que os indivíduos com um vínculo de trabalho definitivo apresentam uma maior SP quanto à segurança no emprego, assim como aqueles que desempenham funções em serviços com SGQ e em instituições acreditadas se encontram mais satisfeitos com as condições de trabalho e saúde. Focando os profissionais que trabalham em serviços com SGQ verificou-se que apresentam uma maior SP global, assim como maiores níveis médios

de satisfação em todas as dimensões, ainda que as diferenças em relação aos restantes profissionais não sejam estatisticamente significativas, além da dimensão Condições de Trabalho & Saúde.

Estes resultados vieram reforçar o paradigma dos modelos de gestão da qualidade que, tendo como objectivo principal assegurar a satisfação das necessidades dos clientes, requer, por parte da organização, o cumprimento de caminhos facilitadores da satisfação dos colaboradores. “Os investimentos feitos pelas organizações no sentido de implementarem Sistemas de Gestão pela Qualidade Total (...) constituem por si só um valioso contributo para a melhoria do seu desempenho e significam, inquestionavelmente, um comprometimento com a excelência, com a auto-avaliação e com a melhoria contínua” (*cit in* Fernandes, 2012:25).

A limitação mais relevante do estudo relaciona-se com a extensão do questionário utilizado, que conduziu a uma amostra menor que a esperada. De forma a tentar ultrapassar essa limitação, após o início da recolha dos dados, foi enviado um e-mail aos profissionais de saúde, por intermédio das associações, a apelar novamente à participação e ressaltando a importância da mesma para o sucesso do estudo. Também relativamente ao questionário, o facto deste ter sido desenvolvido à cerca de 15 anos limitou o estudo uma vez que se encontra desactualizado quanto a algumas questões, nomeadamente, no que se refere às diversas situações no emprego, que mudaram nos últimos anos.

Por fim, sugere-se que estudos futuros possam abranger amostras maiores ou que incluam outro género de profissionais de saúde, dentro ou fora de associações profissionais. Além disso, sugere-se também o desenvolvimento de novos estudos que utilizem outros métodos de medição da satisfação no trabalho, procurando, da mesma forma, estabelecer uma relação positiva entre satisfação e qualidade.

Na realidade, o que é realmente necessário é uma mudança na própria cultura das organizações. Apesar dos estudos já realizados no âmbito da satisfação profissional e da qualidade, a gestão, infelizmente, ainda não reconhece a enorme importância da satisfação para o sucesso da empresa, nomeadamente, para o desenvolvimento de produtos de qualidade e para a satisfação do cliente. O desempenho dos colaboradores influenciam, de forma directa, os produtos ou serviços de qualquer empresa e, por isso, enquanto os gestores não reconhecerem a gestão dos recursos humanos e a satisfação dos mesmos com uma prioridade, nunca conseguirão alcançar a melhoria contínua e, conseqüentemente, o potencial máximo da organização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agapito, S. M., Sousa, F. C. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 132-139.
- Aguiar, P., Silva, C. (2004). Ficha Formativa de Estatística. *Eurotrials*.
- Alegre, A. P., Mateus, C., Freire, E., Galvão, M. (2001). Relatos de experiências de certificação de qualidade. Sintra: NPF – Pesquisa e Informação.
- Antunes, M. L. (2009). Qualidade para Principiantes – Os primeiros passos para aprender a implementar a qualidade na sua pequena ou média empresa. Lisboa: *Edições Sílabo*.
- Akbar, S., Yousaf, M., Haq, N., Hunjra, A. (2011). Impact of Employee Empowerment on Job Satisfaction: an Empirical Analysis of Pakistani Service Industry. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 2 (11), 680-685.
- Batista, V., Santos, R., Santos, P., Duarte, J. (2010). Satisfação dos enfermeiros: estudo comparativo em 2 Modelos de Gestão Hospitalar. *Referência*, 12, 57-69.
- Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços.
- Castro, J., Lago, H., Fornelos, M. C., Novo, P., Soleiro, R. M., Alves, D. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 157-172.
- Cervo, A., Bervian, P. (2002). Metodologia Científica. São Paulo: *Prentice Hall*.
- Daniel, W. (2005) Biostatistics: A foudation for analysis in the Health Sciences. USA: *Wiley*.
- Dias, A. L. (2009). *Satisfação no Trabalho em Portugal: uma análise longitudinal com recurso a Latent Growth Curve Models*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trbalho e da Empresa, Lisboa.
- Fernandes, R. (2012). Sistema Português da Qualidade PEX-SPQ – o prémio de excelência. In L. Morais (Ed.) *Guia de Empresas Certificadas* (pp. 22-25). Lisboa: cempalavras.
- Ferreira, J. M. C., Neves, J., Caetano, A. (2001). Manual de Psicossociologia das Organizações. Lisboa: McGraw-Hill.

- Ferreira, V. L. (2011). *A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto.
- Ferro, A., Adriano, A., Palma, J., Quintino, M., Sousa, M. (2007). Satisfação Profissional dos Técnicos de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica dos Hospitais Públicos e de Gestão, S.A. da Sub-região de Saúde de Lisboa. *Revista Técnica de Anatomia Patológica*, 14, 6-14.
- Figueira, P.A. (2009). *O Sistema de Qualidade numa organização e a importância da sua implementação*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa.
- Fonseca, M. (s.d.). Estratégias empresariais, práticas de gestão e desenvolvimento de recursos humanos. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*. 82-89.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Furtado, A. J. (2002). *O impacto de sistemas de qualidade certificados no desempenho das empresas portuguesas*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa.
- Graça, L. (1999). Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade: a satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. Recuperado em Julho, 30, 2012 a partir de <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos26.html>.
- Gonçalves, A. (1998). Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas. *Referência*, 1, 41-48.
- Juran, J. M. (1993). Made in U.S.A.: A renaissance in quality. *Harvard Business Review*. July – August, 42-50.
- Kaarna, M. (2007). *The importance of job satisfaction in hospital quality process*. Dissertação de mestrado apresentada à Nordic School of Public Health, Göteborg.
- Kim, S. (2002). Participative management and job satisfaction: lessons for management leadership. *Public Administration Review*, 62(2), 231-241.
- Kunkel, S. (2008). *Quality Management on Hospital Departments. Empirical Studies and Organisational Models*. Dissertação de mestrado apresentada à Uppsala University, Suécia.
- Macinati, M. (2008). The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. *Health Policy*, 85, 228-241.

- Matos, D. (2010). *Práticas de Gestão da Qualidade no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE – estudo da manutenção hospitalar e do projecto de acreditação*. Relatório de Estágio Curricular apresentado à Faculdade de Economia, Coimbra.
- Marques, I. M. (2011). Avaliação da Qualidade Organizacional em Cuidados de Saúde Primários, através do Common Assessment Framework – o caso da Região do Alentejo. *II Encontro de Troia 2011 – Qualidade, Investigação e Desenvolvimento*.
- Martins, A. (2010). *Qualidade de vida no trabalho, satisfação profissional e saliência das actividades em adultos trabalhadores*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Meireles, S. I. (2010). Na Gestão em Saúde: a Perspectiva da Satisfação dos Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde Familiar. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Trás-os-Montes de Alto Douro, Vila Real.
- Menezes, L. (2013). Job Satisfaction and Quality Management: an empirical analysis. *International Journal of Operations & Production Management*, 32 (3), 308-328.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos*. Brasil: Diversos.
- Norma NP EN ISO 9000:2005 – *Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário*
- Norma NP EN ISO 9001:2008 – *Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos*
- Paiva, E., Rocha, A., Cardoso, L. (2011). Satisfação profissional entre enfermeiros que actuam na assistência domiciliar. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 46, 1452-8.
- Pereira, A. C. M. (2010). *Factores de Satisfação Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Pinto, J. C., Pinto, A.L. (2011). A importância da certificação de sistemas de gestão da qualidade em Portugal. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. Jan/Jun, 48-61.
- Pires, A. R. (2000). *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pires, C. (2010). *Impacto da Gestão Participativa por objectivos na Gestão da Qualidade*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Aberta, Lisboa.

- Prajojo, D., Cooper, B. (2010). The effect of people-related TQM practices on job satisfaction: a hierarchical model. *Production Planning & Control: the Management of Operations*, 21 (1), 26-35.
- Prajojo, D., Sohal, A. (2006). The relationship between organization strategy, total quality management (TQM), and organization performance - the mediating role of TQM. *European Journal of Operational Research*, 168, 35-50.
- Quintela, J. L. (s.d.). A implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade como contributo para a eficácia da comunicação das organizações. *6º Congresso SOPCOM*.
- Ramos, M. (2009). *Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade ISO 9000: vantagens e desvantagens*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Economia, Faro.
- Ribeiro, S. I. (2012). *Os benefícios e as dificuldades na certificação da qualidade – Norma NP EN ISSO 9001:2008*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Porto.
- Rodrigues, A. P. (2009). *O impacto da orientação para o mercado na satisfação e comprometimento dos funcionários e no desempenho organizacional: aplicação ao sector público local*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Trás-os-Montes de Alto Douro, Vila Real.
- Santos, G., Mendes, F., Barbosa, J. (2011). *Certification and integration of management systems: the experience of Portuguese small and medium enterprises*. *Journal of Cleaner Production*, 19, 1965-1974.
- Santos, T. (s.d.). *Qualidade e Satisfação: o “motor” de sucesso das organizações*. *Dentistry Negócios*.
- Schuler, R. S., Jackson, S. E. (1987). Linking Competitive Strategies with Human Resource Management Practices. *Academy of Management EXECUTIVE*, 1 (3), 207 – 219.
- Soares, J. (2007). *Satisfação geral no trabalho dos enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sousa, M. I. (2009). *Qualidade nos Serviços Públicos – A avaliação da satisfação dos colaboradores do atendimento do Centro Distrital de Viana do Castelo*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Sousa, P. (2010). Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira (Eds.), *TMQ Qualidade. A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* (pp. 19-31). Lisboa: Edições Sílabo.

Sousa, R. O. (2007). *Qualidade na Administração Pública – O Impacto da Certificação ISSO 9001:2000 na Satisfação dos Municípios*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade do Minho, Braga.

Tavares, O. M. C. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Teixeira, A. C. C. (2003). *A evolução da gestão de recursos humanos e a implementação de sistemas de certificação pela qualidade*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade do Minho, Braga.

Tutunca, O., Eylul, D., Kucukusta, D. (2006). Relationship Between Job Satisfaction and Business Excellence: Empirical Evidence from Hospital Nursing Departments. *Journal of Comparative International Management*, 9(2).

Wardhini, V., Utarini, A., Dijk, J. P., Post, D., Groothoff, J.W. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy*, 86, 239-251.

Yue, J., Ooi, K., Keong, C. (2011). The relationship between people-related total quality management practices, job satisfaction and turnover intention: a literature review and proposed conceptual model. *African Journal of Business Management*, 5 (15), 6632-6639.

Zehir, C., Ertosun, O. G., Zehir, S., Müceldili, B. (2012). Total Quality Management Practices' Effects on Quality Performance and Innovative Performance. *Procedia – Social and Behavior Sciences*, 41, 273-280.

Zelnic, M., Maletic, M., Maletic, D., Gomiseek, B. (2012). Quality management systems as a link between management and employees. *Total Quality Management & Business Excellent*, 23 (1), 45-62.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – E-MAILS ENVIADOS ÀS ASSOCIAÇÕES

Chamo-me Lisa Madruga Brum e sou aluna do Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. No âmbito da minha tese de mestrado estou a aplicar um questionário, para o qual gostaria de contar com a sua participação, caso, neste momento, se encontre a exercer a sua profissão.

A sua colaboração é mesmo muito importante para a concretização deste projecto e, por isso, apelo novamente a que despenda cerca de 20 minutos e preencha o questionário na totalidade.

Caso já o tenha feito, ignore este email.

Enquanto estiver a preencher o questionário poderá voltar às páginas anteriores e actualizar as respostas existentes, desde que o questionário não tenha sido concluído ou não tenha fechado a página. Depois de concluído, não poderá entrar novamente no questionário por isso é de extrema importância que, ao iniciar o preenchimento, o faça até ao fim.

No caso de surgir alguma dúvida, contacte o e-mail: lisamadbrum@gmail.com

A ligação para o questionário é:
<https://www.surveymonkey.com/s/LDDNCYH>

Muito obrigado pelo seu tempo e pela sua preciosa colaboração!

Atenciosamente,
Lisa Brum

Figura 7.1 - Primeiro e-mail enviado às associações, posteriormente reencaminhado para os associados

Chamo-me Lisa Madruga Brum e sou aluna do Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. No âmbito da minha tese de mestrado estou a aplicar um questionário, para o qual gostaria de contar com a sua participação, caso, neste momento, se encontre a exercer a sua profissão.

O preenchimento do questionário tem uma duração aproximada de 20 minutos. Enquanto estiver a preencher o questionário poderá voltar às páginas anteriores e actualizar as respostas existentes, desde que o questionário não tenha sido concluído ou não tenha fechado a página. Depois de concluído, não poderá entrar novamente no questionário por isso é de extrema importância que, ao iniciar o preenchimento, o faça até ao fim.

No caso de surgir alguma dúvida, contacte o e-mail: lisamadbrum@gmail.com

A ligação para o questionário é:
<https://www.surveymonkey.com/s/LDDNCYH>

Muito obrigado pelo seu tempo e pela sua preciosa colaboração!

Atenciosamente,
Lisa Brum

Figura 7.2 - Segundo e-mail enviado às associações, posteriormente reencaminhado para os associados

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA A RECOLHA DOS DADOS



Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde

A satisfação profissional é um importante indicador do clima organizacional e um elemento determinante da avaliação do desempenho das organizações. Nomeadamente na área da saúde, a satisfação dos profissionais de saúde constitui um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, daí o interesse em realizar o presente estudo, que tem como base o questionário concebido pelo Dr. Luís Graça em 1999.

Por favor atenda ao seguinte:

- a) Antes de responder, faça uma breve reflexão sobre cada questão que lhe é proposta.
- b) Responda com objectividade a todas as perguntas, baseando-se na sua experiência profissional.

Não proceda a qualquer identificação no preenchimento do questionário.
O anonimato e a confidencialidade dos resultados serão sempre garantidos.

Obrigado pela sua colaboração!

Próx.

Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde

Parte I: Importância atribuída às dimensões da satisfação profissional

A seguir listadas e definidas estão as oito dimensões de satisfação profissional, em que se baseia o modelo de análise do questionário. Você terá que decidir qual a dimensão a que atribui maior importância, em termos motivacionais, ou seja, aquela que deveria contribuir mais para a sua satisfação em termos ideais (não necessariamente a que contribui mais, actualmente).

Pense em termos ideias, de acordo com a sua hierarquia de valores, pessoais e profissionais. Ordene estas oito dimensões de acordo com o critério de importância motivacional: à dimensão a que atribui mais importância dará a pontuação 1, e à que considera menos importante a pontuação 8. Nunca repita nenhum dos valores, de 1 a 8.

*1. Principais dimensões da satisfação profissional e sua ordenação em termos de importância motivacional

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| A. Autonomia & Poder - Margem de poder e de liberdade que o profissional tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde onde se está inserido. Inclui a oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| B. Condições de Trabalho & Saúde - Inclui (i) o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social do profissional de saúde; (ii) a existência de serviços, programas e actividades orientadas para a prevenção dos riscos profissionais, a vigilância e a promoção da saúde; (iii) a informação e a formação no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST). | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| C. Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional - Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, o que decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem, do conteúdo e da organização do trabalho, etc. A realização pessoal e profissional está, assim, associada ao próprio desempenho organizacional do seu local de trabalho. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D. Relação Profissional/Utente - Basicamente, o conjunto de interações humanas que se estabelecem entre os profissionais e os utentes (indivíduos e famílias), incluindo a relação terapêutica. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E. Relações de Trabalho & Suporte Social - O conjunto das relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas) que os profissionais de saúde estabelecem uns com os outros, a nível interno e externo. Inclui o suporte social que pode (e deve) ser dado pela direcção do local de trabalho ou pelos pares. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F. Remuneração - As recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, directa (em espécie) ou indirecta (em géneros) que o profissional de saúde recebe pelas funções que exerce, incluindo o vencimento-base e outras remunerações complementares (por ex., horas extraordinárias, gratificação de chefia). Inclui a percepção da equidade dessas recompensas em função do desempenho, da qualificação, etc. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| G. Segurança no Emprego - A garantia de estabilidade em relação não só à função (ou ao cargo) que actualmente desempenha, como em relação ao futuro da sua carreira profissional e do seu vínculo ao local de trabalho. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| H. Status & Prestígio - O prestígio socioprofissional que decorre da profissão, da carreira profissional e da organização onde se trabalha, incluindo a auto-estima. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Anter.

Próx.

Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde

Parte II: Expectativas (E), Resultados (R) e Diferença entre Expectativas e Resultados (E-R)

Na segunda parte deve pensar nas funções que você desempenha actualmente no seu local de trabalho. Pense naquilo que espera do seu desempenho profissional, nos seus investimentos e nos seus ganhos pessoais.

Responda agora a cada um dos 47 itens de seguida apresentados. Estes itens estão numerados de 1 a 47 de forma aleatória e representam as dimensões da satisfação profissional. Em relação a cada um dos itens, deve responder sistematicamente a duas questões:

A - Até que ponto deveria existir?

B - Até que ponto existe?

A questão A tem a ver com a percepção das suas expectativas, desejos, valores ou preferências, enquanto a questão B tem a ver com a percepção dos resultados ou recompensas que você obtém e que podem ficar aquém das suas expectativas.

A resposta a cada uma das questões (A e B) é feita através de uma escala de zero a dez. Seleccione o número da escala que melhor traduz a sua percepção: por ex., 7 (Bastante), 8 (Muito), 9 (Muitíssimo, sem ser o máximo); ou então 1 (Quase nada), 2 (Muito pouco) ou 3 (Pouco). O valor 5 é o ponto neutro da escala.

Por favor siga a ordem que é indicada e não omita nenhuma das escalas (A e B), sob pena de ficar inutilizada a resposta ao questionário. No caso de achar que um ou mais itens não são de todo aplicáveis ao seu caso, seleccione a opção N/A (não aplicável).

*2. Escala de satisfação profissional

	A	B
1. A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor no meu local de trabalho.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. A independência e autonomia indispensáveis ao exercício das minhas funções.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal da organização onde trabalho.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo, independentemente da sua profissão ou carreira.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. O prestígio que gozo, entre as pessoas das minhas relações (amigos, familiares e outros), devido ao estatuto da minha carreira.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objectivos atribuídos à organização onde trabalho.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional (por ex., quantidade e qualidade do meu trabalho).	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. A oportunidade de ter, no meu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. A confiança que tenho na capacidade de inovação e mudança dos profissionais de saúde que comigo trabalham no SNS, em geral, e nesta organização, em particular.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. O conforto e bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho desta organização (por ex., equipamentos, gabinetes e demais instalações, parque de estacionamento).	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. A disponibilidade de recursos essenciais, em especial humanos e técnicos, para poder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. A margem de liberdade que eu tenho para planear, organizar, executar e avaliar o meu trabalho diário.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. A percepção de estar relativamente bem pago por comparação com outros funcionários com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar na sub-região de saúde a que pertença.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão ou carreira.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento profissional que aqui tenho, no âmbito da minha profissão ou carreira.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. O respeito, o apreço e a confiança que os utentes desta organização me manifestam (ou pelo menos aqueles com que lido).	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. A percepção de que a direcção desta organização dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. O apoio com que posso contar por parte do meu director (ou do meu chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais ajuda.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23. A garantia de que a organização onde trabalho tem uma política efectiva de protecção da saúde e da segurança dos profissionais que aqui trabalham.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24. O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte da minha chefia hierárquica ou funcional.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25. O apoio com que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais ajuda.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26. A possibilidade efectiva e concreta de participar na concepção, planeamento, implementação e avaliação de programas e actividades da organização.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

27. A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28. A adequada protecção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica a que estou exposto no meu local de trabalho.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29. A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços, unidades e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30. A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do seu funcionamento.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31. A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde ou informação) dos utentes que me procuram.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32. O orgulho que sinto por trabalhar numa organização com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserida.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
33. A oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que noutros sítios que conheço.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
34. A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
35. A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos utentes desta organização, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36. O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
37. A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex., conflitos com os utentes e os colegas, sobrecarga de trabalho).	<input type="text"/>	<input type="text"/>
38. A confiança que sinto em relação ao futuro desta organização, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39. A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40. A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41. A oportunidade efectiva e concreta de prestar, aos utentes desta organização, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42. A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais de saúde fora desta organização.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43. A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes com que lido (por ex., no atendimentos, nas consultas, nas visitas domiciliárias).	<input type="text"/>	<input type="text"/>
44. A oportunidade de participar em programas e actividades de saúde comunitária, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
45. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho (por ex., rural ou urbano) a que pertence a organização.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46. O entusiasmo com que vivo as mudanças que estão a (ou vão) ser introduzidas na organização.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47. A gestão adequada e flexível no meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex., telefone, reuniões, consultas).	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anter.

Próx.

Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde

Parte III: Caracterização sociodemográfica e profissional

Para finalizar o questionário, seleccione a resposta apropriada às seguintes questões.

***3. Género:**

- Masculino
 Feminino

***4. Idade:**

5. Profissão:

- Técnico de Anatomia Patológica Técnico de Medicina Nuclear Ortopista
 Técnico de Farmácia Técnico de Radiologia Técnico de Saúde Ambiental
 Fisioterapeuta Técnico de Radioterapia

Outro (especifique)

6. Local de trabalho:

- Hospital Centro de Saúde Clínica de Saúde

Outro (especifique)

7. Actual situação no emprego:

- Pertence ao quadro pessoal da organização Está com contrato individual de trabalho a termo certo
 Tem contrato administrativo de provimento

Outro (especifique)

Outro (especifique)

***8. Exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação?**

- Sim, formalmente Sim, informalmente Não

***9. Antiguidade na profissão:**

- Menos de 10 anos 15 a 20 anos
 10 a 14 anos 20 ou mais anos

***10. Antiguidade no local de trabalho:**

- Menos de 10 anos 15 a 20 anos
 10 a 14 anos 20 ou mais anos

***11. Região do país em que exerce a sua profissão:**

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Entre Douro e Minho | <input type="radio"/> Extremadura e Ribatejo | <input type="radio"/> Açores |
| <input type="radio"/> Trás-os-Montes e Alto Douro | <input type="radio"/> Lisboa e Setúbal | <input type="radio"/> Madeira |
| <input type="radio"/> Beira Litoral | <input type="radio"/> Alentejo | |
| <input type="radio"/> Beira Interior | <input type="radio"/> Algarve | |

***12. Exerce a sua profissão numa organização:**

- Pública Privada Pública-privada

***13. No seu serviço encontra-se implementado um Sistema de Gestão da Qualidade?**

- Desconheço
- Sim
- Não

14. Se respondeu sim na questão anterior, o Sistema de Gestão da Qualidade encontra-se certificado segundo a norma ISO 9001?

- Sim

- Não

***15. A sua instituição é acreditada?**

- Desconheço
- Sim
- Não

16. Se respondeu sim na questão anterior, indique qual o modelo de acreditação:

- Joint Commission International
- King's Fund
- Modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía)

Outro (especifique)

Anter.

Próx.



Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde

Muito obrigado pela sua colaboração!

Anter.

Concluído

APÊNDICE 3 – DIMENSÕES DA SP E RESPECTIVOS ITENS

Tabela 7.1 – Dimensões da SP e respectivos itens

Dimensão	Itens
Autonomia & Poder	<p>2. A independência e autonomia indispensáveis ao exercício das minhas funções.</p> <p>12. A disponibilidade de recursos essenciais, em especial humanos e técnicos, para poder desempenhar bem as minhas funções.</p> <p>14. A margem de liberdade que eu tenho para planear, organizar, executar e avaliar o meu trabalho diário.</p> <p>26. A possibilidade efectiva e concreta de participar na concepção, planeamento, implementação e avaliação de programas e actividades da organização.</p> <p>29. A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços, unidades e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos.</p> <p>30. A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do seu funcionamento.</p> <p>34. A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais.</p> <p>39. A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência.</p> <p>44. A oportunidade de participar em programas e actividades de saúde comunitária, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais.</p> <p>47. A gestão adequada e flexível no meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex., telefone, reuniões, consultas).</p>
Condições de Trabalho & Saúde	<p>11. O conforto e bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho desta organização (por ex., equipamentos, gabinetes e demais instalações, parque de estacionamento).</p> <p>23. A garantia de que a organização onde trabalho tem uma política efectiva de protecção da saúde e da segurança dos profissionais que aqui trabalham.</p> <p>28. A adequada protecção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica a que estou exposto no meu local de trabalho.</p> <p>37. A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex., conflitos com os utentes e os colegas, sobrecarga de trabalho).</p> <p>40. A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar.</p>
Realização Pessoal e Profissional &	<p>1. A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor no meu local de trabalho.</p>

<p>Desempenho Organizacional</p>	<p>4. A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências.</p> <p>7. O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objectivos atribuídos à organização onde trabalho.</p> <p>10. A confiança que tenho na capacidade de inovação e mudança dos profissionais de saúde que comigo trabalham no SNS, em geral, e nesta organização, em particular.</p> <p>18. A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento profissional que aqui tenho, no âmbito da minha profissão ou carreira.</p> <p>20. A percepção de que a direcção desta organização dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos.</p> <p>24. O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte da minha chefia hierárquica ou funcional.</p> <p>33. A oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que noutros sítios que conheço.</p> <p>36. O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha.</p> <p>46. O entusiasmo com que vido as mudanças que estão a (ou vão) ser introduzidas na organização.</p>
<p>Relação Profissional /Utente</p>	<p>19. O respeito, o apreço e a confiança que os utentes desta organização me manifestam (ou pelo menos aqueles com que lido).</p> <p>31. A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde ou informação) dos utentes que me procuram.</p> <p>35. A garantia de qualidade dos cuidados e\ou serviços que são prestados aos utentes desta organização, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham.</p> <p>41. A oportunidade efectiva e concreta de prestar, aos utentes desta organização, verdadeiros cuidados (e\ou serviços) integrados, continuados e personalizados.</p> <p>43. A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes com que lido (por ex., no atendimentos, nas consultas, nas visitas domiciliárias).</p>
<p>Relações de Trabalho & Suporte Social</p>	<p>5. O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo, independentemente da sua profissão ou carreira.</p> <p>9. A oportunidade de ter, no meu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos.</p> <p>17. A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão ou carreira.</p> <p>22. O apoio com que posso contar por parte do meu director (ou do meu chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais de ajuda.</p> <p>25. O apoio com que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais ajuda.</p>

	<p>27. A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras.</p> <p>42. A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais de saúde fora desta organização.</p>
Remuneração	<p>8. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional (por ex., quantidade e qualidade do meu trabalho).</p> <p>15. A percepção de estar relativamente bem pago por comparação com outros funcionários com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas.</p> <p>21. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei.</p> <p>45. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho (por ex., rural ou urbano) a que pertence a organização.</p>
Segurança no Emprego	<p>3. O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal da organização onde trabalho.</p> <p>16. A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar na sub-região de saúde a que pertença.</p> <p>38. A confiança que sinto em relação ao futuro desta organização, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular.</p>
Status & Prestígio	<p>6. O prestígio que gozo, entre as pessoas das minhas relações (amigos, familiares e outros), devido ao estatuto da minha carreira.</p> <p>13. A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos de coordenação ou chefia que tenho exercido (ou posso vir a exercer) nesta organização.</p> <p>32. O orgulho que sinto por trabalhar numa organização com uma boa imagem junta da comunidade em que está inserida.</p>

APÊNDICE 4 – EXPECTATIVAS, RESULTADOS E SP DOS ITENS DA SP

Tabela 7.2 – Scores médios das expectativas, resultados e discrepâncias (SP) dos itens da SP

DIMENSÃO	ITEM	E	R	E-R (SP)
S&P	6. O prestígio que gozo, entre as pessoas das minhas relações (amigos, familiares e outros), devido ao estatuto da minha carreira.	6,31	5,63	1,111
RP/U	19. O respeito, o apreço e a confiança que os utentes desta organização me manifestam (ou pelo menos aqueles com que lido).	8,77	7,46	1,282
RT&SS	25. O apoio com que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais ajuda.	8,59	7,02	1,613
RP/U	31. A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde ou informação) dos utentes que me procuram.	8,55	6,84	1,743
RP/U	43. A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes com que lido (por ex., no atendimentos, nas consultas, nas visitas domiciliárias).	7,91	6,17	1,788
S&P	32. O orgulho que sinto por trabalhar numa organização com uma boa imagem junta da comunidade em que está inserida.	8,47	6,66	1,867
RPP&DO	7. O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objectivos atribuídos à organização onde trabalho.	8,47	6,74	1,873
RT&SS	17. A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão ou carreira.	8,57	6,68	1,935
RP/U	41. A oportunidade efectiva e concreta de prestar, aos utentes desta organização, verdadeiros cuidados (e\ou serviços) integrados, continuados e personalizados.	8,73	6,78	1,987
RT&SS	9. A oportunidade de ter, no meu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos.	7,47	5,62	2
A&P	14. A margem de liberdade que eu tenho para planear, organizar, executar e avaliar o meu trabalho diário.	8,44	6,53	2,013
RT&SS	42. A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais de saúde fora desta organização.	7,88	5,84	2,082
CT&S	40. A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar.	8,52	6,44	2,083
RT&SS	27. A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras.	8,08	6,05	2,086
RPP&DO	36. O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha.	8,66	6,61	2,128
RP/U	35. A garantia de qualidade dos cuidados e\ou serviços que são prestados aos utentes desta organização, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham.	9,06	6,95	2,147
SE	38. A confiança que sinto em relação ao futuro desta organização, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular.	8,45	5,10	2,147
RPP&DO	4. A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências.	8,85	6,70	2,209
A&P	2. A independência e autonomia indispensáveis ao exercício das minhas funções.	8,62	6,46	2,266

RPP&DO	10. A confiança que tenho na capacidade de inovação e mudança dos profissionais de saúde que comigo trabalham no SNS, em geral, e nesta organização, em particular.	7,62	5,36	2,37
A&P	47. A gestão adequada e flexível no meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex., telefone, reuniões, consultas).	8,33	6,03	2,375
CT&S	28. A adequada protecção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica a que estou exposto no meu local de trabalho.	8,76	6,39	2,416
CT&S	11. O conforto e bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho desta organização (por ex., equipamentos, gabinetes e demais instalações, parque de estacionamento).	8,26	5,87	2,455
RPP&DO	46. O entusiasmo com que vido as mudanças que estão a (ou vão) ser introduzidas na organização.	7,72	5,26	2,517
RT&SS	22. O apoio com que posso contar por parte do meu director (ou do meu chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que necessito de mais de ajuda.	8,80	6,35	2,545
S&P	13. A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos de coordenação ou chefia que tenho exercido (ou posso vir a exercer) nesta organização.	7,20	4,71	2,579
A&P	12. A disponibilidade de recursos essenciais, em especial humanos e técnicos, para poder desempenhar bem as minhas funções.	8,50	5,97	2,627
A&P	34. A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais.	8,61	5,97	2,677
A&P	26. A possibilidade efectiva e concreta de participar na concepção, planeamento, implementação e avaliação de programas e actividades da organização.	7,85	5,25	2,685
SE	16. A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar na sub-região de saúde a que pertença.	7,96	5,32	2,754
CT&S	23. A garantia de que a organização onde trabalho tem uma política efectiva de protecção da saúde e da segurança dos profissionais que aqui trabalham.	8,64	5,86	2,86
A&P	29. A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços, unidades e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos.	8,56	5,70	2,893
RPP&DO	33. A oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que noutros sítios que conheço.	8,14	5,26	2,947
RPP&DO	24. O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte da minha chefia hierárquica ou funcional.	8,68	5,75	3,013
A&P	39. A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência.	8,62	5,63	3,02
A&P	30. A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do seu funcionamento.	7,99	4,99	3,051
SE	3. O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal da organização onde trabalho.	8,50	5,59	3,067
RPP&DO	1. A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor no meu local de trabalho.	8,96	5,95	3,108

CT&S	37. A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex., conflitos com os utentes e os colegas, sobrecarga de trabalho).	8,39	5,29	3,217
A&P	44. A oportunidade de participar em programas e actividades de saúde comunitária, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais.	7,55	4,17	3,419
RPP&DO	20. A percepção de que a direcção desta organização dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos.	8,35	4,74	3,67
RPP&DO	18. A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento profissional que aqui tenho, no âmbito da minha profissão ou carreira.	8,76	5,03	3,769
R	15. A percepção de estar relativamente bem pago por comparação com outros funcionários com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas.	7,93	4,24	3,795
R	45. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho (por ex., rural ou urbano) a que pertence a organização.	8,25	4,12	4,143
R	21. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei.	8,21	4,12	4,160
R	8. A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional (por ex., quantidade e qualidade do meu trabalho).	8,48	3,94	4,58
RT&SS	5. O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo, independentemente da sua profissão ou carreira.	8,78	3,08	5,696

S&P – Status e Prestígio.

RPP&DO – Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional.

RT&SS – Relações de Trabalho & Suporte Social.

A&P – Autonomia & Poder.

RP/U – Relação Profissional/Utente.

CT&S – Condições de Trabalho & Saúde.

SE – Segurança no Emprego.

R – Remuneração.

APÊNDICE 5 – SP GLOBAL SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

I. GÉNERO

Tabela 7.3 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
Género	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Índice de SP global	Masculino	,084	28	,200*	,984	28	,927
	Feminino	,072	130	,095	,984	130	,143

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.4 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

Independent Samples Test										
	Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means			t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Índice de SP global	Equal variances assumed	,099	,754	,426	156	0,671	,11687	,27463	-,42561	,65934
	Equal variances not assumed			,0411	38,178	0,683	,11687	,28422	-,45841	,69215

II. GRUPOS ETÁRIOS

Tabela 7.5 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Grupos etários	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	≤ 25	,073	33	,200*	,970	33	,486
	26-30	,099	68	,096	,977	68	,233
	31-34	,108	17	,200*	,981	17	,963
	≥ 35	,137	40	,056	,946	40	,054

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.6 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,198	3	154	,898

Tabela 7.7 – ANOVA

ANOVA					
Índice de SP global					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,169	3	2,390	1,393	,247
Within Groups	264,207	154	1,716		
Total	271,376	157			

III. REGIÃO DO PAÍS EM QUE O PROFISSIONAL EXERCE A DUA PROFISSÃO

Tabela 7.8 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Região do país	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Entre Douro e Minho	,106	27	,200*	,959	27	,348*
	Trás-os-Montes e Alto Douro	,139	8	,200*	,976	8	,943*
	Beira Litoral	,106	20	,200*	,978	20	,910*
	Beira Interior	,203	10	,200*	,898	10	,207*
	Extremadura e Ribatejo	,131	12	,200*	,986	12	,997*
	Lisboa e Setúbal	,082	58	,200*	,984	58	,642*
	Alentejo	,209	7	,200*	,948	7	,716*
	Algarve	,249	5	,200*	,814	5	,104*
	Açores	,211	7	,200*	,944	7	,676*
	Madeira	,367	4	,	,752	4	,040

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.9 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,735	9	148	,676

Tabela 7.10 – ANOVA

ANOVA					
Índice de SP global					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	16,013	9	1,779	1,031	0,418
Within Groups	255,363	148	1,725		
Total	271,376	157			

IV. PROFISSÃO

Tabela 7.11 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
Profissão		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Técnico de Anatomia Patológica	,088	23	,200*	,967	23	,620
	Técnico de Farmácia	,116	21	,200*	,971	21	,751
	Fisioterapeuta	,073	79	,200*	,982	79	,321
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,152	15	,200*	,940	15	,378
	Ortoptista	,148	20	,200*	,939	20	,228

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.12 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,106	4	153	,083

Tabela 7.13 – ANOVA

ANOVA					
Índice de SP global					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,423	4	1,856	1,076	,371
Within Groups	263,953	153	1,725		
Total	271,376	157			

V. LOCAL DE TRABALHO

Tabela 7.14 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Grupos etários	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Hospital	,088	77	,200*	,969	77	,054
	Centro de Saúde	,150	8	,200*	,953	8	,738
	Clínica de Saúde	,131	32	,175	,956	32	,218
	Outro	,095	41	,200*	,962	41	,191

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.15 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,810	3	154	,041

Tabela 7.16 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics ^{a,b}	
Índice de SP global	
Chi-Square	3,703
df	3
Asymp. Sig.	,295

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: local de trabalho

VI. ACTUAL SITUAÇÃO NO EMPREGO

Tabela 7.17 – Teste da normalidade

Actual situação no emprego		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Pertence ao quadro pessoal da organização	,062	100	,200*	,982	100	,186
	Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,116	30	,200*	,963	30	,379
	Contrato de Prestação de Serviços	,154	16	,200*	,929	16	,239
	Outra	,161	12	,200*	,958	12	,755

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.18 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,102	3	154	,959

Tabela 7.19 – ANOVA

ANOVA					
Índice de SP global					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,949	3	,316	,180	,910
Within Groups	270,427	154	1,756		
Total	271,376	157			

VII. TIPO DE ORGANIZAÇÃO

Tabela 7.20 – Teste da normalidade

Tests of Normality						
Tipo de organização	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de Pública	,070	59	,200*	,979	59	,381
SP global Privada	,060	67	,200*	,976	67	,219
Pública-privada	,133	32	,158	,957	32	,224

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.21 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,718	2	155	,069

Tabela 7.22 – ANOVA

ANOVA					
Índice de SP global					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,213	2	1,607	,929	,397
Within Groups	268,163	155	1,730		
Total	271,376	157			

VIII. EXERCE ACTUALMENTE FUNÇÕES DE DIRECÇÃO, CHEFIA OU COORDENAÇÃO

Tabela 7.23 – Teste da normalidade

Tests of Normality								
	Exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Índice de SP global	Sim, formalmente	,166	13	,200*	,876	13	,064	
	Sim, informalmente	,132	27	,200*	,973	27	,686	
	Não	,068	118	,200*	,985	118	,198	

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.24 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,709	2	155	,494

Tabela 7.25 – ANOVA

ANOVA					
Índice de SP global					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,767	2	1,383	,798	,452
Within Groups	268,609	155	1,733		
Total	271,376	157			

IX. ANTIGUIDADE NA PROFISSÃO

Tabela 7.26 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Antiguidade na profissão		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Menos de 10 anos	,056	112	,200*	,985	112	,245
	10 a 14 anos	,165	14	,200*	,950	14	,557
	15 a 20 anos	,192	15	,144	,863	15	,027
	20 ou mais anos	,122	17	,200*	,949	17	,444

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.27 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,105	3	154	,957

Tabela 7.28 – ANOVA

ANOVA					
Índice de SP global					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,232	3	2,077	1,207	,309
Within Groups	265,144	154	1,722		
Total	271,376	157			

X. ANTIGUIDADE NO LOCAL DE TRABALHO

Tabela 7.29 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Antiguidade no local de trabalho		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Menos de 10 anos	,064	118	,200*	,986	118	,274
	10 a 14 anos	,145	18	,200*	,952	18	,461
	15 a 20 anos	,204	9	,200*	,891	9	,202
	20 ou mais anos	,162	13	,200*	,955	13	,674

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.30 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances			
Índice de SP global			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,430	3	154	,732

Tabela 7.31 – ANOVA

ANOVA					
Índice de SP global					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,078	3	2,359	1,375	,253
Within Groups	264,298	154	1,716		
Total	271,376	157			

XI. SERVIÇO COM SGQ

Tabela 7.32 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Sim	,084	56	,200*	,958	56	,047
	Não	,063	59	,200*	,973	59	,209

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.33 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

		Independent Samples Test					t-test for Equality of Means		t-test for Equality of Means	
		Levene's Test for Equality of Variances						95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Índice de SP global	Equal variances assumed	2,194	,141	-1,597	113	,113	-,39094	,24477	-,87586	,09399
	Equal variances not assumed			-1,604	111,567	,112	-,39094	,24370	-,87383	,09195

XII. SGQ CERTIFICADO SEGUNDO A NORMA ISO 9001

Tabela 7.34 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Sistema de Gestão da Qualidade certificado segundo a norma ISO 9001?		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Sim	,110	50	,183	,953	50	,045
	Não	,159	6	,200*	,949	6	,730

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.35 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

		Independent Samples Test					t-test for Equality of Means		t-test for Equality of Means	
		Levene's Test for Equality of Variances							95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Índice de SP global	Equal variances assumed	0,013	,911	,877	54	,384	,45420	,51781	-,58395	1,49236
	Equal variances not assumed			,941	6,520	,380	,45420	,48264	-,70432	1,61273

XIII. INSTITUIÇÃO ACREDITADA

Tabela 7.36 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
A sua instituição é acreditada?		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Sim	,111	48	,183	,939	48	,014
	Não	,089	58	,200*	,982	58	,541

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.37 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

		Independent Samples Test					t-test for Equality of Means		t-test for Equality of Means	
		Levene's Test for Equality of Variances							95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Índice de SP global	Equal variances assumed	0,057	,811	-1,356	104	,178	-,34288	,25285	-,84430	,15853
	Equal variances not assumed			-1,344	93,113	,182	-,34288	,25518	-,84941	,16365

XIV. MODELO DE ACREDITAÇÃO

Tabela 7.38 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Modelo de acreditação:		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice de SP global	Joint Commission International	,229	11	,111	,874	11	,087
	King's Fund	,269	17	,002	,817	17	,004
	Outro	,221	15	,048	,918	15	,182

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 7.39 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics^{a,b}	
Índice de SP global	
Chi-Square	2,108
df	2
Asymp. Sig.	,349

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: modelo de acreditação

APÊNDICE 6 – SP ESPECÍFICA DE CADA DIMENSÃO SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

I. GÊNERO

Tabela 7.40 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Gênero	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
A&P	Masculino	,124	28	,200*	,947	28	,164
	Feminino	,076	130	,066	,961	130	,001
CT&S	Masculino	,098	28	,200*	,934	28	,080
	Feminino	,074	130	,081	,956	130	,000
RPP&DO	Masculino	,092	28	,200*	,983	28	,920
	Feminino	,071	130	,186	,970	130	,005
RP/U	Masculino	,144	27	,161	,872	27	,003
	Feminino	,110	130	,001	,873	130	,000
RT&SS	Masculino	,129	28	,200*	,913	28	,024
	Feminino	,076	130	,060	,989	130	,397
R	Masculino	,167	28	,044	,944	28	,143
	Feminino	,085	129	,022	,963	129	,001
SE	Masculino	,144	28	,146	,916	28	,027
	Feminino	,126	130	,000	,939	130	,000
S&P	Masculino	,170	28	,038	,888	28	,006
	Feminino	,149	130	,000	,881	130	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

S&P – STATUS E PRESTÍGIO.

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.

RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.

A&P – AUTONOMIA & PODER.

RP/U – RELAÇÃO PROFISSIONAL/UTENTE.

CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.

SE – SEGURANÇA NO EMPREGO.

R – REMUNERAÇÃO.

Tabela 7.41 – Teste de Mann-Whitney

Test Statistics^a				
	Relação Profissional/Utente	Remuneração	Segurança no Emprego	Status & Prestígio
Mann-Whitney U	1589,500	1639,500	1761,000	1813,500
Wilcoxon W	10104,500	10024,500	2167,000	10328,500
Z	-,771	-,764	-,269	-,030
Asymp. Sig. (2-tailed)	,440	,445	,788	,976

a. Grouping Variable: Género

Tabela 7.42 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
A&P	Equal variances assumed	,053	,818	-,164	156	,870	-,05590	,33990	-,72730	,61549
	Equal variances not assumed			-,159	38,264	,874	-,05590	,35094	-,76618	,65438
CT&S	Equal variances assumed	,041	,839	-,122	156	,903	-,04325	,35531	-,74509	,65858
	Equal variances not assumed			-,120	38,939	,905	-,04325	,36034	-,77215	,68565
RPP&DO	Equal variances assumed	,431	,512	,257	156	,798	,08777	,34170	-,58719	,76273
	Equal variances not assumed			,273	42,294	,786	,08777	,32130	-,56050	,73605
RT&SS	Equal variances assumed	5,359	,022	1,232	156	,220	,29037	,23572	-,17524	,75599
	Equal variances not assumed			1,012	33,566	,319	,29037	,28680	-,29275	,87350

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.
 RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.
 A&P – AUTONOMIA & PODER.
 CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.

II. GRUPOS ETÁRIOS

Tabela 7.43 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
	Grupos etarios	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	≤ 25	,097	33	,200*	,940	33	,066
	26-30	,082	68	,200*	,973	68	,145
	31-34	,143	17	,200*	,914	17	,118
	≥ 35	,134	40	,069	,909	40	,003
Condições de Trabalho & Saúde	≤ 25	,092	33	,200*	,948	33	,114
	26-30	,084	68	,200*	,949	68	,007
	31-34	,132	17	,200*	,964	17	,708
	≥ 35	,139	40	,049	,915	40	,005
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	≤ 25	,123	33	,200*	,956	33	,195
	26-30	,117	68	,022	,967	68	,072
	31-34	,088	17	,200*	,970	17	,811
	≥ 35	,123	40	,131	,945	40	,051
Relação Profissional/Utente	≤ 25	,109	33	,200*	,953	33	,162
	26-30	,108	67	,051	,912	67	,000
	31-34	,123	17	,200*	,978	17	,942
	≥ 35	,187	40	,001	,807	40	,000
Relações de Trabalho & Suporte Social	≤ 25	,138	33	,112	,955	33	,185
	26-30	,079	68	,200*	,972	68	,134
	31-34	,135	17	,200*	,949	17	,442
	≥ 35	,174	40	,004	,864	40	,000
Remuneração	≤ 25	,110	32	,200*	,946	32	,109
	26-30	,117	68	,022	,947	68	,006
	31-34	,208	17	,048	,885	17	,038
	≥ 35	,104	40	,200*	,968	40	,315
Segurança no Emprego	≤ 25	,143	33	,086	,937	33	,055

	26-30	,119	68	,019	,933	68	,001
	31-34	,110	17	,200*	,982	17	,970
	≥ 35	,182	40	,002	,871	40	,000
Status & Prestígio	≤ 25	,192	33	,003	,846	33	,000
	26-30	,147	68	,001	,890	68	,000
	31-34	,216	17	,034	,888	17	,044
	≥ 35	,143	40	,039	,893	40	,001

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.44 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics ^{a,b}						
	Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Relação Profissional/U tente	Relações de Trabalho & Suporte Social	Remuneração	Segurança no Emprego	Status & Prestígio
Chi-Square	4,417	,853	6,003	,803	8,782	2,701
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,220	,837	,111	,849	,032	,440

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupos etários

Tabela 7.45 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Autonomia & Poder	1,175	3	154	,321
Condições de Trabalho & Saúde	,477	3	154	,699

Tabela 7.46 – ANOVA

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Autonomia & Poder	Between Groups	22,664	3	7,555	2,963	,034
	Within Groups	392,613	154	2,549		
	Total	415,277	157			
Condições de Trabalho & Saúde	Between Groups	9,418	3	3,139	1,088	,356
	Within Groups	444,335	154	2,885		
	Total	453,753	157			

III. REGIÃO DO PAÍS EM QUE O PROFISSIONAL EXERCE A SUA PROFISSÃO

Tabela 7.47 – Testa da normalidade

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Região do país		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Entre Douro e Minho	,116	26	,200*	,963	26	,448
	Trás-os-Montes e Alto Douro	,248	8	,160	,798	8	,027
	Beira Litoral	,147	20	,200*	,954	20	,430
	Beira Interior	,204	10	,200*	,907	10	,264
	Extremadura e Ribatejo	,154	12	,200*	,962	12	,808
	Lisboa e Setúbal	,128	57	,022	,931	57	,003
	Alentejo	,202	7	,200*	,926	7	,514
	Algarve	,269	5	,200*	,928	5	,586
	Açores	,161	7	,200*	,967	7	,875
	Madeira	,198	4	.	,988	4	,947
Condições de Trabalho & Saúde	Entre Douro e Minho	,173	26	,044	,916	26	,035
	Trás-os-Montes e Alto Douro	,187	8	,200*	,954	8	,748

	Beira Litoral	,140	20	,200*	,938	20	,221	
	Beira Interior	,154	10	,200*	,922	10	,376	
	Extremadura e Ribatejo	,148	12	,200*	,977	12	,969	
	Lisboa e Setúbal	,093	57	,200*	,977	57	,338	
	Alentejo	,198	7	,200*	,935	7	,595	
	Algarve	,392	5	,011	,696	5	,009	
	Açores	,171	7	,200*	,976	7	,937	
	Madeira	,231	4	.	,924	4	,562	
Realização e Desempenho Organizacional	Pessoal & Profissional	Entre Douro e Minho	,110	26	,200*	,970	26	,624
		Trás-os-Montes e Alto Douro	,136	8	,200*	,987	8	,990
		Beira Litoral	,085	20	,200*	,976	20	,864
		Beira Interior	,185	10	,200*	,917	10	,332
		Extremadura e Ribatejo	,107	12	,200*	,979	12	,978
		Lisboa e Setúbal	,110	57	,085	,968	57	,133
		Alentejo	,148	7	,200*	,945	7	,688
		Algarve	,257	5	,200*	,861	5	,232
		Açores	,237	7	,200*	,928	7	,537
		Madeira	,268	4	.	,926	4	,571
Relação Profissional/Utente	Entre Douro e Minho	,136	26	,200*	,860	26	,002	
	Trás-os-Montes e Alto Douro	,153	8	,200*	,968	8	,884	
	Beira Litoral	,138	20	,200*	,909	20	,062	
	Beira Interior	,234	10	,130	,749	10	,003	
	Extremadura e Ribatejo	,156	12	,200*	,950	12	,634	
	Lisboa e Setúbal	,120	57	,039	,867	57	,000	
	Alentejo	,247	7	,200*	,893	7	,292	
	Algarve	,277	5	,200*	,912	5	,477	
	Açores	,261	7	,161	,804	7	,045	
	Madeira	,203	4	.	,980	4	,899	
Relações de Trabalho & Suporte Social	Entre Douro e Minho	,157	26	,098	,957	26	,328	
	Trás-os-Montes e Alto Douro	,205	8	,200*	,905	8	,321	
	Beira Litoral	,129	20	,200*	,960	20	,545	

	Beira Interior	,248	10	,083	,899	10	,214
	Extremadura e Ribatejo	,115	12	,200*	,972	12	,929
	Lisboa e Setúbal	,089	57	,200*	,956	57	,037
	Alentejo	,173	7	,200*	,940	7	,637
	Algarve	,273	5	,200*	,852	5	,201
	Açores	,164	7	,200*	,921	7	,477
	Madeira	,263	4	.	,834	4	,179
Remuneração	Entre Douro e Minho	,121	26	,200*	,941	26	,142
	Trás-os-Montes e Alto Douro	,240	8	,196	,858	8	,116
	Beira Litoral	,158	20	,200*	,925	20	,124
	Beira Interior	,217	10	,200*	,877	10	,121
	Extremadura e Ribatejo	,184	12	,200*	,890	12	,117
	Lisboa e Setúbal	,089	57	,200*	,971	57	,183
	Alentejo	,171	7	,200*	,973	7	,920
	Algarve	,367	5	,026	,684	5	,006
	Açores	,139	7	,200*	,961	7	,825
	Madeira	,243	4	.	,946	4	,690
Segurança no Emprego	Entre Douro e Minho	,138	26	,200*	,934	26	,098
	Trás-os-Montes e Alto Douro	,327	8	,012	,829	8	,058
	Beira Litoral	,224	20	,010	,915	20	,078
	Beira Interior	,289	10	,018	,817	10	,023
	Extremadura e Ribatejo	,224	12	,099	,879	12	,085
	Lisboa e Setúbal	,093	57	,200*	,948	57	,016
	Alentejo	,250	7	,200*	,871	7	,190
	Algarve	,196	5	,200*	,937	5	,642
	Açores	,298	7	,060	,854	7	,135
	Madeira	,394	4	.	,773	4	,062
Status & Prestígio	Entre Douro e Minho	,174	26	,041	,852	26	,002
	Trás-os-Montes e Alto Douro	,186	8	,200*	,920	8	,430
	Beira Litoral	,168	20	,142	,892	20	,030
	Beira Interior	,257	10	,061	,760	10	,005

Extremadura e Ribatejo	,139	12	,200*	,932	12	,407
Lisboa e Setúbal	,128	57	,022	,953	57	,026
Alentejo	,426	7	,000	,505	7	,000
Algarve	,224	5	,200*	,842	5	,171
Açores	,206	7	,200*	,893	7	,293
Madeira	,305	4	.	,799	4	,100

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.48 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics ^{a,b}								
	A&P	CT&S	RPP&DO	RP/U	RT&SS	R	SE	S&P
Chi-Square	9,073	5,318	13,183	4,874	16,380	9,737	8,068	13,121
df	9	9	9	9	9	9	9	9
Asymp. Sig.	,431	,806	,155	,845	,059	,372	,527	,157

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Região do país em que exerce a sua profissão

S&P – STATUS E PRESTÍGIO.

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.

RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.

A&P – AUTONOMIA & PODER.

RP/U – RELAÇÃO PROFISSIONAL/UTENTE.

CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.

SE – SEGURANÇA NO EMPREGO.

R – REMUNERAÇÃO.

IV. PROFISSÃO

Tabela 7.49 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Profissão	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Técnico de Anatomia Patológica	,137	23	,200*	,951	23	,311
	Técnico de Farmácia	,145	20	,200*	,927	20	,133
	Fisioterapeuta	,095	79	,076	,971	79	,071
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,189	15	,157	,857	15	,022
	Ortoptista	,103	19	,200*	,978	19	,921
Condições de Trabalho & Saúde	Técnico de Anatomia Patológica	,114	23	,200*	,962	23	,512
	Técnico de Farmácia	,104	20	,200*	,958	20	,508
	Fisioterapeuta	,066	79	,200*	,965	79	,029
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,193	15	,139	,837	15	,012
	Ortoptista	,119	19	,200*	,945	19	,329
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Técnico de Anatomia Patológica	,121	23	,200*	,985	23	,973
	Técnico de Farmácia	,104	20	,200*	,935	20	,191
	Fisioterapeuta	,050	79	,200*	,978	79	,179
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,191	15	,147	,924	15	,223
	Ortoptista	,103	19	,200*	,948	19	,363
Relação Profissional/Utente	Técnico de Anatomia Patológica	,152	23	,181	,897	23	,022
	Técnico de Farmácia	,149	20	,200*	,919	20	,096
	Fisioterapeuta	,112	79	,017	,888	79	,000
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,334	15	,000	,621	15	,000
	Ortoptista	,111	19	,200*	,978	19	,914
	Técnico de Anatomia Patológica	,159	23	,135	,900	23	,026
	Técnico de Farmácia	,107	20	,200*	,961	20	,566

Relações de Trabalho & Suporte Social	Fisioterapeuta	,089	79	,191	,980	79	,265
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,138	15	,200*	,934	15	,310
	Ortoptista	,111	19	,200*	,964	19	,651
Remuneração	Técnico de Anatomia Patológica	,160	23	,129	,949	23	,278
	Técnico de Farmácia	,112	20	,200*	,957	20	,479
	Fisioterapeuta	,091	79	,171	,963	79	,021
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,141	15	,200*	,930	15	,270
	Ortoptista	,147	19	,200*	,950	19	,391
Segurança no Emprego	Técnico de Anatomia Patológica	,192	23	,027	,924	23	,079
	Técnico de Farmácia	,131	20	,200*	,942	20	,258
	Fisioterapeuta	,128	79	,003	,934	79	,001
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,184	15	,182	,877	15	,043
	Ortoptista	,135	19	,200*	,913	19	,084
Status & Prestígio	Técnico de Anatomia Patológica	,135	23	,200*	,933	23	,125
	Técnico de Farmácia	,148	20	,200*	,900	20	,041
	Fisioterapeuta	,148	79	,000	,880	79	,000
	Técnicos de Radiologia e Radioterapia	,150	15	,200*	,908	15	,124
	Ortoptista	,174	19	,134	,863	19	,011

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.50 – Teste da homogeneidade das variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Autonomia & Poder	3,252	4	153	,014
Condições de Trabalho & Saúde	2,529	4	153	,043
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	2,886	4	153	,024
Relações de Trabalho & Suporte Social	2,883	4	153	,025
Remuneração	1,460	4	152	,217

Tabela 7.51 – ANOVA

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Remuneração	Between Groups	7,749	5	1,550	,214	,956
	Within Groups	1091,910	151	7,231		
	Total	1099,659	156			

Tabela 7.52 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics^{a,b}							
	AP	CT&S	RPP&DO	RP/U	RT&SS	SE	S&P
Chi-Square	9,407	4,892	5,472	4,550	3,418	5,159	5,448
df	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,052	,299	,242	,337	,491	,271	,244

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Profissão

S&P – STATUS E PRESTÍGIO.
 RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.
 RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.
 A&P – AUTONOMIA & PODER.
 RP/U – RELAÇÃO PROFISSIONAL/UTENTE.
 CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.
 SE – SEGURANÇA NO EMPREGO.

V. LOCAL DE TRABALHO

Tabela 7.53 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Local de trabalho	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Hospital	,097	77	,068	,945	77	,002
	Centro de Saúde	,246	8	,170	,828	8	,057
	Clínica de Saúde	,153	32	,055	,941	32	,079
	Farmácia	,155	11	,200*	,912	11	,255
	Outro	,115	30	,200*	,957	30	,259
Condições de Trabalho & Saúde	Hospital	,082	77	,200*	,935	77	,001
	Centro de Saúde	,230	8	,200*	,930	8	,515
	Clínica de Saúde	,096	32	,200*	,955	32	,196
	Farmácia	,107	11	,200*	,948	11	,617
	Outro	,097	30	,200*	,958	30	,268
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Hospital	,101	77	,049	,944	77	,002
	Centro de Saúde	,178	8	,200*	,940	8	,615
	Clínica de Saúde	,097	32	,200*	,949	32	,136
	Farmácia	,130	11	,200*	,937	11	,487
	Outro	,147	30	,097	,936	30	,071
Relação Profissional/Utente	Hospital	,136	77	,001	,830	77	,000
	Centro de Saúde	,353	8	,004	,650	8	,001
	Clínica de Saúde	,122	32	,200*	,911	32	,012
	Farmácia	,168	11	,200*	,907	11	,224
	Outro	,172	29	,028	,854	29	,001
Relações de Trabalho & Suporte Social	Hospital	,097	77	,071	,969	77	,059
	Centro de Saúde	,294	8	,041	,785	8	,020
	Clínica de Saúde	,100	32	,200*	,934	32	,049
	Farmácia	,136	11	,200*	,948	11	,624
	Outro	,101	30	,200*	,984	30	,928

Remuneração	Hospital	,100	77	,055	,961	77	,018
	Centro de Saúde	,209	8	,200*	,920	8	,428
	Clínica de Saúde	,151	32	,061	,926	32	,030
	Farmácia	,181	10	,200*	,892	10	,178
	Outro	,120	30	,200*	,935	30	,067
Segurança no Emprego	Hospital	,154	77	,000	,918	77	,000
	Centro de Saúde	,217	8	,200*	,863	8	,130
	Clínica de Saúde	,163	32	,030	,904	32	,008
	Farmácia	,119	11	,200*	,963	11	,804
	Outro	,150	30	,083	,908	30	,014
Status & Prestígio	Hospital	,140	77	,001	,898	77	,000
	Centro de Saúde	,198	8	,200*	,901	8	,293
	Clínica de Saúde	,227	32	,000	,881	32	,002
	Farmácia	,166	11	,200*	,855	11	,050
	Outro	,221	30	,001	,836	30	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.54– Teste da homogeneidade das variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Autonomia & Poder	1,832	4	153	,125
Condições de Trabalho & Saúde	3,693	4	153	,007
Remuneração	,499	4	152	,736

Tabela 7.55 – ANOVA

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Autonomia & Poder	Between Groups	15,339	4	3,835	1,467	,215
	Within Groups	399,938	153	2,614		
	Total	415,277	157			
Remuneração	Between Groups	26,306	4	6,576	,931	,447
	Within Groups	1073,353	152	7,062		
	Total	1099,659	156			

Tabela 7.56 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics^{a,b}						
	Realização Pessoal					
	Condições de Trabalho & Saúde	e Profissional & Desempenho Organizacional	Relação Profissional/ Utente	Relações de Trabalho & Suporte Social	Segurança no Emprego	Status & Prestígio
Chi-Square	5,350	2,938	11,234	9,721	5,185	4,799
df	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,253	,568	,024	,045	,269	,309

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Local de Trabalho

VI. ACTUAL SITUAÇÃO NO EMPREGO

Tabela 7.57 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Actual situação no emprego		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Pertence ao quadro pessoal da organização	,081	100	,099	,964	100	,007
	Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,087	30	,200 [*]	,952	30	,194
	Contrato de Prestação de Serviços	,126	16	,200 [*]	,953	16	,535
	Outra	,200	12	,200 [*]	,907	12	,197
Condições de Trabalho & Saúde	Pertence ao quadro pessoal da organização	,074	100	,196	,940	100	,000
	Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,140	30	,136	,958	30	,278
	Contrato de Prestação de Serviços	,097	16	,200 [*]	,985	16	,992
	Outra	,190	12	,200 [*]	,873	12	,072
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Pertence ao quadro pessoal da organização	,057	100	,200 [*]	,976	100	,062
	Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,107	30	,200 [*]	,950	30	,172
	Contrato de Prestação de Serviços	,116	16	,200 [*]	,943	16	,390
	Outra	,196	12	,200 [*]	,911	12	,218
Relação Profissional/Utente	Pertence ao quadro pessoal da organização	,123	100	,001	,858	100	,000
	Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,171	29	,030	,864	29	,002
	Contrato de Prestação de Serviços	,126	16	,200 [*]	,932	16	,264
	Outra	,194	12	,200 [*]	,852	12	,039
Relações de Trabalho & Suporte Social	Pertence ao quadro pessoal da organização	,096	100	,024	,963	100	,007
	Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,110	30	,200 [*]	,966	30	,432
	Contrato de Prestação de Serviços	,169	16	,200 [*]	,918	16	,155
	Outra	,092	12	,200 [*]	,969	12	,903
Remuneração	Pertence ao quadro pessoal da organização	,104	100	,009	,957	100	,002

		Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,089	30	,200*	,977	30	,729
		Contrato de Prestação de Serviços	,157	16	,200*	,923	16	,192
		Outra	,134	11	,200*	,946	11	,596
Segurança	no	Pertence ao quadro pessoal da organização	,135	100	,000	,919	100	,000
Emprego		Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,124	30	,200*	,934	30	,063
		Contrato de Prestação de Serviços	,094	16	,200*	,975	16	,914
		Outra	,188	12	,200*	,898	12	,151
Status & Prestígio		Pertence ao quadro pessoal da organização	,147	100	,000	,886	100	,000
		Está com contrato individual de trabalho a termo certo	,127	30	,200*	,916	30	,021
		Contrato de Prestação de Serviços	,206	16	,068	,863	16	,021
		Outra	,186	12	,200*	,856	12	,043

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.58 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Autonomia & Poder	1,246	2	154	,291
Condições de Trabalho & Saúde	,215	2	154	,807
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	1,226	2	154	,296

Tabela 7.59 – ANOVA

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Autonomia & Poder	Between Groups	2.784	3	.928	.346	.792
	Within Groups	412.493	154	2.679		
	Total	415.277	157			
Condições de Trabalho & Saúde	Between Groups	3.152	3	1.051	.359	.783
	Within Groups	450.601	154	2.926		
	Total	453.753	157			
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Between Groups	.784	3	.261	.096	.962
	Within Groups	419.020	154	2.721		
	Total	419.805	157			

Tabela 7.60 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics ^{a,b}					
	RP/U	RT&SS	R	SE	S&P
Chi-Square	1,708	2,930	2,403	10,904	,149
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,635	,403	,493	,012	,985

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Actual situação no emprego

S&P – STATUS E PRESTÍGIO.
 RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.
 RP/U – RELAÇÃO PROFISSIONAL/UTENTE.
 SE – SEGURANÇA NO EMPREGO.
 R – REMUNERAÇÃO.

VII. TIPO DE ORGANIZAÇÃO

Tabela 7.61 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Tipo de organização	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Pública	,143	59	,004	,922	59	,001
	Privada	,082	66	,200 ⁺	,968	66	,087
	Pública-privada	,097	31	,200 ⁺	,958	31	,259
Condições de Trabalho & Saúde	Pública	,078	59	,200 ⁺	,944	59	,009
	Privada	,092	66	,200 ⁺	,951	66	,011
	Pública-privada	,119	31	,200 ⁺	,962	31	,322
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Pública	,081	59	,200 ⁺	,960	59	,048
	Privada	,094	66	,200 ⁺	,959	66	,030
	Pública-privada	,073	31	,200 ⁺	,974	31	,621
Relação Profissional/Utente	Pública	,187	59	,000	,772	59	,000
	Privada	,125	66	,012	,878	66	,000
	Pública-privada	,106	31	,200 ⁺	,957	31	,240
Relações de Trabalho & Suporte Social	Pública	,095	59	,200 ⁺	,977	59	,338
	Privada	,102	66	,088	,958	66	,025
	Pública-privada	,079	31	,200 ⁺	,983	31	,895
Remuneração	Pública	,090	59	,200 ⁺	,968	59	,117
	Privada	,143	66	,002	,947	66	,007
	Pública-privada	,111	31	,200 ⁺	,950	31	,161
Segurança no Emprego	Pública	,168	59	,000	,901	59	,000
	Privada	,095	66	,200 ⁺	,955	66	,018
	Pública-privada	,170	31	,023	,894	31	,005
Status & Prestígio	Pública	,139	59	,006	,894	59	,000
	Privada	,135	66	,004	,897	66	,000
	Pública-privada	,196	31	,004	,862	31	,001

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.62 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Condições de Trabalho & Saúde	4,425	2	155	,014
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	5,352	2	155	,006
Relações de Trabalho & Suporte Social	1,763	2	155	,175

Tabela 7.63 – ANOVA

ANOVA		
	F	Sig.
Relações de Trabalho & Suporte Social	1,539	,218
Between Groups		
Within Groups		
Total		

Tabela 7.64 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics^{a,b}							
	A&P	CT&S	RPP&DO	RP/U	R	SE	S&P
Chi-Square	1,924	2,576	1,672	3,058	4,583	2,260	1,763
df	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,382	,276	,433	,217	,101	,323	,414

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tipo de organização

S&P – STATUS E PRESTÍGIO.

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.

RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.

A&P – AUTONOMIA & PODER.

RP/U – RELAÇÃO PROFISSIONAL/UTENTE.

VIII. EXERCE ACTUALMENTE FUNÇÕES DE DIRECÇÃO, CHEFIA E COORDENAÇÃO

Tabela 7.65 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Funções de direcção, chefia ou coordenação?		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig
Autonomia & Poder	Sim, formalmente	,265	13	,013	,829	13	,015
	Sim, informalmente	,138	27	,200*	,915	27	,030
	Não	,091	118	,018	,955	118	,001
Condições de Trabalho & Saúde	Sim, formalmente	,253	13	,023	,803	13	,007
	Sim, informalmente	,142	27	,171	,971	27	,625
	Não	,080	118	,060	,957	118	,001
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Sim, formalmente	,201	13	,156	,900	13	,134
	Sim, informalmente	,121	27	,200*	,958	27	,330
	Não	,062	118	,200*	,976	118	,031
Relação Profissional/Utente	Sim, formalmente	,289	13	,004	,753	13	,002
	Sim, informalmente	,223	27	,001	,785	27	,000
	Não	,115	117	,001	,877	118	,000
Relações de Trabalho & Suporte Social	Sim, formalmente	,156	13	,200*	,948	13	,575
	Sim, informalmente	,107	27	,200*	,981	27	,890
	Não	,100	118	,005	,970	118	,010
Remuneração	Sim, formalmente	,232	13	,054	,900	13	,132
	Sim, informalmente	,099	27	,200*	,967	27	,521
	Não	,090	117	,022	,963	118	,003
Segurança no Emprego	Sim, formalmente	,317	13	,001	,783	13	,004
	Sim, informalmente	,145	27	,152	,926	27	,055
	Não	,108	118	,002	,947	118	,000

Status & Prestígio	Sim, formalmente	,218	13	,092	,790	13	,005
	Sim, informalmente	,124	27	,200*	,922	27	,044
	Não	,155	118	,000	,888	118	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.66 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	,300	2	155	,741

Tabela 7.67 – ANOVA

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Between Groups	2,903	2	1,452	,540	,584
	Within Groups	416,901	155	2,690		
	Total	381,763	157			

Tabela 7.68 – Teste De Kruskal-Wallis

	A&P	CT&S	RP/U	RT&SS	R	SE	S&P
Chi-Square	2,936	6,055	7,004	3,131	,298	4,003	,773
df	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,230	,048	,030	,209	,862	,135	,680

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação

S&P – STATUS E PRESTÍGIO.
 RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.
 A&P – AUTONOMIA & PODER.
 RP/U – RELAÇÃO PROFISSIONAL/UTENTE.
 CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.
 SE – SEGURANÇA NO EMPREGO.
 R – REMUNERAÇÃO.

IX. ANTIGUIDADE NA PROFISSÃO

Tabela 7.69 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Antiguidade na profissão	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Menos de 10 anos	,054	112	,200*	,973	112	,022
	10 a 14 anos	,123	14	,200*	,944	14	,469
	15 a 20 anos	,178	15	,200*	,850	15	,017
	20 ou mais anos	,144	17	,200*	,886	17	,040
Condições de Trabalho & Saúde	Menos de 10 anos	,082	112	,064	,963	112	,004
	10 a 14 anos	,122	14	,200*	,953	14	,615
	15 a 20 anos	,214	15	,064	,832	15	,010
	20 ou mais anos	,123	17	,200*	,948	17	,420
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Menos de 10 anos	,057	112	,200*	,977	112	,051
	10 a 14 anos	,117	14	,200*	,962	14	,764
	15 a 20 anos	,199	15	,112	,904	15	,110
	20 ou mais anos	,162	17	,200*	,914	17	,117
Relação Profissional/Utente	Menos de 10 anos	,093	111	,019	,923	111	,000
	10 a 14 anos	,181	14	,200*	,881	14	,060
	15 a 20 anos	,208	15	,081	,743	15	,001
	20 ou mais anos	,170	17	,200*	,850	17	,011
Relações de Trabalho & Suporte Social	Menos de 10 anos	,059	112	,200*	,991	112	,630
	10 a 14 anos	,159	14	,200*	,936	14	,365
	15 a 20 anos	,225	15	,039	,902	15	,104
	20 ou mais anos	,198	17	,076	,853	17	,012
Remuneração	Menos de 10 anos	,104	111	,005	,961	111	,002
	10 a 14 anos	,133	14	,200*	,961	14	,741
	15 a 20 anos	,207	15	,082	,952	15	,564
	20 ou mais anos	,207	17	,051	,909	17	,095
Segurança no Emprego	Menos de 10 anos	,101	112	,007	,950	112	,000
	10 a 14 anos	,151	14	,200*	,933	14	,331
	15 a 20 anos	,131	15	,200*	,940	15	,379
	20 ou mais anos	,287	17	,001	,778	17	,001
Status & Prestígio	Menos de 10 anos	,156	112	,000	,882	112	,000
	10 a 14 anos	,161	14	,200*	,884	14	,065
	15 a 20 anos	,198	15	,119	,890	15	,068
	20 ou mais anos	,164	17	,200*	,904	17	,078

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.70 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Autonomia & Poder	2,815	3	154	,041
Condições de Trabalho & Saúde	,614	3	154	,607
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	,392	3	154	,759

Tabela 7.71 – ANOVA

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Condições de Trabalho & Saúde	Between Groups	19,328	3	6,443	2,284	,081
	Within Groups	434,425	154	2,821		
	Total	453,753	157			
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Between Groups	10,420	3	3,473	1,307	,274
	Within Groups	409,385	154	2,658		
	Total	419,805	157			

Tabela 7.72 – Teste De Kruskal-Wallis

Test Statistics^{a,b}						
	Relação Autonomia & Poder	Relação Profissional/ Utente	Relações de Trabalho & Suporte Social	Remuneração	Segurança no Emprego	Status & Prestígio
Chi-Square	3,994	5,211	8,213	1,267	7,798	,125
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,262	,157	,042	,737	,050	,989

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: antiguidade na profissão

X. ANTIGUIDADE NO LOCAL DE TRABALHO

Tabela 7.73 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Antiguidade no local de trabalho	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Menos de 10 anos	,061	118	,200*	,969	118	,009
	10 a 14 anos	,176	18	,143	,904	18	,067
	15 a 20 anos	,239	9	,146	,861	9	,098
	20 ou mais anos	,216	13	,099	,860	13	,039
Condições de Trabalho & Saúde	Menos de 10 anos	,069	118	,200*	,963	118	,003
	10 a 14 anos	,164	18	,200*	,928	18	,180
	15 a 20 anos	,197	9	,200*	,916	9	,360
	20 ou mais anos	,135	13	,200*	,947	13	,549
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Menos de 10 anos	,067	118	,200*	,973	118	,017
	10 a 14 anos	,148	18	,200*	,952	18	,450
	15 a 20 anos	,189	9	,200*	,949	9	,679
	20 ou mais anos	,219	13	,088	,855	13	,033
Relação Profissional/Utente	Menos de 10 anos	,104	117	,004	,896	117	,000
	10 a 14 anos	,225	18	,016	,772	18	,001
	15 a 20 anos	,181	9	,200*	,929	9	,472
	20 ou mais anos	,141	13	,200*	,921	13	,257
Relações de Trabalho & Suporte Social	Menos de 10 anos	,056	118	,200*	,986	118	,285
	10 a 14 anos	,167	18	,199	,956	18	,527
	15 a 20 anos	,303	9	,017	,761	9	,007
	20 ou mais anos	,110	13	,200*	,967	13	,862
Remuneração	Menos de 10 anos	,104	117	,003	,961	117	,002
	10 a 14 anos	,130	18	,200*	,950	18	,428
	15 a 20 anos	,231	9	,182	,865	9	,109
	20 ou mais anos	,235	13	,048	,892	13	,104
Segurança no Emprego	Menos de 10 anos	,103	118	,004	,948	118	,000
	10 a 14 anos	,173	18	,162	,920	18	,129
	15 a 20 anos	,283	9	,037	,734	9	,004
	20 ou mais anos	,311	13	,001	,791	13	,005
Status & Prestígio	Menos de 10 anos	,156	118	,000	,880	118	,000
	10 a 14 anos	,148	18	,200*	,911	18	,090
	15 a 20 anos	,138	9	,200*	,910	9	,316
	20 ou mais anos	,203	13	,147	,818	13	,011

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.74 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Autonomia & Poder	2,727	3	154	,046
Condições de Trabalho & Saúde	1,744	3	154	,160
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	1,657	3	154	,179

Tabela 7.75 – ANOVA

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Condições de Trabalho & Saúde	Between Groups	15,784	3	5,261	1,850	,140
	Within Groups	437,969	154	2,844		
	Total	453,753	157			
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Between Groups	10,688	3	3,563	1,341	,263
	Within Groups	409,117	154	2,657		
	Total	419,805	157			

Tabela 7.76 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics^{a,b}						
	Autonomia & Poder	Relação Profissional/ Utente	Relações de Trabalho & Suporte Social	Remuneração	Segurança no Emprego	Status & Prestígio
Chi-Square	3,465	9,963	4,993	2,410	5,011	1,942
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,325	,019	,172	,492	,171	,584

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Antiguidade no local de trabalho

XI. SERVIÇO COM SGQ

Tabela 7.77 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
No seu serviço encontra-se implementado um Sistema de Gestão da Qualidade?		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Sim	,077	55	,200*	,964	55	,095
	Não	,107	59	,093	,963	59	,073
Condições de Trabalho & Saúde	Sim	,087	55	,200*	,955	55	,037
	Não	,089	59	,200*	,962	59	,065
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Sim	,093	55	,200*	,970	55	,193
	Não	,058	59	,200*	,976	59	,298
Relação Profissional/Utente	Sim	,128	55	,025	,873	55	,000
	Não	,144	59	,004	,880	59	,000
Relações de Trabalho & Suporte Social	Sim	,090	55	,200*	,965	55	,105
	Não	,087	59	,200*	,982	59	,519
Remuneração	Sim	,097	55	,200*	,953	55	,032
	Não	,099	59	,200*	,963	59	,073
Segurança no Emprego	Sim	,147	55	,005	,914	55	,001
	Não	,142	59	,004	,929	59	,002
Status & Prestígio	Sim	,152	55	,003	,880	55	,000
	Não	,156	59	,001	,890	59	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.78 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

		Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
								95% Confidence Interval of the Difference			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
A&P	Equal variances assumed	,178	,674	-1,164	113	,247	-,33755	,28989	-,91188	,23679	
	Equal variances not assumed			-1,166	112,994	,246	-,33755	,28944	-,91097	,23588	
CT&S	Equal variances assumed	3,515	,063	-2,359	113	,020	-,70702	,29967	-1,30072	-,11332	
	Equal variances not assumed			-2,376	108,060	,019	-,70702	,29759	-1,29689	-,11715	
RPP&DO	Equal variances assumed	2,081	,152	-1,808	113	,073	-,52854	,29241	-1,10786	,05077	
	Equal variances not assumed			-1,817	110,597	,072	-,52854	,29088	-1,10497	,04788	
RT&SS	Equal variances assumed	5,789	,018	-1,124	113	,263	-,25289	,22492	-,69850	,19272	
	Equal variances not assumed			-1,132	108,970	,260	-,25289	,22349	-,69583	,19006	
R	Equal variances assumed	,002	,962	-,248	113	,804	-,12013	,48397	-1,07895	,83869	
	Equal variances not assumed			-,248	111,814	,805	-,12013	,48461	-1,08034	,84007	

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.
 RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.
 A&P – AUTONOMIA & PODER.
 CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.
 R – REMUNERAÇÃO.

Tabela 7.79 – Teste da Mann-Whitney

Test Statistics^a			
	Relação Profissional/Utente	Segurança no Emprego	Status & Prestígio
Mann-Whitney U	1612,000	1428,500	1458,000
Wilcoxon W	3152,000	3024,500	3054,000
Z	-,060	-1,253	-1,095
Asymp. Sig. (2-tailed)	,952	,210	,274

a. Grouping Variable: No seu serviço encontra-se implementado um Sistema de Gestão da Qualidade?

XII. SGQ CERTIFICADO SEGUNDO A NORMA ISO 9001

Tabela 7.80 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
	SGQ certificado segundo a norma ISO 9001?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Sim	,082	50	,200 [*]	,966	50	,153
	Não	,188	6	,200 [*]	,929	6	,570
Condições de Trabalho & Saúde	Sim	,099	50	,200 [*]	,946	50	,023
	Não	,160	6	,200 [*]	,970	6	,896
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Sim	,103	50	,200 [*]	,972	50	,279
	Não	,215	6	,200 [*]	,907	6	,418
Relação Profissional/Utente	Sim	,137	49	,022	,887	49	,000
	Não	,202	6	,200 [*]	,912	6	,449
Relações de Trabalho & Suporte Social	Sim	,112	50	,157	,942	50	,016
	Não	,301	6	,095	,886	6	,299
Remuneração	Sim	,106	50	,200 [*]	,950	50	,035
	Não	,249	6	,200 [*]	,899	6	,368
Segurança no Emprego	Sim	,136	50	,022	,917	50	,002
	Não	,217	6	,200 [*]	,904	6	,398
Status & Prestígio	Sim	,155	50	,004	,877	50	,000
	Não	,188	6	,200 [*]	,924	6	,532

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.81 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

		Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
A&P	Equal variances assumed	,693	,409	,957	54	,343	,62319	,65090	-,68178	1,92816	
	Equal variances not assumed			1,307	7,964	,228	,62319	,47667	-,47688	1,72326	
CT&S	Equal variances assumed	,525	,472	-,290	54	,773	-,17333	,59800	-1,37224	1,02558	
	Equal variances not assumed			-,360	7,257	,729	-,17333	,48182	-1,30453	,95786	
RPP&DO	Equal variances assumed	,007	,934	,932	54	,356	,56372	,60516	-,64954	1,77699	
	Equal variances not assumed			1,008	6,553	,349	,56372	,55944	-,77764	1,90508	
	Equal variances not assumed			4,488	20,982	,000	,94694	,21101	,50810	1,38578	
RT&SS	Equal variances assumed	,633	,430	,342	54	,734	,15548	,45526	-,75727	1,06823	
	Equal variances not assumed			,298	5,883	,776	,15548	,52229	-1,12872	1,43967	
R	Equal variances assumed	,011	,915	,133	54	,895	,15389	1,15986	-2,17150	2,47928	
	Equal variances not assumed			,138	6,405	,894	,15389	1,11385	-2,53040	2,83818	

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.
 RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.
 A&P – AUTONOMIA & PODER.
 CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.
 R – REMUNERAÇÃO.

Tabela 7.82 – Teste De Mann-Whitney

Test Statistics^b			
	Relação Profissional/Utente	Segurança no Emprego	Status & Prestígio
Mann-Whitney U	56,000	120,000	123,500
Wilcoxon W	77,000	141,000	144,500
Z	-2,462	-,797	-,708
Asymp. Sig. (2-tailed)	,014	,425	,479
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,012 ^a	,444 ^a	,492 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Se respondeu sim na questão anterior, o Sistema de Gestão da Qualidade encontra-se certificado segundo a norma ISO 9001?

XIII. INSTITUIÇÃO ACREDITADA

Tabela 7.83 – Teste da normalidade

Tests of Normality							
	A sua instituição é acreditada?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Sim	,098	48	,200*	,952	48	,048
	Não	,126	58	,023	,954	58	,027
Condições de Trabalho & Saúde	Sim	,127	48	,050	,900	48	,001
	Não	,083	58	,200*	,958	58	,044
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Sim	,090	48	,200*	,963	48	,128
	Não	,097	58	,200*	,963	58	,075
Relação Profissional/Utente	Sim	,148	48	,010	,830	48	,000
	Não	,160	58	,001	,858	58	,000
Relações de Trabalho & Suporte Social	Sim	,105	48	,200*	,968	48	,209
	Não	,083	58	,200*	,974	58	,244
Remuneração	Sim	,101	48	,200*	,956	48	,067
	Não	,117	58	,045	,963	58	,075
Segurança no Emprego	Sim	,165	48	,002	,903	48	,001
	Não	,142	58	,006	,939	58	,006
Status & Prestígio	Sim	,139	48	,021	,895	48	,000
	Não	,162	58	,001	,882	58	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.84 – Teste da homogeneidade de variâncias e teste t de student

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
A&P	Equal variances assumed	,274	,602	-1,363	104	,176	-,42849	,31430	-1,05176	,19479
	Equal variances not assumed			-1,376	103,078	,172	-,42849	,31143	-1,04613	,18916
CT& S	Equal variances assumed	1,391	,241	-2,115	104	,037	-,70223	,33198	-1,36055	-,04390
	Equal variances not assumed			-2,142	103,628	,035	-,70223	,32788	-1,35246	-,05200
RPP &DO	Equal variances assumed	,482	,489	-,694	104	,489	-,21825	,31453	-,84197	,40548
	Equal variances not assumed			-,700	102,993	,486	-,21825	,31178	-,83659	,40010
RT& SS	Equal variances assumed	,331	,566	-1,286	104	,201	-,28533	,22184	-,72525	,15458
	Equal variances not assumed			-1,290	101,303	,200	-,28533	,22124	-,72421	,15354

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.

RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.

A&P – AUTONOMIA & PODER.

CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.

Tabela 7.85 – Teste de Mann-Whitney

Test Statistics^a				
	Relação Profissional/Utente	Segurança no Emprego	Status & Prestígio	Remuneração
Mann-Whitney U	1365,000	1227,000	1381,000	1276,000
Wilcoxon W	2541,000	2403,000	2557,000	2452,000
Z	-,172	-1,050	-,070	-,737
Asymp. Sig. (2-tailed)	,864	,294	,944	,461

a. Grouping Variable: A sua instituição é acreditada?

XIV. MODELO DE ACREDITAÇÃO

Tabela 7.86 – Teste da normalidade

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Modelo de acreditação:	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia & Poder	Joint Commission International	,152	11	,200*	,969	11	,880
	King's Fund	,188	17	,111	,922	17	,161
	Outro	,134	15	,200*	,948	15	,489
Condições de Trabalho & Saúde	Joint Commission International	,198	11	,200*	,914	11	,271
	King's Fund	,193	17	,092	,847	17	,010
	Outro	,173	15	,200*	,905	15	,112
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Joint Commission International	,148	11	,200*	,957	11	,730
	King's Fund	,181	17	,144	,904	17	,080
	Outro	,185	15	,177	,940	15	,380
Relação Profissional/Utente	Joint Commission International	,224	11	,129	,878	11	,099
	King's Fund	,180	17	,145	,814	17	,003
	Outro	,188	15	,159	,870	15	,033
Relações de Trabalho & Suporte Social	Joint Commission International	,151	11	,200*	,976	11	,942
	King's Fund	,140	17	,200*	,952	17	,482
	Outro	,139	15	,200*	,971	15	,873
Remuneração	Joint Commission International	,221	11	,141	,881	11	,106
	King's Fund	,147	17	,200*	,943	17	,355
	Outro	,179	15	,200*	,926	15	,236
Segurança no Emprego	Joint Commission International	,196	11	,200*	,917	11	,296
	King's Fund	,287	17	,001	,775	17	,001
	Outro	,232	15	,029	,861	15	,025
Status & Prestígio	Joint Commission International	,173	11	,200*	,899	11	,179
	King's Fund	,134	17	,200*	,915	17	,120
	Outro	,210	15	,073	,800	15	,004

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 7.87 – Teste da homogeneidade de variâncias

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Autonomia & Poder	1,525	2	40	,230
Condições de Trabalho & Saúde	,189	2	40	,829
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	,563	2	40	,574
Relação Profissional/Utente	,683	2	40	,511
Relações de Trabalho & Suporte Social	2,410	2	40	,103
Remuneração	,097	2	40	,908
Status & Prestígio	2,194	2	40	,125

Tabela 7.88 – ANOVA

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Autonomia & Poder	Between Groups	7,012	2	3,506	1,512	,233
	Within Groups	92,734	40	2,318		
	Total	99,746	42			
Condições de Trabalho & Saúde	Between Groups	15,204	2	7,602	3,233	,050
	Within Groups	94,058	40	2,351		
	Total	109,262	42			
Realização Pessoal e Profissional & Desempenho Organizacional	Between Groups	10,023	2	5,012	2,180	,126
	Within Groups	91,976	40	2,299		
	Total	102,000	42			
Relação Profissional/Utente	Between Groups	8,548	2	4,274	3,348	,045
	Within Groups	51,072	40	1,277		
	Total	59,620	42			
Relações de Trabalho & Suporte Social	Between Groups	1,118	2	,559	,418	,661
	Within Groups	53,447	40	1,336		
	Total	54,565	42			
Remuneração	Between Groups	21,508	2	10,754	1,408	,256
	Within Groups	305,484	40	7,637		
	Total	326,991	42			
Status & Prestígio	Between Groups	14,588	2	7,294	3,809	,031
	Within Groups	76,587	40	1,915		
	Total	91,174	42			

Tabela 7.89 – Teste de Kruskal-Wallis

Test Statistics^{a,b}

Segurança no Emprego	
Chi-Square	,364
df	2
Asymp. Sig.	,834

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: modelo de acreditação

APÊNDICE 7 – CORRELAÇÃO ENTRE A SP GLOBAL E AS SUAS DIMENSÕES

Tabela 7.90 – Teste de normalidade

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
A&P	,074	158	,033	,959	158	,000
CT&S	,065	158	,096	,957	158	,000
RPP&DO	,063	158	,200*	,973	158	,004
RP/U	,119	157	,000	,868	157	,000
RT&SS	,077	158	,024	,975	158	,006
R	,092	157	,003	,964	157	,000
SE	,125	158	,000	,937	158	,000
S&P	,146	158	,000	,890	158	,000
Índice de SP global	,065	158	,200*	,986	158	,102

a. Lilliefors Significance Correction

S&P – STATUS E PRESTÍGIO.

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.

RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.

A&P – AUTONOMIA & PODER.

RP/U – RELAÇÃO PROFISSIONAL/UTENTE.

CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.

SE – SEGURANÇA NO EMPREGO.

R – REMUNERAÇÃO.

Tabela 7.91 – Teste de correlação de Spearman

		A&P	CT&S	RPP&DO	RP/U	RT&SS	R	SE	S&P	SP Global
A&P	ρ	1.000	0.683	0.833	0.622	0.571	0,493	0,482	0,566	0,830
	<i>p value</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	n		158	158	157	158	157	158	158	158
CT&S	ρ		1.00	0,676	0,572	0,576	0,432	0,524	0,498	0,786
	<i>p value</i>		.	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	n		158.00	158.00	157.00	158.00	157.00	158.00	158.00	158.00
RPP&DO	ρ			1.00	0,625	0,574	0,533	0,529	0,633	0,864
	<i>p value</i>			.	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	n			158.00	157.00	158.00	157.00	158.00	158.00	158.00
RP/U	ρ				1.00	0,513	0,295	0,426	0,479	0,668
	<i>p value</i>				.	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	n				157.00	157.00	156.00	157.00	157.00	157.00
RT&SS	ρ					1.00	0,368	0,507	0,389	0,685
	<i>p value</i>					.	0.000	0.000	0.000	0.000
	n					158.00	157.00	158.00	158.00	158.00
R	ρ						1.00	0,420	0,334	0,690
	<i>p value</i>						.	0.000	0.000	0.000
	n						157.00	157.00	157.00	157.00
SE	ρ							1.00	0,426	0,726
	<i>p value</i>							.	0.000	0.000
	n							158.00	158.00	158.00
S&P	ρ								1.00	0,681
	<i>p value</i>								.	0.000
	n								158.00	158.00
SP global	ρ									1.00
	<i>p value</i>									.
	n									158.00

S&P – STATUS E PRESTÍGIO.

RPP&DO – REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL & DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.

RT&SS – RELAÇÕES DE TRABALHO & SUPORTE SOCIAL.

A&P – AUTONOMIA & PODER.

RP/U – RELAÇÃO PROFISSIONAL/UTENTE.

CT&S – CONDIÇÕES DE TRABALHO & SAÚDE.

SE – SEGURANÇA NO EMPREGO.

R – REMUNERAÇÃO.