



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

MARIA DO ROSÁRIO MARQUES DA SILVA

WISEU, 2012



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

MARIA DO ROSÁRIO MARQUES DA SILVA

Tese de Mestrado realizada no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu sob orientação da Professora Doutora Rosa Martins, Professora Coordenadora

Viseu, 2012

RESUMO

As exigências do mercado de trabalho nas últimas décadas, vêm consumindo a energia física e mental dos trabalhadores, abalando a sua dedicação e motivação. Como consequência os níveis de desempenho e de produtividade, podem resultar numa insatisfação, que no caso dos enfermeiros, particularmente nos especialistas em reabilitação, podem mesmo reflectir-se na qualidade dos cuidados prestados. Nesta perspectiva, o objectivo geral deste estudo consiste em analisar a satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação e identificar as variáveis que interferem nessa satisfação.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, de corte transversal e retrospectivo. A amostra é do tipo não probabilístico acidental, constituída por 62 enfermeiros especialistas em reabilitação, a exercer funções em instituições de saúde do centro do país. O instrumento de colheita de dados integra, para além da caracterização sociodemográfica e profissional, o Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS), o Inventário Clínico de Auto-Conceito e o Índice Descritivo do Trabalho (JDI).

Resultados: O estudo mostra que as mulheres se encontram mais satisfeitas que os homens (76.2% 70.0%), contudo as diferenças não são significativas. À maior Idade corresponde maior grau de satisfação pelos Enfermeiros de Reabilitação, sendo a idade responsável por 6.7% da variância da satisfação profissional. Verificamos ainda que os enfermeiros que exercem funções especializadas, que só trabalham num único local, e que têm um contrato de trabalho por tempo indeterminado são os mais satisfeitos, contudo as diferenças encontradas não são significativas. Já os que praticam *Roulement* apresentam maior satisfação profissional face aos que trabalham em horário fixo, sendo as diferenças estatisticamente significativas.

Constatámos ainda que 3.2% dos participantes, está em burnout, tem uma média de auto-conceito de 70.08, sendo o valor médio do sexo masculino superior ao do sexo feminino. Os resultados obtidos evidenciam associação negativa com o auto-conceito.

Conclusão: Constatamos que a maioria dos enfermeiros especialistas se apresentam satisfeitos com o trabalho que realizam (74.2%), contudo 25.8% não se encontra nem satisfeito, nem insatisfeito. Apesar disso, pensamos que devem ser implementadas estratégias de intervenção que melhorem a satisfação no trabalho, promovam a saúde e o bem-estar dos enfermeiros de reabilitação, tendo também em vista a melhoria dos cuidados prestados.

Palavras chave: Satisfação profissional; Enfermeiros especialistas em Reabilitação; Burnout; Auto-conceito.

ABSTRACT

The demands of modern life and the labor market in recent decades have been consuming the physical and mental energy worker, shaking his dedication and motivation. As a consequence may decrease the levels of performance, productivity, result in dissatisfaction, and may even, in the case of nurses, particularly in rehabilitation specialists, reflected in the quality of care. In this context it is pertinent to identify levels of job satisfaction as well as the set of factors that impact on it.

General objective: Analyze the job satisfaction of nurses rehabilitation which variables may contribute to the different degrees of satisfaction.

Methodology: This is a quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional and retrospective. The sample is non probabilistic accidental, consisting of 62 nurse experts in nursing rehabilitation, exercise functions in health institutions in the center of the country. The tool integrates data collection, in addition to sociodemographic and professional, the Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS), the Clinical Inventory of Self-Concept and Description of Work Index (JDI). In the treatment statistic was used SPSS version 18.0 for Windows.

Results: Analysis of the completion of the instrument for collecting data, found that women are more satisfied compared to men (76.2% 70.0%), but differences are not significant between the sexes. In the higher age corresponds greater degree of satisfaction with the Rehabilitation Nurses, and age accounted for 6.7% of the variance in job satisfaction. The nurses who functions as a specialist service, which only work in one place, and have a contract of indefinite duration are the most satisfied, however the differences are not significant. 3.2% of the sample appears nursing with an average burnout and self-concept of 70.08, and the average value greater than the male female. Nurses who have a schedule type roulement have higher job satisfaction compared to those working in fixed time, the differences being statistically significant.

We ask that the variables that significantly influence job satisfaction are: age, time and type of self-concept. The results show a negative association with self-concept.

Conclusion: From the results, contrary to what was expected, we found that specialist nurses have to be satisfied with their work (74.2%), and 25.8% are neither satisfied nor dissatisfied. In short, should be implemented intervention strategies to improve job

satisfaction, promote health and well-being of nurses in rehabilitation, with a view to improving care, and studies should be conducted in this area with greater methodological rigor.

Keywords: Job satisfaction, Nurses Rehabilitation specialists, Burnout, Self-concept.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	I
ABSTRACT	II
ÍNDICE GERAL	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE QUADROS	IX
SIGLAS E ABREVIATURAS	XI

INTRODUÇÃO	1
------------------	---

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1 – TRABALHO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....	7
1.1 - O SIGNIFICADO DO TRABALHO.....	7
1.2 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....	8
1.3 - MODELOS TEÓRICOS DA MOTIVAÇÃO E DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....	15
1.3.1 – Teorias do Conteúdo	16
1.3.2 – Teorias do Processo	20
CAPÍTULO 2 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM	25
2.1 – PERSPECTIVANDO O CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	25
2.1.1 – Paradigma da Categorização	26
2.1.2 – Paradigma da Integração	27
2.1.3 – Paradigma da Transformação	28
2.2 – ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: História e Conteúdo Funcional.....	31
2.3 – SATISFAÇÃO E BURNOUT	35
2.4 – SATISFAÇÃO E AUTOCONCEITO	39

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA	45
1.1 – OBJECTIVOS.....	45
1.2 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	46
1.3 - HIPÓTESES	47
1.4 - VARIÁVEIS	48
1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	49
1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	50
1.7 – PROCEDIMENTOS	56
1.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO	57

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	61
2.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA	61
2.2 – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	63
2.3 – CARACTERIZAÇÃO PSICOLÓGICA	67
2.4 – CARACTERIZAÇÃO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	73
2.5 – SINTESE DOS RESULTADOS	82
CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO.....	85
3.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	85
3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	97
ANEXOS.....	107

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

ANEXO II – Autorização do Conselho de Administração do Hospital para aplicação do estudo

ANEXO III – Consistência Interna das Escalas

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Exemplo do Método Indirecto	13
Figura 2 – Exemplo do Método Directo	14
Figura 3 – Pirâmide de Maslow.....	17
Figura 4 – Comparação dos modelos de motivação de Maslow e de Herzberg.....	18
Figura 5 - Representação gráfica da articulação das variáveis	47
Figura 6 - Modelo esquemático de associação entre a Satisfação Profissional e as variáveis independentes, de acordo com valores significativos.....	84

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Principais medidas de satisfação no trabalho.....	14
Quadro 2 – Resumo Estrutural do Questionário	50
Quadro 3 – Distribuição dos Itens pelas Dimensões do Burnout	54
Quadro 4 – Factores do Auto-Conceito e respectivos Itens	56
Quadro 5 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros em função do sexo	61
Quadro 6 – Características sociodemográfica dos enfermeiros em função do sexo.....	62
Quadro 7 – Estatísticas relativas ao Tempo de serviço na profissão e enquanto especialista.....	63
Quadro 8 – Características profissional dos enfermeiros em função do sexo	64
Quadro 9 – Estatísticas relativas ao volume de trabalho e os motivos de ingresso na especialidade de Enfermagem de Reabilitação	66
Quadro 10 – Estatísticas relativas as escolhas dos Enfermeiros de Reabilitação.....	66
Quadro 11 – Estatísticas relativas ao autoconceito em função do sexo	67
Quadro 12 – Análise de regressão linear simples entre a idade e o Autoconceito	68
Quadro 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil, a formação académica e o Autoconceito	68
Quadro 14 – Teste de U de Mann Whitney entre as variáveis profissionais com o Autoconceito	69
Quadro 15 – Caracterização dos Profissionais de Saúde segundo as dimensões do <i>Burnout</i>	70
Quadro 16 – Análise de regressão linear simples entre a idade com as dimensões do <i>Burnout</i> ...	71
Quadro 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado Civil e as dimensões do <i>Burnout</i>	72
Quadro 18 – Análise de regressão linear simples entre o tempo de serviço enquanto especialista com as dimensões do <i>Burnout</i>	72
Quadro 19 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do sexo.....	73
Quadro 20 – Caracterização da Satisfação com o Trabalho (nota global) em função do Sexo	74
Quadro 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do estado civil	75
Quadro 22 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Formação Académica.....	75
Quadro 23 – Análise de regressão linear simples entre nota global da Satisfação com o Trabalho com a idade, tempo de serviço na profissão e tempo de serviço enquanto especialista	76

Quadro 24 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função da variável exerce funções de especialista	77
Quadro 25 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função da variável exerce trabalha noutra local	77
Quadro 26 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Tipo de Vinculo	78
Quadro 27 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Tipo de Horário	79
Quadro 28 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Horário de Trabalho.....	80
Quadro 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Volume de trabalho e o motivo pelo ingresso na especialidade de reabilitação	81
Quadro 30 – Análise de regressão linear simples entre nota global da Satisfação com o Trabalho com o Autoconceito, e as dimensões do Burnout	81

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARN	Association of Rehabilitation Nurses
Art.	Artigo
Dp	Desvio padrão
EP	Erro padrão
INE	Instituto Nacional de Estatística
JDI	Job Descri
K	Curtose
KW	Kruskal-Wallis
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory-General Survey
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
<i>p</i>	Significância Estatística
<i>r</i>	Coefficiente de Correlação de Pearson
R	Amplitude amostral
SK	Skewness
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>t</i>	Teste <i>t</i> de <i>Student</i>
UMW	U-Mann Whitney
WHO	World Health Organization
X²	Qui-quadrado
CV	Coefficiente de Variação
Vs	Versus
cf	conforme
Res	Residual

INTRODUÇÃO

Nos dias actuais, o desgaste físico e emocional relacionado ao trabalho pode ser considerado uma epidemia entre trabalhadores de várias profissões. A questão da insatisfação e do burnout ganharam relevo, nos últimos anos, em contextos organizacionais, nos quais é valorizada a sua prevenção como determinante do sucesso profissional. Neste sentido, muitos estudos têm sido realizados com o objectivo de identificar os factores geradores de insatisfação profissional e/ou burnout no trabalho, visando implementar estratégias organizacionais para aumentar a satisfação dos trabalhadores, manter o seu equilíbrio psicossocial, melhorando, os níveis de desempenho, e de produtividade e, no caso particular dos Enfermeiros, pretende-se ainda uma melhoria na qualidade de cuidados prestados aos utentes.

De facto as exigências da vida moderna e do mercado de trabalho nas últimas décadas, a par das políticas instituídas recentemente vêm consumindo a energia física e mental dos trabalhadores, abalando o seu compromisso, a sua dedicação e tornando-os descrentes quanto às suas conquistas e à satisfação no trabalho.

Ao longo da História da Humanidade, o trabalho foi ganhando uma importância cada vez maior, não só para o indivíduo, mas também para as organizações, representando, na actualidade, o factor determinante no grau de desenvolvimento das sociedades. Esta importância tornou-se mais evidente após as transformações socioeconómicas que se deram, fundamentalmente nestes dois últimos séculos, na sequência da revolução industrial. Actualmente, o trabalho atingiu a dimensão e o espaço que faz com que seja o mais importante regulador da organização social.

Em termos individuais, podemos afirmar que o trabalho deixou de ser fundamentalmente um meio de sobrevivência, assumindo-se, também, como um meio de realização pessoal e de integração social, contribuindo significativamente para a satisfação. O tipo de vida que cada um tem, a forma como se relaciona e se integra na sociedade depende, cada vez mais, do tipo de trabalho que realiza e do sucesso do seu desempenho. Neste sentido, e tendo em consideração o tempo ocupado na nossa vida com o trabalho, é importante que este seja motivador e proporcione um nível de satisfação que contribua para o bem-estar global do ser humano.

A Enfermagem, designadamente a Enfermagem de Reabilitação, é uma profissão de relação, que lida diariamente com utentes com incapacidades, com familiares em stress, o que pode gerar situações de conflitos. Estes, geridos positivamente reforçam o cuidado em parceria, contudo em atitudes menos assertivas ou o recurso a estilos de gestão de conflitos

menos construtivos, potenciam as diferenças e os desentendimentos entre as partes, aumentando o *stress* ocupacional, com consequentes repercussões graves na satisfação destes profissionais.

Esta situação é muitas vezes agravada pelo facto destes profissionais não serem preparados para lidar com estas exigências emocionais contribuindo deste modo, para aumentar o risco de esgotamento profissional. A necessidade de desenvolver competências e habilidades para um trabalho em equipa, onde se incluem profissionais, utentes e famílias, convivendo lado a lado com as diversidades culturais, sociais e económicas das pessoas envolvidas, é um desafio que se coloca diariamente aos enfermeiros especialistas.

De facto é frequente ouvirmos os profissionais de enfermagem referir graus de insatisfação crescente, quer pelo tipo de cuidados que prestam, quer pelos recursos materiais e humanos de que dispõem, quer mesmo pelas relações que estabelecem com a organização, com os utentes ou com os restantes membros da equipa multidisciplinar

A realização de um estudo sobre a satisfação laboral dos enfermeiros especialistas em reabilitação, bem como a caracterização do trabalho e dos seus contextos permitem-nos conhecer, não só a realidade por eles vivida no local de trabalho, mas também identificar as variáveis independentes que mais influenciam a sua satisfação. Na revisão por nós feita, constatámos que os estudos direccionados para esta população são escassos ou mesmo inexistentes, tanto a nível nacional como internacional. Neste sentido, foi nosso intuito, contribuir para o esclarecimento da problemática em estudo, pretendendo entender quais os aspectos mais valorizados como determinantes da satisfação profissional dos enfermeiros especialistas em reabilitação, bem como explorar as possíveis relações existentes passíveis de influenciar essa percepção e deste modo contribuir para o aumento do conhecimento científico.

Face a estes pressupostos, levantámos a seguinte questão de investigação: “*qual é a satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação no seu desempenho diário?*”

Para dar resposta a esta questão, delineamos o seguinte **objectivo geral**:

- Analisar a satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação, e as variáveis que poderão contribuir para os diferentes graus de satisfação;

Objectivos específicos:

- Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e profissionais;
- Identificar a Satisfação Profissional dos enfermeiros de reabilitação;
- Avaliar o seu auto-conceito e o *burnout*;
- Analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais e a Satisfação Profissional;

- Verificar em que medida as variáveis psicológicas (auto-conceito e burnout) têm efeito significativo na Satisfação Profissional dos enfermeiros especialistas.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Uma primeira constituída por uma revisão bibliográfica, ou fundamentação teórica que aborda o trabalho e a satisfação profissional; a enfermagem de reabilitação, o burnout e o autoconceito. A segunda parte descreve as diversas etapas da investigação empírica.

Compreender o fenómeno da satisfação profissional torna-se particularmente pertinente na medida em que a compreensão do mesmo poderá indicar estratégias de promoção da mesma e conseqüentemente de redução dos níveis de burnout existentes na profissão, facilitando a promoção e implementação de estratégias que visem o bem-estar, a motivação pessoal, a satisfação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e, previsivelmente, uma melhoria na qualidade de cuidados de reabilitação prestados ao utente.

PARTE I
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1 - TRABALHO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O tema da satisfação relacionada com o trabalho associa-se, à esfera individual do trabalho, ao seu bem-estar físico e emocional, à qualidade de vida e à esfera organizacional. É de especial importância no campo da enfermagem, pois bem-estar e qualidade de vida no trabalho são factores que influenciam directa, positiva ou negativamente, a qualidade dos cuidados de enfermagem.

1. 1 - O SIGNIFICADO DO TRABALHO

De acordo com o que é definido por qualquer dicionário de língua portuguesa, “Trabalho” significa *“exercício de actividade humana, manual ou intelectual, produtiva”; “serviço”; “lida”; “produção”; “labor”, “maneira como alguém trabalha”*. “Trabalhar” é *“exercer alguma profissão”; “dar determinada forma a”; “fazer com arte”, “labutar”; “empenhar-se”; “executar alguma tarefa”; “desempenhar as suas funções”*.

O Trabalho, segundo consta do Dicionário da Língua Portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa (2001), é, em etimologia latina, *“Tripalium”* um instrumento de tortura formado de três paus. Segundo Francés (1984), a Bíblia apresenta o Trabalho como uma condenação divina dada ao homem como punição do seu pecado original. É um termo que evoca justamente o incómodo e a tortura. O trabalho era, portanto, justificado por uma necessidade imperiosa ou então como um motivo de orgulho do qual o indivíduo obtém uma espécie de satisfação quando a sua religião o consagra como um bem que se conquista na terra.

Os avanços tecnológicos, a instabilidade de carreiras, o aumento da especificidade das tarefas e a diminuição da influência da Igreja Católica na sociedade civil, conduziram a uma abordagem mais ampla do conceito de trabalho: *“concentração e ocupação das faculdades e aptidões humanas, naturais e adquiridas, num processo de aplicação que visa a concretização de um objectivo específico nos diversos domínios da produção, socialmente relevantes”* Dicionário (2001).

A nossa predisposição para o trabalho pode ser um condicionante da satisfação e induzir ao absentismo. Se não sentimos motivação para trabalhar, com toda a certeza a vontade de nos deslocarmos para o local de trabalho já é factor perturbador, podendo originar absentismo e desmotivação, que alteram o rendimento profissional. Por outro lado, mesmo que a nossa profissão tenha sido a primeira escolha, em algum momento da actividade profissional já nos questionámos sobre se a decisão foi a mais sensata.

O trabalho representa um espaço que possibilita ao indivíduo um aumento da auto-estima e de realização pessoal, fomentando progressivamente a sua autonomia, independência e conseqüentemente a sua satisfação profissional (SECO, 2000).

1.2 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Apesar de alguns autores considerarem a existência de diferenças entre satisfação profissional e satisfação no trabalho, no âmbito deste estudo serão utilizados um e outro termo com o mesmo significado.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa (2001), “satisfação” significa acção de por termo a um desejo, a uma necessidade; acto de satisfazer ou satisfazer-se; contentamento, alegria, aprazimento; “sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja ou do bom êxito de qualquer actividade”.

Várias definições propostas para o conceito foram sendo actualizadas e aperfeiçoadas ao longo do tempo. Lawler, citado por Marques (2007), diz que a satisfação com o trabalho é, essencialmente, uma medida de qualidade de vida no trabalho e está relacionada com estados emocionais. É um estado emocional expresso através da avaliação afectiva e/ou cognitiva de uma experiência da trabalho.

De acordo com Locke (1976), citado por SANTOS (2005), a satisfação profissional é “um estado afectivo positivo *resultante da apreciação do emprego ou das experiências ligadas ao emprego*”. RODRIGUES (1995), define a satisfação no trabalho como um indicador dos sentimentos de realização pessoal e de participação no sistema através do trabalho, um estado emocional positivo face ao trabalho e às experiências nesse contexto. GRAÇA (1999) refere que a satisfação profissional resulta da avaliação periódica que cada trabalhador faz, de forma instantânea e empírica, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais. Considera ainda que é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe é justo ou está de acordo com aquilo que esperava obter; um importante indicador do clima organizacional e da avaliação das organizações.

Poder-se-á compendiar dizendo que a satisfação profissional pode ser definida como um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalho, uma atitude positiva relativamente ao trabalho ou a percepção do indivíduo de que o trabalho satisfaz as suas expectativas.

O fundamento histórico para a investigação sobre a satisfação no trabalho radica nos estudos de Elton Mayo, nos anos 1930, na Western Electric Company, ao revelarem a

componente emocional e afectiva da natureza humana na situação de trabalho que o levaram a concluir que os trabalhadores satisfeitos produzem mais, encontrando-se a satisfação dependente das boas relações com os colegas de trabalho, da sua identificação com o grupo e do sentimento de que os objectivos pessoais se encontram inter-relacionados com os da organização - Teoria das relações humanas.

A temática satisfação profissional passou a reunir o interesse dos teóricos, investigadores e gestores a partir do momento em que se começou a valorizar o lado humano nas organizações, coincidente com a crise do Taylorismo que preconizava que o rendimento da empresa dependia, essencialmente, da quantidade de dinheiro ganho pelos trabalhadores e da possibilidade de aquisição de determinados bens, porque é relacionada à produtividade da empresa e à realização pessoal dos empregados (SANTOS *et al*, 2006). Mas só nos finais desse século, a satisfação no trabalho conseguiu a implantação e a importância que agora lhe é atribuída. Hoje, é uma ferramenta importante de gestão de recursos humanos (CERDEIRA, 2010).

A satisfação no trabalho tem sido uma questão amplamente estudada pela importância que tem em termos individuais, de grupo e sociais. Muitos têm sido os trabalhos realizados sobre a problemática da satisfação no sentido de identificar, por um lado, o que mais a influencia e, por outro, as consequências que advêm do grau de satisfação que o indivíduo experimenta no seu trabalho. As conclusões, que não são de forma alguma definitivas, permitem, no entanto, perceber que são inúmeras as variáveis envolvidas.

As instituições de saúde são consideradas sistemas organizacionais complexos, compostos por departamentos e serviços cujo funcionamento pode implicar cenários diferentes, situações stressantes e condições adversas para os seus profissionais, em especial, os Enfermeiros (MARTINS, 2003). Independentemente do tipo de prática, ambiente de trabalho ou país, os enfermeiros partilham um atributo que os define: são profissionais empenhados que abraçam uma filosofia holística de cuidados. Esta característica, talvez mais do que qualquer outra, modela as suas expectativas e enquadra-se nos ambientes de trabalho desafiadores de hoje em dia. (BAUMANN, 2007)

No entanto, os sistemas de saúde a nível mundial são cada vez mais afrontados, deparam-se com uma gama crescente de necessidades de saúde e restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços para fortalecer as infra-estruturas e forças do trabalho, resultando numa crise marcada por uma carência crítica de enfermeiros, logo, gera-se um conflito entre a responsabilidade profissional e a prestação de cuidados adequados aos utentes.

A actividade profissional pode proporcionar diferentes graus de satisfação, dependentes da forma e do meio no qual o profissional desempenha a tarefa, afectando o bem-estar físico e mental dos profissionais e a qualidade do trabalho produzido (DIAS *et al.*,

2010). Como a actividade profissional é uma dimensão importante para a maioria dos indivíduos, é importante que satisfação e bem-estar existam, para que o trabalhador se sinta motivado e seja eficiente.

De acordo com a maioria dos autores que investigaram a satisfação profissional, algumas condições no trabalho são imprescindíveis para o bem-estar social e psicológico laboral:

- Ausência de pressões no trabalho;
- Segurança no emprego e segurança no local de trabalho;
- Bom apoio social por parte dos colegas e gestores, bem como acesso a oportunidades de formação e desenvolvimento profissional;
- Trabalho com significado;
- Um elevado nível de influência (autonomia, controlo sobre o planeamento de horários, liderança);
- Um equilíbrio entre o esforço e a recompensa.

A liberdade de actuar de forma autónoma e responsável, relacionada com o seu âmbito de actuação, é consistentemente relacionada com a satisfação profissional dos enfermeiros (BAGULEY 1999 cit. por Baumann 2007).

O panorama social e económico atual, com diminuição de salários, obrigando por vezes o profissional a ter mais de um vínculo laboral, a desigualdade social, a violência, entre outros, também contribuem para a grande susceptibilidade do enfermeiro ao stress e à insatisfação. Porém, não são os únicos factores a serem considerados na análise e compreensão do stress ocupacional do enfermeiro.

Dentre estas características, pode-se citar: a fragmentação e normalização na execução de técnicas; o trabalho por turnos; a rotatividade de horários; a exigência de conhecimentos técnicos científicos atualizados; o contato constante com a dor, sofrimento e morte; as atividades burocráticas cada vez maiores; o excesso de responsabilidades pelas suas ações e da equipe; a necessidade do domínio de habilidades no relacionamento interpessoal e as dificuldades relacionadas às condições precárias de atendimento (falta de pessoal qualificado, déficit de materiais básicos para a assistência, condições ambientais tóxicas e sobrecarga de trabalho).

Aliada a estas características, o pouco status profissional que a enfermagem possui a torna pouco atrativa e com uma remuneração inadequada frente às responsabilidades e formação exigidas.

As ações burocráticas realizadas diariamente pelos enfermeiros consomem cada vez mais o seu tempo e os distanciam do gerenciamento do cuidado, o que pode ser verificado pela dificuldade encontrada por estes profissionais para execução da sistematização da assistência de enfermagem. Aliado a este fator, tem-se o número reduzido de profissionais

de nível médio (técnicos operacionais) que reforça a assistência instrumental em detrimento da assistência individualizada.

Segundo SOARES (2007), o indivíduo satisfeito encontra-se com maior capacidade de resposta face às solicitações do meio envolvente. A satisfação e as suas diversas dimensões têm sido reconhecidas como parte integrante dos cuidados, nomeadamente nos resultados de saúde o que, como tal, constitui um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A preocupação dos governantes com a satisfação profissional está reflectida na Lei de Bases da Saúde. É um dos quatro critérios de avaliação periódica do SNS, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios. A avaliação da satisfação dos profissionais é, cada vez mais, um imperativo para qualquer organização de saúde, sendo um elemento fundamental para avaliar a qualidade das instituições, o desempenho dos seus profissionais e, consecutivamente, a satisfação dos utentes (Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto).

Com base na revisão de algumas ferramentas de avaliação da satisfação profissional, Spector (1997) resume algumas *dimensões da satisfação profissional*, nomeadamente, as relações interpessoais no trabalho, as condições de trabalho, a natureza do trabalho e da organização, as políticas e procedimentos da organização, a remuneração, o crescimento pessoal, as oportunidades de promoção, o reconhecimento, a segurança e a supervisão.

Locke (citado por ALCOBIA, 2002) identifica nove dimensões no que toca à satisfação profissional: a satisfação com o trabalho, a satisfação com o salário, a satisfação com as promoções, a satisfação com o reconhecimento, a satisfação com os benefícios, a satisfação com a chefia, a satisfação com os colegas de trabalho, a satisfação com as condições do trabalho e a satisfação com a organização e com a direcção. A satisfação com o trabalho integra o interesse intrínseco do trabalho, a variedade do trabalho, as oportunidades de aprendizagens, a dificuldade, a quantidade de trabalho, as possibilidades de êxito ou de controlo sobre os métodos. A satisfação com o salário considera a componente quantitativa da remuneração e a forma como é distribuída pelos empregados (equidade). A satisfação com as promoções integra as oportunidades de formação e outros aspectos de base que dão suporte à promoção. A satisfação com o reconhecimento contempla elogios ou críticas ao trabalho realizado. A satisfação com os benefícios abarca aspectos tais como pensões, seguros de doença e férias. A satisfação com a chefia inclui o estilo de liderança ou as capacidades técnicas e administrativas da chefia e, ainda, qualidades ao nível do relacionamento interpessoal. A satisfação com os colegas de trabalho envolve as competências destes, o apoio que presta, a amizade que manifestam. O

trabalho de grupo, o cumprimento de horários e de objectivos previamente definidos, podem ser compensadores no desempenho de qualquer profissão. Se a isto associarmos o desempenho de tarefas complexas e aliciantes, podem estar reunidas condições para uma elevada satisfação. A satisfação com as condições do trabalho respeita, por exemplo, ao horário, aos períodos de descanso, ao local de trabalho e aos aspectos ergonómicos. Na satisfação com a organização e direcção destacam-se as políticas de benefícios e salários.

Ferreira (2011) ao construir um questionário para avaliar a grau de satisfação no trabalho dos enfermeiros, efectuou um levantamento das causas de insatisfação desses profissionais, agrupando-as em quatro grandes dimensões: incentivos, relações humanas, carreira e aspectos estruturais.

Um estudo sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego, efectuado por Quintela e Santos (1996), referem que a satisfação surge nas dimensões, clima organizacional, considerações profissionais, posição sócio-profissional e realização profissional, enquanto que a insatisfação dos enfermeiros se encontra nas dimensões condições de trabalho, remuneração e relação com os superiores hierárquicos.

Blegen (1993) efectuou uma análise de 48 estudos envolvendo 15.048 enfermeiros dos Estados Unidos da América, do Canadá e de outros países não especificados, tendo concluído que existia uma relação directa entre o salário e a satisfação no trabalho. Na perspectiva da organização dos cuidados, concluiu que a rotinização no trabalho tem merecido muita atenção pois influencia negativamente a satisfação no emprego. A autora refere que variáveis como a idade e o *locus* de controlo têm uma moderada a baixa correlação com a satisfação no trabalho e que o tempo de exercício profissional tem uma muito baixa correlação.

No estudo efectuado por Gonçalves (1998) sobre a satisfação profissional dos enfermeiros especialistas, encontrou entre os diversos resultados, a inexistência de uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos, contudo parece existir um maior grau de satisfação profissional nos homens relativamente às mulheres. No que diz respeito à categoria profissional a autora não encontrou diferenças estatisticamente significativas.

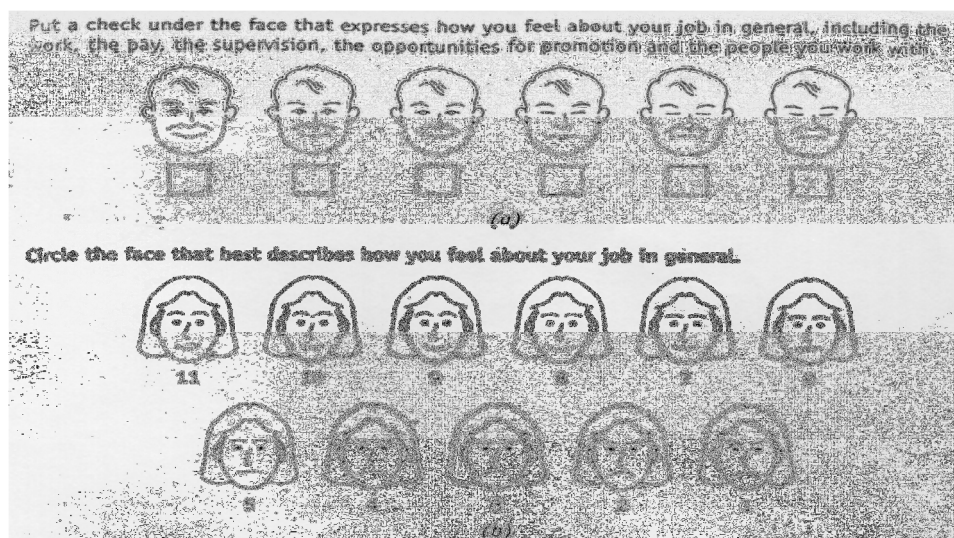
André e Neves (2001) efectuaram um estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros em Serviços de Urgência dos Açores tendo concluído que o baixo vencimento, a baixa responsabilização/participação e a ausência de informação de retorno, são factores de não satisfação na população estudada. Este facto, leva a que os níveis de não satisfação diminuam gradualmente à medida que se ascende na categoria profissional, por aumento da responsabilização, informação de retorno e do vencimento.

Num estudo realizado por Santos *et al.*, (2006), no Hospital de Egas Moniz, com uma amostra de 190 enfermeiros sobre a satisfação no trabalho na instituição, concluíram que

nas dimensões, remuneração, condições de trabalho e exercício profissional os resultados eram negativos enquanto que na realização pessoal e profissional, relação com superiores hierárquicos e relação interdisciplinar eram positivos.

Segundo Harpaz (1983, cit. por PEREIRA, 2005), os métodos utilizados para medir a satisfação no trabalho categorizam-se em métodos directos e métodos indirectos. Relativamente aos métodos directos, destaca-se a utilização do questionário como aquele que mais frequentemente tem vindo a ser utilizado. Este instrumento de medição da satisfação no trabalho permite recolher informação ao nível das atitudes dos inquiridos em relação a múltiplas dimensões do trabalho. Na prática, os indivíduos podem responder, na maioria dos casos, escolhendo uma de várias opções apresentadas sob a forma de uma escala de cotação. Outros métodos directos utilizados são a entrevista, as escalas de diferenciadores semânticos, o método dos incidentes críticos, e a comparação de pares. Quanto aos métodos indirectos, os mais utilizados, assentam em técnicas projectivas (por exemplo, escalas de rostos de pessoas, interpretação de desenhos, completar frases). O indivíduo ao interpretar os desenhos ou ao completar as frases está, sem o saber, a revelar as suas atitudes. Os métodos indirectos, apresentam como vantagens a facilidade da sua utilização e a minimização do enviesamento na recolha da informação, contrapondo-se ao formalismo da estrutura patente nos métodos directos, têm contudo um conjunto de inconvenientes como sejam, a subjectividade das interpretações e a dificuldade de quantificação das respostas.

Figura 1 – Exemplo do método Indirecto



Fonte: PEREIRA (2005) Dissertação de Mestrado em Gestão Estratégica e Desenvolvimento do Turismo: "Satisfação no Trabalho: uma aplicação ao sector hoteleiro da ilha de São Miguel"

Figura 2 - Exemplo do método Directo

Totalmente satisfeito
Totalmente insatisfeito

1 2 3 4 5 6

- O seu trabalho em geral: -----

1 - Totalmente satisfeito	4 - Relativamente insatisfeito
2 - Bastante satisfeito	5 - Bastante insatisfeito
3 - Relativamente satisfeito	6 - Totalmente insatisfeito

Quadro 1 – Principais medidas de satisfação no trabalho

Medida de satisfação no trabalho	Autoria
Job Diagnostic Survey - JDS	Hackman e Oldham (1975)
Job in General Scale - JIG	Ironson <i>et al.</i> (1989)
Job Satisfaction Survey - JSS	Spector (1985)
Job Descriptive Index – JDI	Simth, Kendall e Hulin (1969)
Minnesota Satisfaction Questionnaire – MSQ	Weiss, Dawis, England e Lofquist (1967)
Escala da Satisfação de Porter	Porter (1962)
Escala de Satisfação Geral no Trabalho – ESGT	Barton (1992)

Pelos conceitos apresentados constata-se que a satisfação profissional é um fenómeno muito complexo. Trata-se de um constructo que visa dar resposta a um estado emocional ou a uma atitude face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho. A satisfação profissional é apresentada pela generalidade dos especialistas como um sentimento e forma de estar perante a profissão.

Sentir que o trabalho é importante, possuir as condições materiais e emocionais necessárias para exercê-lo com autonomia e segurança, além do reconhecimento público pelo que se faz são qualidades indispensáveis para garantir a motivação, compromisso e produtividade.

1.3 – MODELOS TEÓRICOS DA MOTIVAÇÃO E DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

São imensas as teorias que se têm desenvolvido no furor da compreensão da satisfação profissional. O facto de terem sido desenvolvidos inúmeros estudos nesta área, faz com que a classificação e organização dos mesmos se encontre dificultada.

Atendendo ao facto das teorias desenvolvidas se encontrarem estritamente correlacionadas com as teorias da motivação no trabalho e também por uma questão de sistematização, optámos, neste estudo, por seguir o critério desenvolvido por Locke (1976, cit. por SANTOS, 2005), que distingue entre conceptualizações mais focalizadas no conteúdo e as de natureza mais processual:

- As teorias de conteúdo que visam especificar as necessidades importantes para o indivíduo satisfazer, para que se sinta realizado no trabalho. Nesta categoria enquadram-se: a pirâmide das necessidades de Maslow, a teoria dos dois factores de Herzberg e a teoria das necessidades aprendidas de McClelland;

- As teorias processuais segundo as quais motivação e satisfação profissionais têm a ver com o facto do indivíduo percepcionar que desempenha um trabalho que permite a concretização dos seus valores ou objectivos. Enquadram-se nesta categoria: os modelos expectativa-valor, as teorias da discrepância, a teoria da adaptação ao trabalho e o modelo das características do trabalho.

Apesar da estreita relação entre as teorias desenvolvidas para estudar a satisfação profissional e as teorias da motivação no trabalho, importa ressaltar que não descrevem exactamente o mesmo processo. A satisfação no trabalho define-se em termos de respostas afectivas, enquanto que a motivação para o trabalho se refere às avaliações sobre a

importância do trabalho e dos resultados esperados para o indivíduo (BRAVO, PEIRÓ & RODRIGUEZ, 1996, cit. por GREGÓRIO, 2008).

Noutra distinção, satisfação refere-se ao sentimento do sujeito pelo alcance ou não dos resultados pretendidos, enquanto que a motivação profissional diz respeito aos factores que levam o sujeito a agir em contexto laboral, no sentido de alcançar determinados objectivos (JESUS, 1996, cit. por GREGÓRIO, 2008).

1.3.1 – Teorias de Conteúdo

As teorias de conteúdo procuram compreender os fenómenos internos ou necessidades intrínsecas que conduzem cada indivíduo a adoptar determinado tipo de comportamento, centrando o enfoque no objecto da motivação, isto é, no impulso que conduz o indivíduo a adoptar um determinado comportamento específico. Pressupõe-se que o indivíduo possui determinadas necessidades intrínsecas, capazes de gerar impulsos que o induzem a agir, com o objectivo de satisfazer essa necessidade (FERREIRA, NEVES e CAETANO, 2001).

Hierarquia das Necessidades de Maslow

Em 1943 o psicólogo Abraham Maslow formulou o seu conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano. Esta teoria representa um modelo clássico de grande aceitação e que por tal facto tem servido de base a inúmeros estudos relacionados com a satisfação profissional.

Para Maslow (1954, cit. por GREGÓRIO, 2008) os indivíduos são motivados a adoptar determinado tipo de comportamento mediante uma hierarquia de necessidades humanas individuais. Segundo ele, as pessoas estariam motivadas por cinco níveis de necessidades que constituem uma hierarquia e que representou numa pirâmide que ficou conhecida como Pirâmide de Maslow.

Figura 3 – Pirâmide de Maslow



Fonte: <http://info.mega6.com.br/2011/motivacao-e-a-teoria-de-maslow/>

Assenta nos pressupostos de que os cinco níveis de necessidades são comuns a todos os indivíduos, que as mesmas se agrupam segundo uma hierarquia, que as necessidades motivam as pessoas e influenciam o seu comportamento e que, enquanto as necessidades básicas não estiverem razoavelmente satisfeitas, não haverá lugar à satisfação das necessidades de nível superior.

GRAÇA (1999), em estudos efectuados envolvendo profissionais de saúde, verificou que os enfermeiros se encontram satisfeitos ao nível das necessidades mais baixas e insatisfeitos no que diz respeito às necessidades mais elevadas.

Seria então desejável que as políticas administrativas fomentassem e promovessem a satisfação nos níveis hierárquicos superiores, sobretudo a nível do reconhecimento e da auto-actualização de docentes e enfermeiros para que uns e outros melhorem a competência e elevem a estima por si próprios e pelos outros.

Esta teoria que representa um contributo significativo para a compreensão da motivação humana é frequentemente aceite como adequada e é a mais utilizada em investigações relativas à satisfação e motivação dos indivíduos. No entanto, é muito limitada quanto à sua evidência empírica. Para Ferreira (2001) as limitações desta teoria relacionam-se também com uma confusão entre valores (que mediante o contexto social, diferem de pessoa para pessoa) e necessidades (inatas e universais).

Por outro lado, esta teoria pode gerar alguma insatisfação pois, uma vez satisfeitas as necessidades, as recompensas terão que ser cada vez maiores para manter o mesmo nível de satisfação. Os incentivos serão sempre insuficientes e geradores de insatisfação quando o indivíduo estiver próximo da saciedade (FREDERICO, 2006).

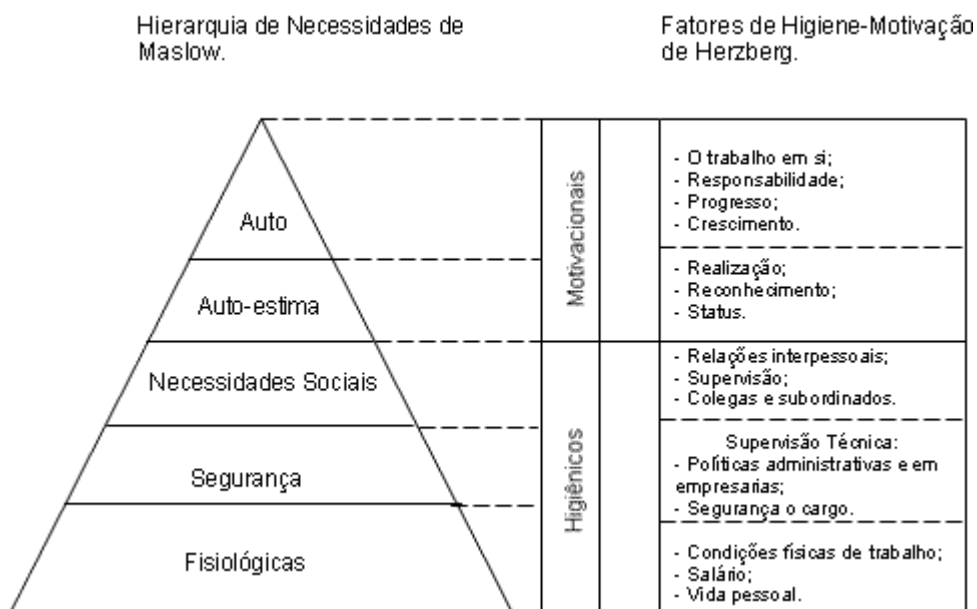
Teoria dos Dois Factores de Herzberg

Este autor considerou que a teoria apresentada por Maslow era desadequada para o estudo da motivação no entanto, uma e outra acabam por apresentar muitos pontos comuns, existindo mesmo autores que têm procurado fazer corresponder as *necessidades* de Maslow aos *factores* de Herzberg (JESUS, 1996, cit. por GREGÓRIO, 2008).

Na óptica de Chiavenato (2000), a teoria de Herzberg indica que os factores motivadores devem ser promovidos pelos gerentes para manter a sua equipa motivada, a capacidade de manter tais factores depende da satisfação no trabalho e o envolvimento de cada colaborador.

No respeitante às causas da insatisfação, Herzberg e seus colaboradores verificaram que estas se relacionavam predominantemente com factores extrínsecos ao trabalho (periféricos à actividade profissional), designaram-nos de factores higiénicos e são: a organização da empresa, o estilo de liderança, as relações interpessoais, o salário e as condições de trabalho. Estes factores relacionam-se com os níveis inferiores propostos por Maslow, tal como se pode ver na representação esquemática da figura seguinte.

Figura 4 - Comparação dos modelos de motivação de Maslow e Herzberg



Fonte: Fachada, 2003, p. 105

Herzberg propõe então que o oposto de satisfação profissional não é a insatisfação, mas sim a ausência de satisfação ou a não satisfação profissional.

O trabalho de Herzberg veio trazer novos contributos ao desenvolvimento das investigações sobre a motivação, especialmente pela distinção feita entre os dois factores (extrínsecos e intrínsecos), conseguindo assim que se falasse de motivação intrínseca quando o indivíduo trabalha com o objectivo de obter satisfação ligada ao desempenho da tarefa e motivação extrínseca, quando o indivíduo trabalha por recompensas exteriores à tarefa.

Teoria das Necessidades Aprendidas de McClelland

McClelland fundamenta a sua teoria na existência de três necessidades fundamentais que variam de pessoa para pessoa, no respeitante ao grau e frequência com que contribuem para a própria motivação profissional. São elas as necessidades: de realização, de poder e de afiliação.

Segundo McClelland (1965 cit. por GREGÓRIO, 2008), indivíduos com elevada necessidade de realização, orientam o seu comportamento no sentido de desempenharem as suas tarefas de forma excelente. Estas pessoas que tentam ser bem sucedidas em situações de competição, procuram a realização pessoal através das altas performances do seu desempenho.

Relativamente às necessidades de poder, os indivíduos cujos comportamentos se sustentam nesta necessidade, tendem a controlar e exercer uma forte influência sobre os comportamentos dos outros, valorizando o prestígio e estatuto pessoais, em detrimento dum desempenho profissional eficaz e satisfatório.

No que se refere à necessidade de afiliação, refere o autor que esta parece motivar o comportamento profissional dos indivíduos, que quando fortemente motivados por esta necessidade, privilegiam as situações em que a cooperação e a mútua compreensão sejam dominantes, em detrimento de situações de elevada competitividade.

Também as necessidades de afiliação parecem imprescindíveis por se tratarem de profissões de relações humanas em que os relacionamentos interpessoais assumem contornos importantes.

A teoria proposta por Maslow, revela-se extremamente útil na compreensão das necessidades dos indivíduos, enquanto que a teoria proposta por Herzberg assume particular relevância na identificação dos incentivos que permitem satisfazer as referidas necessidades. Por outro lado, McClelland admitiu a existência de diferenças intra e inter-individuais, salientando a importância assumida pela aprendizagem na identificação das necessidades.

1.3.2 – Teorias do Processo

As teorias processuais surgem nos anos 60 na tentativa de explicação dos processos inerentes à construção da satisfação profissional, recorrendo para isso à compreensão dos processos cognitivos intrínsecos a cada indivíduo, procurando compreender a forma como o comportamento é estimulado, como é dirigido e como termina, analisando cada pessoa individualmente, procurando segundo Santos (2001, cit. por GREGÓRIO, 2008) *“visualizar não tanto a realização de determinadas necessidades através do trabalho ... mas sobretudo conhecer as expectativas e os valores que o indivíduo tem acerca do mesmo, bem como a orientação seguida pelo comportamento”*.

Teoria das Expectativas

Proposta por Victor Vroom (1964, cit. por PEREIRA, 2005), trata-se de uma teoria cognitivista de expectativa-valor amplamente aceite no âmbito da satisfação profissional.

De acordo com Ferreira, Neves e Caetano (2001) e Seco (2000), Vroom baseou-se em três tipos de relações:

- 1 – Relação Esforço/Desempenho – traduz a probabilidade percebida pelo indivíduo de que o seu esforço conduzirá a determinado desempenho;
- 2 – Relação Desempenho/Recompensa – refere-se ao grau em que o indivíduo acredita que determinado desempenho por si adoptado, poderá conduzir à obtenção do resultado desejado;
- 3 – Relação Recompensa/Objectivos Pessoais – traduz o grau com que o indivíduo percepção as recompensas organizacionais como atractivas, no sentido de satisfazer as suas necessidades ou objectivos pessoais.

A estes três tipos de relações, o autor acrescenta cinco conceitos chave que sustentam a teoria, e que são respectivamente:

- Os Resultados – aspectos que a organização proporciona ao trabalhador como contrapartida pelo seu desempenho;
- A Valência – grau de atracção que o resultado representa para o individuo;
- A Instrumentalidade – grau percebido da relação entre desempenho e resultado alcançado
- A Expectativa – o que o individuo antevê como provável resultado em função do seu desempenho;

· A Força – tensão existente no interior da pessoa, capaz de a motivar ou a quantidade de esforço dispendido.

Os factores mais importantes para a motivação no trabalho são os resultados e sua respectiva valência, uma vez que, de acordo com o autor, se os resultados apresentarem uma valência baixa, não existirá motivo para o profissional se esforçar no sentido de os atingir. O autor realça também o importante papel da instrumentalidade, na medida em que se o indivíduo procura atingir determinado tipo de resultados e não consegue correlacionar os mesmos com o seu desempenho profissional, não se empenhará para os conseguir obter. Assim, as recompensas são fundamentais para uma elevada instrumentalidade.

Por fim, a expectativa traduz-se numa relação entre o esforço e o desempenho. Se um indivíduo possui uma baixa expectativa de alcançar um determinado resultado, não importa o esforço que despender, uma vez que o desempenho não irá sofrer uma variação considerável. Por outro lado, se a expectativa em alcançar determinado resultado é elevada, existe uma forte probabilidade do profissional aumentar o seu esforço pessoal, no sentido de alcançar o resultado pretendido, ou seja, o indivíduo só se encontrará altamente motivado para desempenhar determinada tarefa, mediante a sua expectativa de que o esforço que irá despender será recompensado. Por sua vez, a satisfação profissional será tanto maior quanto o profissional sentir que as recompensas obtidas estão em consonância com o esforço motivacional dispendido.

Teoria da Discrepância

As teorias da discrepância pressupõem que a satisfação profissional é directamente proporcional àquilo que o indivíduo procura na sua actividade profissional e aquilo que realmente consegue obter. Quanto maior for a diferença entre aquilo que o indivíduo pretende alcançar e aquilo que realmente alcança, menor será a sua satisfação profissional.

Teoria do Reforço

A Teoria do Reforço, também conhecida por Teoria de Condicionamento Operante, baseou-se nas investigações de Skinner. A teoria deste psicólogo, assenta no pressuposto de que todo o comportamento depende das suas consequências.

Num processo de aprendizagem cíclico, os comportamentos anteriores afectam as acções futuras. Segundo o conceito de reforço positivo de Skinner, todo o comportamento é função das suas consequências, logo, os incentivos actuam como mecanismos favorecedores ou condicionantes da adesão dos profissionais a determinados comportamentos. Esses mecanismos, de natureza diversa, impulsionarão o profissional a agir de forma a atingir os objectivos organizacionais predefinidos e, se as consequências

forem positivas, a pessoa tenderá futuramente a dar respostas semelhantes. Pelo contrário, se as consequências forem negativas, a pessoa tenderá no futuro a alterar o seu comportamento para poder evitá-las. A organização poderá então tirar partido desta teoria, uma vez que utilizando reforços, levará à modificação de comportamentos em benefício próprio.

À luz desta teoria, as pessoas não são motivadas por factores inerentes ao trabalho nem por realização pessoal mas através de recompensas externas.

Teoria da Adaptação ao Trabalho

Foram Dawis, England e Lofquist (1964, citados por SECO, 2000) que propuseram a teoria de adaptação ao trabalho, segundo a qual a motivação no trabalho sofre influência do grau de correspondência entre as necessidades da pessoa e a possibilidade de satisfação dessas necessidades em contexto laboral. Segundo esta teoria, as pessoas tenderão a procurar contextos de trabalho que favoreçam e satisfaçam os objectivos pessoais tendendo por isso a alcançar mais resultados e a sentir-se mais realizadas.

Modelo das Características do Trabalho

Hackman e Oldham, (cit. por PEDROSO, 2010), propuseram o modelo que ficou conhecido como o modelo das características do trabalho, valoriza as características da tarefa, apesar de associar variáveis cognitivas ou motivacionais.

Segundo este modelo, existem formas de organização do trabalho consideradas ideais que são aquelas que apresentam maior autonomia, identidade e feedback e, quando postas em prática, conduzirão ao aumento da satisfação. As formas ideais de realização da tarefa proporcionam um aumento da satisfação profissional do sujeito porém, a motivação para o trabalho estará associada à necessidade individual de desenvolvimento que irá influenciar a quantidade de esforço dispendido.

Ao longo do segundo capítulo que aqui se completa, procurámos descrever algumas noções sobre trabalho e satisfação profissional e acerca do significado dos referidos conceitos.

Fizemos também uma apresentação dos principais modelos teóricos da motivação e da satisfação profissional, fazendo uma alusão a três teorias de conteúdo e a cinco das principais teorias de processo.

Notámos a existência de uma elevada inconsistência entre os vários modelos. Tal facto explica a divergente posição de alguns autores no que se refere à motivação e à satisfação, bem como à caracterização dos factores que as influenciam e condicionam.

Em nosso entender, as diversas teorias não apresentam uma divergência de fundo mas principalmente uma complementaridade fundamental à compreensão do constructo em questão. Enquanto as teorias de conteúdo a que nos referimos se preocupam essencialmente com a identificação de valores e necessidades universais que o indivíduo precisa de alcançar para atingir a satisfação, as teorias de processo aspiram explicar a dinâmica inerente à concretização dessas necessidades e valores.

Para os enfermeiros, a falta de autonomia reflecte-se em falta de satisfação, o que só poderá mudar se puderem desempenhar a profissão usando conhecimentos e julgamentos independentes para benefício dos doentes. Os enfermeiros que se sentem motivados e satisfeitos consideram que poderiam melhorar muito o seu desempenho profissional se tivessem mais oportunidades de actualização e aperfeiçoamento. O desempenho de tarefas enriquecedoras, que conduzam ao reconhecimento social, combinam-se para influenciar percepções e atitudes, que podem alterar a motivação profissional (CURA e RODRIGUES, 1999).

Se é preocupante termos profissionais insatisfeitos nas organizações, a preocupação será mais acentuada quando esses profissionais lidam com a saúde das pessoas.

CAPÍTULO 2 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

A questão da satisfação em enfermagem tem merecido por parte dos responsáveis uma maior atenção no sentido de planear medidas correctivas com o objectivo de atenuar os factores causais de insatisfação, Fonseca (1998, cit. por FERREIRA, 2005). A satisfação profissional em enfermagem tem sido considerada de primordial importância na medida em que constitui um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

2.1 – PERSPECTIVANDO O CUIDAR EM ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem tem uma história tão longa quanto rica. Ela evoluiu desde as competências mais rudimentares anteriores a Florence Nightingale, até à enfermagem que hoje conhecemos.

A história dos cuidados, porque inerentes à vida, remonta aos primórdios da humanidade. A função de oferecer cuidados de enfermagem ou simplesmente atender às necessidades dos doentes existe desde o início da civilização. A história da profissão remonta à época das antigas tribos, onde algumas mulheres mais velhas e experientes, seriam responsáveis por ajudar as mais novas e inexperientes durante o trabalho de parto, nos cuidados a prestar aos recém-nascidos e também no apoio aos mais idosos quando adoeciam ou morriam.

A enfermagem enquanto ciência sofre longa evolução ao longo dos tempos. Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette e Major (1994, cit. por GREGÓRIO, 2008) referem que “*le design du soin*” que visa as experiências humanas da saúde, põe o centro na formação girando à volta dos vários saberes: o *saber ser* (valores, crenças, convicções, atitudes); o *saber em si* (conhecimentos, compreensão, análise crítica e síntese) e o *saber fazer* (habilidades relacionais e técnicas). Estes diversos saberes convergem para a competência necessária ao CUIDAR.

Tal como noutras profissões, a evolução da enfermagem ocorreu em diversos contextos de mudanças históricas, sociais, culturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas.

Nos finais do século anterior, passou-se de uma abordagem meramente técnica centrada essencialmente na patologia, para uma corrente em que se valoriza a relação entre quem presta e quem recebe cuidados e para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral.

Desde Nightingale que os cuidados de enfermagem se desenvolveram e melhoraram numa forma extraordinária. Cada vez mais os enfermeiros conferem a si próprios a sua identidade profissional e malgrado o avanço da tecnologia, esta nunca substituirá o enfermeiro, pois só ele saberá e poderá prestar cuidados que englobam todas as dimensões do ser humano, nas quais se incluem as vertentes afectiva e relacional, sentimental e emocional.

A necessidade sentida pelos enfermeiros para clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem levado muitos teóricos de enfermagem a elaborar alguns modelos conceptuais para a profissão (KÉROUAC et al., 1996, cit. por GREGÓRIO, 2008). Esses modelos conceptuais servem para orientar a prática do enfermeiro e são os fios condutores da formação, investigação e gestão de cuidados de enfermagem. Eles identificam os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as actividades de cuidados e respectivas consequências para a gestão dos mesmos.

Existindo vários modelos conceptuais em enfermagem, de Florence Nightingale a Rosemarie Parse (1992) foi percorrido um longo caminho, tendo surgido várias concepções da disciplina de enfermagem.

Kérouac *et al.* (1996, cit. por GREGÓRIO, 2008) que estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem verificaram que a sua evolução tem a ver com a predominância das ideias e dos valores inerentes a uma determinada época, podendo actualmente co-existir ideias de diversos paradigmas, aqui entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e as respectivas formas de aplicação. Para Diogo (2006), a *“convergência para um paradigma, parece consensual, enquanto condição para que uma disciplina possa ser considerada como tal”* (p. 25). Os autores são unânimes em considerar que a enfermagem, enquanto disciplina, passou por três distintos paradigmas a que apelidaram: categorização, integração e transformação e que passamos a descrever de forma sucinta.

2.1.1 – Paradigma da Categorização

Este paradigma orienta o pensamento no sentido da procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor e uma determinada doença ou quadro sintomatológico característico.

Este paradigma reporta-se ao século XIX, fase em que se começaram a identificar alguns agentes patogénicos, estabelecendo-se uma relação dos mesmos com algumas doenças.

O enfoque predominante é sobre o órgão afectado, a principal preocupação é com o diagnóstico médico, com o tratamento e com a cura. A pessoa é apresentada dum modo fragmentado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fraccionado em social, físico e cultural (KÉROUAC *et al.* 1996, cit. por GREGÓRIO, 2008). A pessoa e o ambiente surgem assim como duas entidades distintas e separadas.

Neste paradigma identificam-se duas orientações distintas para a enfermagem. A primeira consiste numa orientação para a saúde pública com medidas de higiene e salubridade em geral, enquanto a segunda apresenta uma orientação para a patologia em que a pessoa é entendida como um todo formado pela mera soma das suas partes, que são separadas e identificáveis. A saúde é entendida como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sinónimo de “ausência de doença”.

Poder-se-á situar aqui o início da medicina técnico-científica cujo objectivo é o estudo da causa das doenças (a etiologia), a formulação dum diagnóstico preciso e a indicação dum tratamento específico e concreto (ALLAN e HALL, 1988, cit. por GREGÓRIO, 2008).

Verificou-se uma marcada evolução científico-tecnológica que permitiu à medicina alargar os seus horizontes passando a dispor de tecnologias cada vez mais sofisticadas, quer para diagnosticar quer para tratar. Nessa época, os médicos delegam tarefas de rotina que era costume praticarem, para a responsabilidade dos profissionais de enfermagem. Os cuidados são direccionados aos problemas, limitações ou incapacidades das pessoas. O sistema de prestação de cuidados fundamenta-se na *especialização de tarefas*: cada enfermeira era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria (por exemplo uma enfermeira era a responsável pela higiene de todos os doentes acamados, outra pela preparação e/ou administração da terapêutica e outra pela execução dos pensos). Num passado ainda não muito longínquo, era este o sistema de organização do trabalho de enfermagem em Portugal verificando-se ainda esta situação nalguns locais.

2.1.2 – Paradigma da Integração

Este paradigma dá continuidade ao anterior. Porém, começa já a perspectivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, isto é, inseridos em determinados contextos sendo tão valorizados os dados objectivos como os subjectivos.

Das várias teóricas de Enfermagem pertencentes a esta escola destacamos Hildgard Peplau, I. King e I. Orlando a quem se ficou a dever a orientação da enfermagem para a pessoa e neste contexto, ocorreu alguma diferenciação da Enfermagem em relação à Medicina. O grande objectivo da Enfermagem é agora a manutenção da saúde da pessoa

em todas as suas dimensões. A partir daqui cuidar significa “agir com” a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades (KÉROUAC *et al*, 1994, cit. por GREGÓRIO, 2008).

Neste paradigma, perspectiva-se a multidimensionalidade dos fenómenos e os acontecimentos ocorrem sempre inseridos em determinado contexto. Emerge nos Estados Unidos na era de 50, no pós 2ª Guerra Mundial, época em que se verifica a existência de elevado número de pessoas com carências de vária índole.

Neste contexto, a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões era o principal objectivo dos cuidados de enfermagem. A enfermeira era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa, tendo em conta a sua globalidade. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção, tendo surgido a expressão *"a pessoa como ser bio-psico-socio-culturoespiritual"*.

Saúde e doença passam então a perspectivar-se como duas entidades distintas que coexistem e que estão em interacção dinâmica. O estado de saúde passa a ser encarado como fazendo parte dum contínuo com o máximo de saúde num extremo e o máximo de doença no outro. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (KÉROUAC *et al.*, 1996, cit. por GREGÓRIO, 2008).

2.1.3 – Paradigma da Transformação

Este é o actual paradigma da enfermagem proposto por Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1994, cit. por GREGÓRIO, 2008) e inclui as escolas de pensamento orientadas para uma abertura ao e para o mundo, sendo disso exemplo a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar.

O início deste paradigma ocorre nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre e para o mundo. Engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992).

Segundo este paradigma, os fenómenos perspectivam-se como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia. As mudanças ocorrem por estadios de organização e de desorganização, mas sempre para níveis de organização superior.

Como refere Kérouac *et al.* (1996), isto é:

"...um fenómeno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Alguns apresentam algumas semelhanças, mas nenhum se parece completamente. Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade

global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia". (p. 13)

É neste contexto que em 1978 ocorre a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários e a OMS elabora a célebre declaração de Alma Ata (OMS, 1978) onde se propõe um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que *"os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de medidas de protecção sanitária que lhes são destinadas"*. É reconhecida às pessoas a possibilidade e a capacidade de serem próprios agentes e parceiros nas decisões de saúde que directamente lhes dizem respeito e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde, agentes em quem delegavam a responsabilidade de decisão por alegada ignorância ou desconhecimento.

A pessoa é considerada como ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade *"ser humano – ambiente"* e não mais um estado estável ou uma ausência de doença.

Nesta perspectiva os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o percebe. Intervir significa *"ser com"* a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolhe. A enfermeira e a pessoa são parceiras nos cuidados individualizados (KÉROUAC et al., 1996, cit. por GREGÓRIO, 2008).

A pessoa é colocada acima da instituição e os enfermeiros assumem-se como advogados do utente posicionando-se a seu lado. O enfermeiro ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo inter-relacional entre o enfermeiro e o utente ganha assim o seu verdadeiro significado.

Prestar cuidados de enfermagem já não consiste em *"fazer por..."* mas em *"fazer com..."* a pessoa, em resposta às suas necessidades (GREGÓRIO, 2008).

A busca da especificidade da enfermagem foi sempre interceptada por duas essenciais vertentes: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e de um saber técnico e científico próprio; e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais – uma atitude de ajuda e substituição do utente (HENDERSON, 1969, cit. por FONTES, 2009).

Com o avanço tecnológico da medicina emerge uma nova ideologia de profissionalismo, baseada na competência técnica, o que aconteceu entre nós nas décadas de 70 e de 80.

Esta valorização da vertente técnica surgiu em Portugal numa fase em que ocorreram alterações sociopolíticas que puseram em causa o conjunto de valores que

tinham suportado a formação ético/moral das enfermeiras até então. Passou-se de uma abordagem tradicional de formação do carácter, identificada com uma vocação religiosa, para uma desvalorização e crítica desse estilo de abordagem, sem no entanto encontrar um quadro de valores consolidados que constituísse uma alternativa possível (RIBEIRO, 1995, cit. por GREGÓRIO, 2008).

Neste período de reacção a um ensino tipo moralista constituiu-se um vazio perigoso ao admitir que se podia educar ou prestar cuidados de forma isenta. O enfermeiro devia preocupar-se apenas com verdades e com factos observáveis, actuar de forma distante e sem se envolver emocionalmente, ser um técnico competente e as suas acções gozarem de neutralidade em relação aos valores (RIBEIRO, 1998, cit. por GREGÓRIO, 2008).

Em finais da década de 80, tanto na formação como na prática, embora de forma abstracta, começa com alguma insistência a falar-se, em valores, deveres e direitos de enfermeiros e de utentes no entanto, pouco se fez para que na escola, nos hospitais ou nos centros de saúde fossem assumidos. Muito se falava da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde mas não se ia muito além da retórica. No entanto, falar de valores de forma abstracta, como por exemplo da humanização dos cuidados no hospital, da autonomia da profissão de enfermagem, ou de metodologias activas nas escolas, de nada serve, como refere Ribeiro (1998, cit. por GREGÓRIO, 2008) se nada disto se traduzir em acções concretas e assumidas na prática de cuidados e na prática pedagógica.

Na década de 90 observando-se um aumento da complexidade de situações com que os enfermeiros e os estudantes de enfermagem se deparam, confrontando-os com dilemas de dificuldade crescente e que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigentes, atribui-se mais importância à formação para o desenvolvimento e aos valores que orientam a prática dos cuidados.

Foi também nesta década de 90 que surgiu entre nós grande produção teórica em enfermagem no que respeita à conquista da autonomia profissional, sendo também analisadas e aprofundadas as várias teorias e os modelos de acção e de práticas de cuidados.

O D.L. n.º 191/96 de 4/9 que dá forma jurídica ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), vem reforçar a oportunidade dos enfermeiros para se debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem.

No REPE, afloram-se algumas questões relacionadas com a ética na prática de Enfermagem. A título de exemplo, no número 1 do artigo 8º desse documento, pode ler-se: *"no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos"*.

A publicação do REPE marca o início de um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais.

Posteriormente com a criação da OE (Ordem dos Enfermeiros) (Lei nº 104/98 de 21 de Abril) foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições da OE destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

Os enfermeiros têm hoje criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão deixe de estar assente numa moral baseada na exigência unilateral, de serviço, de dever, de prepotência, de autoritarismo e de desrespeito pela opinião do utente em tudo o que lhe diga respeito. Para isso basta a vontade dos enfermeiros.

2.2 – ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: História e Conteúdo Funcional

É de comum acordo que a reabilitação se desenvolveu, em alguns países, após a Segunda Grande Guerra. Em Portugal, não foi a guerra colonial de 1961 que demonstrou a necessidade de reabilitação, tendo sido planificada já nos anos 50, sob a responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Iniciaram-se estudos nacionais com a finalidade de obtenção de dados sobre a situação dos grandes deficientes, sobre os cuidados que lhes eram prestados, entre outros. Surge, então, a necessidade de construir um centro de reabilitação, de preparar pessoal especializado e de encontrar meios de financiamento (para este fim foi criado o Totobola) para colmatar a lacuna existente relativamente ao tratamento de grandes deficientes motores. Iniciou-se, em Agosto de 1959, no Alcoitão-Cascais, a construção do Centro de Medicina de Reabilitação. Em 1964, foi criado o Centro de Medicina Física e de Reabilitação, por despacho Ministerial.

Relativamente ao corpo de Enfermagem, com a especialidade em Enfermagem de Reabilitação realizada em Worm Springs, nos EUA, foram convidadas as Enfermeiras Maria Graça Semião e Maria de Lurdes Sales Luís, esta última para Enfermeira-Geral do Centro e com responsabilidade na formação dos enfermeiros.

No dia 18 de Outubro de 1965, teve início o 1º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com a duração de 34 semanas. Em 1969, surgiu a Sociedade Portuguesa dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação (APEEER),

com o Enfermeiro José Pacheco dos Santos, hoje intitulada por Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER).

Em 1974, foi aprovado um novo plano de estudos e ficou estabelecida a abertura de 2 cursos por ano. Em 1983, foi aprovado um outro novo plano de Estudos, com a duração de 18 meses.

Com a criação das escolas de enfermagem pós-básicas, o curso de especialização em enfermagem de reabilitação passou a funcionar, desde Setembro de 1984, na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, em Lisboa.

Com a reforma do ensino de enfermagem em Portugal, em 1994, os cursos de especialização em enfermagem passaram a cursos de estudos superiores especializados (CESE), no caso da enfermagem de Reabilitação, com novo plano de estudos e com a duração de dois anos lectivos. (Ordem dos Enfermeiros, 2003)

Abordando o seu conteúdo funcional, a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

De acordo com Hoeman (2011), Enfermagem de Reabilitação “ é um processo criativo que começa com cuidados preventivos imediatos no estágio inicial do acidente ou da doença. Continua ao longo da fase restauradora dos cuidados e envolve a adaptação da pessoa como um todo ao novo estilo de vida”.

Poderemos dizer que um enfermeiro de reabilitação dá assistência a pessoas com incapacidades ou com doenças crónicas, visando obter ou manter o máximo de capacidades funcionais, um nível de saúde e de bem-estar óptimo, um saber lidar efectivo com as mudanças e alterações nas suas vidas.

Ainda, segundo a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível alto de conhecimentos e experiência acrescida permitem -lhe tomar deliberações relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a afiançar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como facultar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a

independência nas actividades de vida, e minorar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza práticas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, facultando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Simplificando, poderemos listar as *competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*, segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, publicadas em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011:

- a) *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;*
 - a.1- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades
 - a.2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade
 - a.3- Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade
 - a.4- Avalia os resultados das intervenções implementadas

- b) *Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;*
 - b.1- Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida
 - b.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

- c) *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;*
 - c.1- Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório
 - c.2- Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados

Com o intuito de gerar um sentimento de satisfação com os resultados, a relação entre o enfermeiro especialista em reabilitação e o doente e seus familiares, surge num clima de confiança e de grande envolvimento mas, no entanto, emergem algumas nuances

particulares. As expectativas do enfermeiro relativamente ao doente e à sua recuperação são elevadas, mas o contrário também acontece. O doente e os seus familiares vêem aquele enfermeiro como uma referência, uma fonte de ajuda, como um personagem determinante para o regresso à normalidade. Assim, cabe ao enfermeiro corresponder e, numa postura de co-responsabilização e parceria com o doente e a família, analisar as alterações encontradas, discutir os planos de intervenção a implementar e determinar quais os resultados e metas a atingir.

A recuperação funcional é um processo lento, onde as pequenas conquistas são grandes vitórias, mas onde o desânimo, a insatisfação, acaba naturalmente por surgir, podendo condicionar todo o processo.

No entanto, não são apenas os resultados obtidos que interferem na satisfação laboral. É óbvio que as relações interpessoais dentro de uma empresa determinam o bem-estar do profissional e garantem um melhor clima motivacional, uma vez que são responsáveis por exacerbar ou atenuar os efeitos adversos da exposição aos factores de risco do emprego. Uma má comunicação entre pares e entre diferentes níveis hierárquicos pode revelar-se desgastante e diminuir a satisfação no trabalho.

Aspectos relacionados com a carreira profissional, como a insegurança na manutenção do emprego, progressão ou estagnação nas funções, incompatibilidade entre as aspirações do trabalhador e a realidade do quotidiano são também indutores de *stress*. As políticas organizacionais assumem também uma grande importância para a saúde e bem-estar dos trabalhadores. Cooper e Marshal (cit. por SERRA, 2007, p. 548) afirmam que *“o clima de uma organização induz stress num indivíduo desde que lhe crie limitações para a sua liberdade, autonomia e identidade”*.

Os aspectos do ambiente potencialmente geradores de *stress*, agrupados nas categorias descritas, podem existir em diferentes medidas consoante as profissões envolvidas, apresentando cada grupo profissional as suas causas próprias de *stress*. Delbrouck (2006) afirma que o *stress* profissional dos enfermeiros apresenta níveis preocupantes e que cada vez mais se fala de uma exaustão na profissão. O mesmo autor apresenta resultados de estudos epidemiológicos europeus e canadianos, que indicam que o esgotamento profissional atinge cerca de um quarto dos enfermeiros de hospitais gerais.

A atenção e os cuidados que os enfermeiros têm de prestar continuamente aos doentes, seguidos de conflitos de equipa ou sobrecarga de trabalho, insegurança, falta de autonomia e problemas de autoridade, conduzem inevitavelmente a elevados níveis de *stress*.

2.3. A SATISFAÇÃO E O BURNOUT

As mudanças sociais que foram ocorrendo ao longo dos tempos propiciaram a alteração da estrutura das organizações de trabalho, das características dos postos de trabalho individuais e das exigências requeridas aos seus funcionários. A crescente globalização e inovação tecnológica impõem diariamente não só à organização, mas também ao seu trabalhador, uma adaptação veloz e constante, de forma aos objectivos estabelecidos poderem ser concretizados.

O facto das medidas políticas, e concretamente no domínio específico da Enfermagem, não terem acompanhado esta evolução da profissão, traduz um momento pertinente para se compreender o fenómeno da satisfação profissional em enfermagem, procurando aprofundar os conhecimentos existentes relativamente a uma possível relação entre a satisfação profissional e o burnout no seio da profissão. Os estudos demonstram que o burnout afecta os enfermeiros, em diferentes partes do mundo e em diversos contextos de trabalho, levando-os a desenvolver sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos seus utentes.

Assim, torna-se interessante estudar o *Burnout* enquanto resposta à exposição crónica a factores desencadeadores de stress laboral, especialmente nos profissionais que desempenham funções assistenciais, considerando o *Burnout* como “a doença da relação de ajuda” (Delbrouck, 2006, p.49).

O termo *burnout* é uma terminologia cujo significado se prende com “queimado”, “esgotado” ou “estoivo”. Apareceu pela primeira vez em 1961 como título de uma série de Graham Greene “A case of Burn-out”, cujo protagonista, um prestigiado arquitecto assombrado por crises existenciais, desiludido com o seu trabalho, decide deixar tudo e ir viver para a selva africana.

É Herbert Freudenberger, em 1974/75, psiquiatra, quem pela primeira vez fala cientificamente deste termo. Aplicava-o constantemente referindo-se à cronicidade de abuso de drogas, às crises de identidade que colocam em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional. Ele observou que muitos dos funcionários com quem trabalhava em unidades de saúde apresentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenho, acompanhado de sintomas físicos e mentais. Segundo este psicanalista, tratava-se de pessoas idealistas, que acabavam cansadas, desesperadas, e que no final necessitavam de mais ajuda do que aqueles de quem cuidavam.

Actualmente o burnout, também conhecido como síndrome de desgaste profissional, do trabalhador queimado ou do síndrome do stress laboral assistencial (RAMOS, 1999, cit. por ASTORGA, 2005), torna-se num problema de grande relevância social. Tanto assim é que peritos em matéria laboral e no campo da saúde pediram o reconhecimento deste

síndrome como uma doença profissional ou como um risco laboral, Gil-Monte (cit. por ASTORGA, 2005).

Estudos efectuados por Leiter e Maslach, 1998, permitiram a estes investigadores apurar que burnout se trata de um processo constituído por três dimensões: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Baixa Realização Profissional (BRP), com particular risco para os que trabalham com outros indivíduos, que, de acordo com Serra (1999), só se verifica em indivíduos que possuem expectativas profissionais muito elevadas, investindo muito a nível pessoal, no sentido de atingirem determinados objectivos e que depois se sentem frustradas quanto a esses objectivos. A dimensão do Desgaste Emocional ou exaustão emocional representa o componente básico e individual da síndrome tendo como principais fontes a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho. Caracteriza-se por um sentimento de esgotamento e falta de energia, sobrecarga física e emocional na qual o indivíduo sente-se esgotado e desmotivado, sendo incapaz de relaxar.

A dimensão da Despersonalização ou ceticismo representa o contexto interpessoal no *burnout* e refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada do indivíduo frente ao trabalho. Nesta dimensão ocorre a despersonalização, onde o indivíduo “coisifica” a relação entre os colegas de trabalho, os clientes e a organização. Caracteriza-se por insensibilidade emocional e dissimulação afetiva tendo como manifestações mais comuns ansiedade, aumento da irritabilidade, desmotivação, redução do idealismo, desesperança, egoísmo e alienação. As manifestações da dimensão de Despersonalização refletem a busca do indivíduo em adaptar-se à situação e aliviar a tensão reduzindo o contato com as pessoas.

O componente da incompetência profissional ou reduzida realização profissional refere-se à sensação de falta de realização e produtividade no trabalho. A expressão que melhor retrata este estado é o questionamento que o profissional faz sobre a sua escolha da profissão, colocando em dúvida a sua aptidão para exercê-la. O indivíduo não se envolve mais com o trabalho, sentindo-se inadequado pessoal e profissionalmente, comportamento que afeta as suas habilidades para a realização do trabalho e a proximidade com as pessoas, reduzindo drasticamente a sua produtividade.

Este síndrome revela a sua importância social pela implicação que este tem sobre a vida pessoal (depressão, ansiedade, fadiga crónica, transtornos do sono, frustração, desenvolvimento de atitudes pessimistas, alterações gastrointestinais, cefaleias...) e sobre a vida profissional (perda de rendimento, baixas profissionais, ausências, rotação no trabalho, abandono...) de quem dele padece, mas também prejudica os usuários dos seus serviços (má qualidade das intervenções, conflitos, denúncias...) (Astorga, 2005).

De acordo com Amaro (2008), o *burnout* representa um aspecto relevante nas profissões em que as relações humanas são particularmente importantes.

A relação terapêutica entre o enfermeiro especialista de reabilitação e o doente e seus familiares, surge num clima de confiança e de grande envolvimento. As expectativas do enfermeiro relativamente ao doente e à sua recuperação são elevadas, mas o contrário também acontece. O doente e os seus familiares vêem aquele enfermeiro como uma referência, uma fonte de ajuda, como um personagem determinante para o regresso à normalidade. No entanto a recuperação funcional é um processo lento, onde as pequenas conquistas são grandes vitórias, onde o desânimo acaba naturalmente por emergir, surge a insatisfação, podendo condicionar todo o processo.

A insatisfação e o *burnout* comprometem a qualidade do trabalho executado, gerando o aumento de erros, conflitos, falta de humanização no atendimento e insatisfação dos clientes. Profissionais em *burnout* procuram um maior afastamento do utente, evitam o contato ou “coisificam” as pessoas alvo da sua assistência, caracterizando a dimensão da despersonalização.

Os enfermeiros de reabilitação, por terem como competências essenciais a tomada de decisões, a resolução de conflitos e o desempenho de actividades que visam promoverem a satisfação do indivíduo no sentido de aliviar o sofrimento, (BOFF et al., 2006, cit. por BRITO, CRUZ e FIGUEIREDO, 2008), constituem um dos grupos laborais com mais risco de burnout.

O desempenho destes profissionais envolve uma série de actividades que necessitam forçosamente de um controle mental e emocional muito maior que em outras profissões, pois seja qual for o amor e a dedicação, cuidar é um papel difícil, cansativo e isolador que se agrava em continuo contacto com situações variáveis de deficiência cuja recuperação nem sempre é possível.

Estudos desenvolvidos em enfermeiros em relação a esta problemática, demonstram claramente a existência de uma correlação negativa significativa entre o burnout e a satisfação profissional. Por detrás deste mal-estar dos enfermeiros estão variáveis institucionais (sobrecarga de trabalho, défices organizacionais e conflitos na equipa), contextuais (lidar com utentes difíceis, a morte e as expectativas dos familiares dos utentes muitas vezes não concretizadas) e características individuais (MARQUES e TEIXEIRA,2002).

Queirós (2005) concluiu, através de um estudo que efectuou sobre burnout no trabalho aplicado a 965 enfermeiros portugueses, que 27% dos enfermeiros portugueses têm burnout no trabalho em fases iniciais do processo, 16% apresentam manifestações mais avançadas e aproximadamente 2% estarão num nível elevadamente grave a apresentarem ineficácia profissional. Ou seja, aproximadamente um em cada quatro enfermeiros apresenta burnout no trabalho.

A nível organizacional é frequente encontrar nos indivíduos com *Burnout* uma diminuição da qualidade da prestação de serviços, insatisfação laboral, altos níveis de absentismo, diminuição de interesse e dedicação e aumento de conflitos laborais com utentes colegas de trabalho e supervisores, e diminuição da qualidade de vida laboral (MASLACH, 2006, cit. por FORTE, 2009).

Analisando mais detalhadamente a população-alvo deste trabalho, pode verificar-se que as exigências técnicas requeridas aos enfermeiros de reabilitação estão associadas à rigorosa execução de procedimentos de enfermagem, ou seja, à correcta administração de cuidados que constitui o pôr em prática de um “know-how” que se apoia no saber académico e na sua permanente necessidade de actualização. Ora Maslach e Jackson (1981, cit. por FORTE, 2009) mencionam que o trabalho com utentes em sofrimento poderá constituir uma importante fonte de stress e factor desencadeador de *Burnout*. Este factor poderá ser potenciado se os profissionais adoptarem posturas laborais com grande empenho pessoal no trabalho que desempenham (FREUDENBERGER, 1974, cit. por FORTE, 2009).

São imensos os autores que consideram que o profissional de enfermagem merece uma protecção especial perante a quantidade de agentes diários indutores de stress. Relativamente ao ambiente de trabalho, num estudo realizado por Mouro [et al.], (2000), concluiu-se que para prevenir o *burnout* torna-se pertinente ter em consideração os seguintes aspectos:

- “- Aumentar o envolvimento e a participação do profissional nas tomadas de decisão;
- Melhorar e aperfeiçoar a supervisão através da clarificação dos objectivos profissionais;
- Uma maior autonomia na tomada de decisão, que permite aos profissionais maior realização pessoal;
- Facilitar o desenvolvimento do suporte social, importante na manutenção de relações com pares e supervisores, pois actua directamente sobre a satisfação profissional;
- Os programas de acompanhamento e desenvolvimento de carreira. A formação continua dos profissionais relativamente à tecnologia utilizada é preponderante.”

Frente a situações que consideradas stressantes, o indivíduo irá utilizar mecanismos psicológicos para reduzir o impacto dos stressores e assim, retornar ao equilíbrio. Tais mecanismos ou estratégias são, na realidade, ações cognitivas elaboradas por ele através da avaliação da situação, do ambiente, de experiências anteriores bem sucedidas e da maturidade de seu aparelho psíquico, e são denominados estratégias de *coping* ou estratégias de enfrentamento.

Acredita-se que, se os enfermeiros conhecerem as características, consequências e estratégias de prevenção do *burnout*, poderão ter uma maior satisfação laboral e prestar cuidados de melhor qualidade aos utentes.

O enfermeiro de reabilitação tem de ser capaz de gerir questões específicas, externas ou internas, consideradas difíceis ou excessivas para os seus recursos, através de uma constante mudança cognitiva e comportamental, isto é, tem de ser capaz de utilizar estratégias de *Coping*. Segundo Lazarus, (1999), coping trata-se de “um mediador poderoso do resultado emocional de uma situação causadora de stress”. O profissional necessita de saber usar muito bem estes seus “mediadores” para se proteger de uma sensação de burnout, que poderá levar à insatisfação, relativamente ao seu trabalho.

A este propósito, Ribeiro (2005, p.295), citando Lazarus, DeLongis, Folkman e Gruen (1985), diz-nos que “um *coping* adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado”. Como evidência da adaptação (ou ajustamento) encontra-se o bem-estar e a satisfação profissional.

Tendo em conta os resultados dos estudos já efectuados relativamente à relação existente entre burnout e satisfação profissional, na medida em que indicam a existência de uma correlação negativa significativa entre estes conceitos, interessa procurar compreender a ligação entre eles quando pretendemos saber um pouco mais sobre a satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação.

2.4. A SATISFAÇÃO E O AUTOCONCEITO

O autoconceito é definido como conjunto de atitudes e crenças que um indivíduo tem acerca de si, sendo que teóricos defendem a existência de uma imagem do eu voltada para o trabalho.

Nos anos recentes tem sido observado um crescente interesse, por parte de pesquisadores do campo da Psicologia Organizacional, pelo estudo do autoconceito. Isso decorre das evidências empíricas encontradas as quais apontam o efeito desse atributo sobre o comportamento dos indivíduos e sobre a sua influência na satisfação profissional (Tamayo & Souza, 2006).

Mais especificamente, um foco de atenção crescente é o autoconceito profissional que exerce influência sobre comportamentos e desempenhos no trabalho, como comprometimento organizacional e configurações de poder (Tamayo & Souza, 2006). Trata-se, portanto, de mais uma variável, que intervém no comportamento humano no trabalho, relevante para a análise da satisfação profissional.

Tamayo (1993, cit. por SOUZA, 2006), define o autoconceito como *uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas do indivíduo, reais ou imaginárias, que controla o processo informativo relacionado consigo mesmo e exerce uma função de auto-regulação*.

O autoconceito não se mantém necessariamente estável diante do passar do tempo e aos diferentes acontecimentos presentes na vida do indivíduo, pois a sua natureza é dinâmica. Ele modifica-se em função das experiências do indivíduo, assim como pode influenciá-las. Cerqueira (1991, cit. por SOUZA, 2006).

O autoconceito consiste num conjunto de posturas e crenças inter-relacionadas que um indivíduo tem a respeito de si próprio, sendo que estas crenças, produto de sua interação social, são organizadas hierárquica e sistematicamente, formando uma estrutura na qual alguns aspectos são mais resistentes à mudança do que outros.

Segundo Souza (2006), o autoconceito revela se o indivíduo está ou não satisfeito consigo mesmo, e esta satisfação ou insatisfação com sua própria pessoa influenciará as suas relações com as demais nas organizações nas quais convive (escola, família, trabalho). Assim, entende-se que o nível de autoconceito que um trabalhador apresenta poderia influenciar o seu desempenho no ambiente profissional.

Ainda se poderá definir o autoconceito profissional como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo em relação ao trabalho e às tarefas que executa. (Tamayo e Abbad, 2006)

No sentido de conceptualizar o auto-conceito, Serra (1986) cita que é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência. E acrescenta que é um constructo teórico que: (i) nos esclarece sobre a forma como um indivíduo inter-age com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; (ii) nos leva a perceber aspectos do auto-controlo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento e (iii) nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Ainda, segundo Serra (2007) no constructo do auto-conceito há que salientar como seus constituintes: a auto-estima; as auto-imagens; a auto-eficácia; as identidades; o auto-conceito real e o auto-conceito ideal.

De todos os constituintes, o autor salienta a auto-estima, constituinte efectivo do auto-conceito, através do qual o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do “bom” e do “mau”.

Da pesquisa efectuada, concluímos que quanto mais forte e abrangente for o auto-conceito, maior capacidade o indivíduo terá para lidar com as situações stressantes e melhor apetrechado estará para lidar com as dificuldades e adversidades do dia-a-dia, daí o interesse de abordar este conceito quando se estuda a satisfação profissional.

Esta percepção reflecte como o indivíduo se apercebe do seu trabalho no que diz respeito às suas tarefas, à organização onde trabalha e aos outros significativos na situação

de trabalho: chefia, colegas, utentes. Assim, procurou-se investigar de que modo uma alteração no Autoconceito Profissional afecta os níveis de Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros de Reabilitação.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

O enquadramento teórico apresentado nos capítulos anteriores permitiu-nos adquirir conhecimentos que serviram de “alicerce” para o desenvolvimento empírico da presente investigação científica.

A qualidade de uma investigação científica é determinada pela adopção de uma correcta metodologia, sendo que esta é definida por Fortin (2009) como “o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.”

Segundo a mesma autora, a componente metodológica é um aspecto essencial em qualquer processo de investigação, uma vez que serve de “guia” durante o desenvolvimento da pesquisa. Todos estes procedimentos metodológicos e suas tomadas de decisão são basilares para garantir a fiabilidade e qualidade dos resultados obtidos e consequente resposta à problemática em estudo.

A metodologia adoptada no presente estudo compreende o desenho e tipo de pesquisa, a caracterização da amostra, a operacionalização das variáveis, conceptualização e objectivos do estudo, as hipóteses de investigação, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos efectuados e o tratamento estatístico.

1.1 – OBJECTIVOS

“O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação”. (FORTIN, 1999, p. 100). É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. Inclui resultados finais quantificáveis, dentro de certos limites de tempo.

Tendo em conta, os aspectos referenciados na fundamentação teórica, achamos pertinente relacionar as variáveis sociodemográficas, profissionais, clínicas, bem como, o estudo da Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e que variáveis a influenciam.

Esta investigação tem como **objectivo geral**: *Analisar a satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação e as variáveis que poderão contribuir para os diferentes graus de satisfação.*

De acordo com o objectivo geral anteriormente explicitado delinearam-se os seguintes **objectivos específicos**:

- Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e profissionais;

- Identificar a Satisfação Profissional dos enfermeiros de reabilitação;
- Avaliar o seu auto-conceito e o *burnout*;
- Analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais e a Satisfação Profissional;
- Verificar em que medida as variáveis psicológicas (auto-conceito e burnout) têm efeito significativo na Satisfação Profissional dos enfermeiros especialistas.

1.2 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Para Fortin (2009) "a escolha do tipo de estudo precisa-se no decurso da formulação do problema, quando a questão de investigação se tornou definitiva". Tendo por base os pressupostos teóricos, enquadrámos o presente estudo no tipo, não experimental, transversal, descritivo, correlacional e de natureza quantitativa.

A nossa pesquisa é de natureza quantitativa, na medida em que como refere Fortin (2009, p.20), é "um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis". Este paradigma de investigação emprega dados numéricos para adquirir informações, descrever e testar relações entre as variáveis em estudo, através da observação de acontecimentos e fenómenos objectivos com vista a universalizar os resultados obtidos a partir de uma amostra.

A manipulação de variáveis não é considerada na presente investigação, daí o carácter não experimental da mesma (FORTIN, 2009).

No que concerne à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, pois os instrumentos de colheita de dados foram aplicados num determinado período de tempo, de Janeiro a Março de 2012. Caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo.

Como pretendemos descrever os níveis de satisfação profissional de uma determinada população (enfermeiros de reabilitação) e estabelecer relação entre variáveis com vista à sua descrição, optámos por uma investigação descritiva correlacional: "o investigador interpreta os resultados referindo-se ao quadro conceptual e às informações obtidas por meio de questões de investigação. Discute características que se destacam do contexto do estudo, estabelece comparações e procura possíveis associações entre as variáveis" (FORTIN, 2009, p. 479).

O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, (FORTIN, 2009).

A representação gráfica do modelo permite-nos perceber os diferentes domínios que integram a nossa investigação e proporciona, em simultâneo, uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais nesta problemática.

Figura 5 - Representação gráfica da articulação das variáveis



O presente modelo conceptual compreende quatro grandes domínios: (1) sóciodemográfico, que inclui a idade, o género, estado civil, formação académica; (2) caracterização profissional, que integram o tempo de serviço, a experiência profissional, tempo de especialidade, âmbito dos cuidados prestados, a prestação de serviço noutra instituição, horário, vínculo laboral, tipo de horário, volume de trabalho e motivo (s) de ingresso na especialidade; (3) satisfação profissional, que se refere a factores que contribuem para a insatisfação e satisfação profissional; (4) caracterização psicológica, que aborda o conjunto de atitudes e crenças que um indivíduo tem acerca de si e as capacidades que possui relativamente à prevenção da exaustão emocional. Os quatro domínios inter-interligam-se e conduzem a profundas interferências na satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação.

1.3 - HIPÓTESES

Poder-se-á dizer que “uma hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis” (FORTIN, 1999, p.102), ou seja, prediz o resultado do estudo.

A formulação das hipóteses de investigação é um procedimento fundamental, pois os resultados obtidos dependem de como estas foram formuladas. Recentemente, Coutinho (2011) referiu que a opção da problemática e o desenvolvimento de hipóteses, são fases preambulares essenciais de qualquer investigação.

As hipóteses desenvolvidas para a nossa pesquisa são denominadas de complexas, pois predizem a relação de associação ou causalidade entre variáveis, sejam elas independentes ou dependentes.

Tendo por base os pressupostos teóricos expostos, o problema de investigação, as variáveis enunciadas, os objectivos definidos e o modelo conceptual adoptado foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis Sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Formação Académica) e a Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação;

Hipótese 2 – As variáveis profissionais (Tempo de serviço na profissão, Tempo de serviço enquanto especialista, funções de especialista, Trabalha noutra local, Tipo de Vínculo, Tipo de Horário, Volume de trabalho e Motivos de ingresso na especialidade de Enfermagem de Reabilitação) têm efeito significativo na predição da Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas;

Hipótese 3 – O Auto-conceito e o Burnout tem efeito significativo na Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas.

1.4 - VARIÁVEIS

De acordo com FORTIN (2009, p.171), as variáveis são “ (...) qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar com o tempo”, estas podem ser mensuradas, manipuladas ou controladas. No que respeita à relação entre elas, e relativamente ao papel que exercem na investigação, as variáveis podem ser qualificadas dependentes, independentes, de investigação, de atributos e estranhas.

Na perspectiva de Coutinho (2011, p.69) a variável independente é aquela que “o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar”. Esta variável é a que influencia, a que afecta, a variável dependente. A mesma autora define variável dependente como “a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente (...) varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente”, ou seja, é aquela que é influenciada.

Neste sentido a operacionalização das variáveis apresenta-se como uma das etapas fundamentais para o sucesso da investigação. O investigador deve definir as variáveis especificando o modo como a variável será observada e mensurada na pesquisa a desenvolver. De acordo com Gil (1999, cit. por FONTES, 2009) operacionalizar uma variável corresponde à tradução dessa variável num conceito que seja mensurável.

Neste estudo, para a selecção de variáveis teve-se em conta a pesquisa bibliográfica, assim como a experiência pessoal e profissional.

Assim, na presente investigação consideramos a *Satisfação Profissional* a **variável dependente**. As variáveis independentes foram divididas em três grupos: as variáveis sócio-demográficas, as de caracterização profissional e por último, as variáveis psicológicas. Estas variáveis servem para caracterizar a amostra e avaliar a sua interferência na variável dependente.

1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (2009, p.311), a população é “(...) um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra é “(...) a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa desta população, ou seja, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população”. Mais recentemente, Coutinho (2011) advoga que “a amostra é o conjunto de sujeitos (...) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída”.

A **população** do nosso estudo são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Optámos por uma técnica de amostragem **não probabilística**, isto é, não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra, **accidental** ou de **conveniência** (COUTINHO, 2011; FORTIN, 2009). Trata-se de uma amostragem por conveniência, pois os sujeitos encontram-se geograficamente acessíveis e respondem a critérios de inclusão precisos (FORTIN, 1999).

A amostra é então constituída por 62 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A colheita de dados foi realizada no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Hospital de Aveiro e nos Hospitais da Universidade de Coimbra, durante nos meses de Janeiro a Março de 2012, tendo sido distribuídos 80 questionários, ou seja com uma taxa de adesão de 77.5%.

Tendo em conta os objectivos da presente pesquisa traçamos como critérios de inclusão, o facto de ser enfermeiro de reabilitação a exercer funções em Hospitais referidos.

1.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após definição do problema, das hipóteses, das variáveis e da amostra torna-se imperativa a recolha dos dados.

Os instrumentos de recolha de dados são ferramentas que permitem que o investigador reúna a informação necessária para a continuidade do seu estudo (LAKATOS e MARCONI, 1995).

De acordo com Fortin (2009) na ausência de instrumentos de recolha de dados, deve criá-los o investigador, para que dessa forma possa responder às questões de investigação desenvolvidas.

Tendo por base os objectivos da presente investigação, optámos por uma abordagem mista, ou seja, utilizámos instrumentos construídos por nós para o efeito, com vista à caracterização sócio-demográfica e profissional dos elementos amostrais e ainda, pela aplicação de escalas edificadas por outros investigadores e já traduzidas e testadas na população portuguesa, nomeadamente o Índice Descritivo do Trabalho (JDI), o Inventário Clínico do Auto-Conceito, de Adriano Vaz Serra, e o Maslach Burnout Inventory (MBI-GS). Dada a natureza do estudo, optou-se pelo Questionário como instrumento de colheita de dados, uma vez que consiste numa das mais importantes técnicas de obtenção de dados em pesquisa social, simples de aplicar, podendo ser usada num grande número de pessoas, num curto período de tempo e implicando poucos recursos humanos na distribuição e recolha. Assim, o nosso instrumento é constituído por questões fechadas, abertas e mistas.

De seguida apresentamos um quadro que resume e explica a estrutura do nosso questionário que é composto por quatro grupos de questões.

Quadro 2 – Resumo estrutural do questionário

DOMÍNIOS EM ESTUDO	SECÇÃO	QUESTÕES
Variáveis Sócio-demográficas	A	1- 4
Variáveis de Carácter Profissional	B	5-16
Satisfação Profissional	B e C	17-18 e 1-7
Variáveis Psicológicas:	D	
• Auto-Conceito		1-20
• Burnout		1-16

Secção A - Factores Sócio-demográficos

Com este grupo pretendemos adquirir dados de carácter pessoal, como a idade, o género, o estado civil e formação académica. São quatro questões, sendo duas do tipo fechado com diversas opções de resposta e duas abertas.

1. Género: questão fechada, dicotómica, com duas hipóteses de resposta: masculino e feminino.
2. Idade: questão aberta, definida em anos.
3. Estado civil: questão fechada com quatro opções de resposta. Os inquiridos foram classificados considerando a sua situação legal. Foram considerados quatro grupos: solteiro, casado ou vivendo em união de facto, divorciado e viúvo.
4. Formação académica: questão fechada com duas opções de resposta: bacharelato e licenciatura.

Secção B - Caracterização Profissional

A formulação deste grupo objectiva o conhecimento integral da situação académica e profissional dos elementos amostrais, abordando questões como o tempo de experiência profissional, o tempo de serviço na profissão, tempo de especialidade, tipo de prestação de cuidados, o local do exercício profissional, o vínculo laboral, tipo de horário, horário semanal e motivo de ingresso nesta especialidade. Este grupo é constituído por 12 questões, 9 fechadas, 3 abertas, estas últimas, referem-se ao tempo que tem na especialidade, na profissão e ao tempo de experiência profissional.

Secção C – Caracterização da Satisfação Profissional

Job Descriptive Index (JDI)

Versão Original

O Job Descriptive Index (JDI), em português 'Índice Descritivo do Trabalho', escala da autoria de Pat Smith, de 1969, que, segundo Noronha (2006), foi posteriormente construída, segundo uma nova versão, por Warr e Routledge em 1983.

O Índice Descritivo do Trabalho (JDI) apresenta como principais vantagens o facto de permitir determinar o grau de satisfação/insatisfação e, conseqüentemente, os factores que desencadearam essa maior ou menor satisfação. Foi designado pelos seus autores para medir a satisfação dos trabalhadores relativamente a diferentes aspectos ou facetas do seu trabalho (por exemplo salário, supervisão). É um dos questionários mais usados para medir a satisfação no trabalho.

O JDI é um instrumento fácil de administrar e é constituído por 72 adjectivos ou frases descritivas simples, com um formato de resposta com três opções: Sim, Não ou ?. **S**

– “SIM” se a frase descreve o seu trabalho em geral, **N** – “Não” se a frase não o descreve ou ? – “?” se não consegue decidir-se As 5 escalas correspondentes às facetas do trabalho são: *caracterização do trabalho actual*, *supervisão*, *colegas de trabalho*, *salário* e *oportunidades de promoção*.

Cada uma das 3 primeiras escalas possui 18 itens, tendo a escala de *salário* e de *oportunidades de promoção* 9 itens cada. Traduzido para diferentes línguas, o JDI tem demonstrado boa validade e fidelidade, como está claramente descrito no seu manual de utilização (BALZER *et al.*, 1997).

A versão de 1997 foi validada numa amostra de 1620 trabalhadores americanos, tendo-se obtido coeficientes *alfa de Cronbach* elevados para os valores nas cinco subescalas: *caracterização do trabalho actual* 0.90; *salário* 0.86; *oportunidades de promoção* 0.87; *supervisão* 0.91 e *colegas de trabalho* 0.91. Em termos de validade de constructo, os resultados das análises factoriais efectuadas providenciaram suporte empírico para as cinco facetas de satisfação com o trabalho originalmente propostas. No entanto, estas análises sempre indicaram a necessidade de se desenvolver uma medida de satisfação global com o trabalho, o que motivou o desenvolvimento do *Job in General Scale*, que descreveremos mais adiante, e tem sido usado como complemento do JDI.

Adaptação portuguesa

Escala traduzida e adaptada para a população portuguesa por Jesuíno, Soczka e Matoso, em 1983. (BORGES e DANIEL, 2009)

Os resultados das análises psicométricas efectuadas em 489 trabalhadores portugueses revelaram índices de fidelidade semelhantes aos da versão original (McIntyre, McIntyre & Silvério, 2000, cit. por ARAÚJO, 2009): *caracterização do trabalho actual* .89; *salário* .78; *oportunidades de promoção* .82; *supervisão* .90 e *colegas de trabalho* .88. Uma análise posterior em 1314 trabalhadores do sector dos serviços produziu resultados semelhantes (McIntyre & McIntyre, 2004, cit. por ARAÚJO, 2009): *caracterização do trabalho actual* .87; *salário* .75; *oportunidades de promoção* .82; *supervisão* .90 e *colegas de trabalho* .90. O JDI revelou igualmente uma boa validade de constructo atendendo à análise factorial efectuada, produzindo esta análise cinco Factores que explicaram 41.55% da variância total no primeiro estudo e cerca de 40% no estudo mais recente, sendo estes valores próximos aos da versão original. Os resultados do JDI variam de 0 a 54 sendo os valores mais altos interpretados como havendo uma maior satisfação com a faceta do trabalho avaliada. Estes valores podem ser interpretados em termos grupais, departamentais ou organizacionais, podendo optar-se pela separação da amostra em dois grupos divididos pela mediana ou calculado pelos percentis abaixo de 25 (≤ 22 pontos) ou

acima de 75 (≥ 32 pontos). Em conclusão, a versão portuguesa do JDI já foi amplamente estudada, tendo-se evidenciado uma escala com boas características psicométricas.

Esta escala apresentou valores *alfa de Cronbach* de .87, o que indica uma fidelidade elevada, tal como na adaptação portuguesa. Não foram retirados itens desta escala, na medida em que isso não afectaria significativamente o coeficiente *alfa de Cronbach* da escala.

A versão utilizada, neste trabalho, foi aquela utilizada por Freitas (2011) na sua dissertação de Mestrado, são 67 as perguntas distribuídas por sete dimensões: organização, remuneração, superior imediato, colegas do seu nível, promoção, trabalho em si mesmo e técnicos operacionais.

1ª Dimensão - Questões que caracterizam a satisfação do profissional, em relação à instituição, ao local de trabalho.

2ª Dimensão – Aspectos relativos às remunerações e sua influência na satisfação profissional.

3ª Dimensão – Características do superior hierárquico imediato e sua importância na satisfação profissional.

4ª Dimensão – Informações relacionadas com os colegas de trabalho.

5ª Dimensão – Aspectos relativos à probabilidade de promoção na carreira.

6ª Dimensão – Questões referentes à perspectiva do trabalho na satisfação laboral.

7ª Dimensão – informação relacionada com os técnicos operacionais.

A escala permite responder, Sim ou Não, escolhendo a posição que melhor reflecte a sua opinião, em relação ao conteúdo da frase.

A consistência interna do nosso instrumento revela um *alfa de Cronbach* de 0.753, sendo uma razoável consistência interna, sendo os valores de cada dimensão mais baixos que os do autor original, (cf. Anexo III).

Secção D – Caracterização Psicológica

Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS)

O MBI-GS é um inventário de terceira geração para a generalidade dos serviços, aplicável a um largo espectro de ocupações (MASLACH & LEITER, 1997). Surge após a grande divulgação e utilização de inventários específicos para os serviços de assistência (MBI-HSS – “Human Services Survey”) e para a educação (MBI-ES – “Educators Survey”), (QUEIRÓS, 2005).

Esta última versão (MBI-GS) difere das anteriores por não referir as relações nos serviços com os utentes, mas preferencialmente enfatizar as relações dos respondentes com o trabalho em geral, (MASLACH & LEITER, 1997).

A terceira versão do MBI, vai ao encontro do crescente interesse pelo *burnout* entre profissionais que não estão claramente orientadas para as pessoas. As questões, nesta versão estão claramente orientadas para o trabalho e não para parte desse trabalho (o relacionamento interpessoal).

Em relação ao MBI-GS, existe uma tradução e um estudo prévio para a população portuguesa efectuado por Nunes (1999, cit. por QUEIRÓS, 2005), que iremos utilizar no nosso estudo.

O MBI-GS é constituído por 16 itens, formulados em escalas tipo Likert, com 7 proposições, cotadas de 0 a 6, permitindo medir três dimensões correspondentes ao constructo actual de *burnout* no trabalho, nomeadamente: a exaustão emocional e física, o cinismo e eficácia profissional. O que se pede aos respondentes é que assinalem a frequência com que sentiram várias situações no trabalho, variando as possibilidades de resposta entre nunca (0) e todos os dias (6), (QUEIRÓS, 2005).

A dimensão exaustão emocional e física é avaliada através de cinco itens, o mesmo acontece para a dimensão cinismo, o que dá um universo de valores possíveis para estas dimensões de 0 a 30. Por sua vez a dimensão eficácia profissional é constituída por seis itens, com um universo de valores de 0 a 36.

A avaliação deste constructo não comporta um valor global, mas antes três notas oriundas de cada uma das dimensões. Desta forma são considerados como indicadores de perturbação valores iguais ou superiores a 15 para as dimensões exaustão emocional e física e cinismo e para a dimensão eficácia profissional valores superiores ou iguais a 18 (ineficácia valores inferiores a 18), (cf. Quadro 3) (NUNES, 1999, citado por QUEIRÓS, 2005)

Quadro 3 – Distribuição dos itens pelas Dimensões do *Burnout*

DIMENSÕES <i>BURNOUT</i>	DO	ITENS	Indicadores de perturbação
Exaustão Emocional e Física	e	1; 2; 3; 4 e 5	≥ 15
Cinismo		8; 9; 13; 14 e 15	≥ 15
Eficácia Profissional		6; 7; 10; 11; 12 e 16	≥ 18

Fonte: Taris; Schreurs & Shaufeli (1999); citado por Queirós, (2005)

A forte semelhança entre ambas as versões do MBI (MBI-HSS e o MBI-GS) assegura a máxima comparabilidade dos resultados obtidos entre vários grupos ocupacionais, (Taris; Schreurs & Shaufeli, 1999, cit. por QUEIRÓS, 2005).

Quanto às características psicométricas do MBI-GS, no que respeita à fidelidade do instrumento, no aspecto da consistência interna, os coeficientes de alfa de Cronbach¹ variam de 0.702 (item 2) a 0.750 (item 16). Convém lembrar que estamos a proceder à determinação da consistência interna de um inventário que mede um constructo com três dimensões autónomas, sem um valor global, daí o facto de aparecerem também correlações negativas. Esta característica do instrumento leva-nos a estudar a consistência interna de cada uma das dimensões *per si*.

No estudo das subescalas de cada dimensão encontramos no valor de alfa de Cronbach razoável consistência na exaustão emocional e física ($\alpha=0.717$), no cinismo ($\alpha=0.776$) e na eficácia profissional ($\alpha=0.787$). Os valores obtidos são semelhantes aos de Queirós (2005), do autor de referência nesta temática, embora inferiores. O autor obteve um alfa de Cronbach para cada dimensão de 0,79; 0,76 e 0,70 respectivamente para a exaustão emocional e física, cinismo e realização pessoal, (cf. Anexo III).

Inventário Clínico de Auto-Conceito

Para avaliação da variável Auto-conceito, foi utilizado como instrumento de medição o “Inventário Clínico de Auto-conceito” de Serra (1986), sensível a medir aspectos sociais e emocionais do auto-conceito.

O inventário Clínico do Autoconceito é uma escala subjectiva de auto-avaliação, unidimensional de tipo Likert, construída com o objectivo de medir os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito. Este instrumento procura medir a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontra. Os respondentes devem optar por uma de 5 alternativas de uma escala de tipo Likert que vai desde “Não concordo” a “Concordo muitíssimo”, umas vezes numa ordem directa e outras inversa. ”. A escala está concebida, de um modo geral, de forma a que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita, obtendo-se, no final, a soma total dos itens. As questões 3, 12 e 18 são elaboradas de forma negativa, sendo neste caso as pontuações invertidas. Quanto mais elevado é o somatório de todas as questões, melhor é o auto-conceito do indivíduo. A gama de pontuações obtidas possíveis varia entre 20 e 100, **sendo os valores médios para a**

¹ Ribeiro, J. (1999, p.113) “...uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80. São no entanto aceitáveis valores acima de 0,60. Estes baixos valores justificam-se quando as escalas têm um número de itens muito baixo”

população em geral, de 72,208 (dp=8,143) para os homens e de 72,069 (dp=7,836) para as mulheres, Vaz Serra (1986).

A cotação varia de 1 a 5 em que quanto mais alta for a pontuação que o indivíduo obtém, melhor será o seu auto-conceito.

Uma análise dos componentes principais, revelou a presença de quatro factores, perfeitamente bem definidos, dos quais os dois primeiros, pelas suas características, podem ser denominados de Aceitação/Rejeição Social e de Auto-eficácia. Estes dois primeiros factores são os mais importantes, e constituem facetas muito típicas do auto-conceito, relacionando-se, o primeiro, com o significado que uma pessoa pode ter para outra e, o segundo, com a competência sentida em relação à resolução de problemas. Ao factor 3 designou-se factor de Maturidade Psicológica e ao factor 4 chamou-se factor de Impulsividade/Actividade, conforme se encontra descrito no Quadro 4:

Quadro 4 – Factores do Auto-Conceito e respectivos itens

Factores²	Itens
Aceitação/Rejeição Social	1, 4, 9, 16, 17
Auto-Eficácia	3, 5, 8, 11, 18, 20
Maturidade Psicológica	2, 6, 7, 13
Impulsividade/Actividade	10, 15, 19

Fonte: Adaptado de Vaz Serra (1986)

Procedemos à averiguação da consistência interna do inventário do Auto-Conceito na presente amostra de forma a determinara a fidelidade do instrumento utilizado.

O estudo dos itens no aspecto da consistência interna revelou um alfa de Cronbach para a totalidade dos itens de 0.927 (cf. Anexo III), o que indica uma consistência interna muito boa. Vaz Serra (1986) aplicou a escala a 920 indivíduos pelo Coeficiente de Spearman-Brown, com 0.791. O coeficiente de correlação teste-reteste foi de 0.838 para 108 elementos, o que revelou boa consistência interna e estabilidade temporal.

1.7 - PROCEDIMENTOS

Após delinear os a questão de investigação, os objectivos e as variáveis em estudo iniciaram-se um conjunto de acções, com vista a atingir os objectivos do estudo. Primariamente, através de um requerimento via e-mail (anexo II) foi pedida a autorização à

² Os itens 12 e 14, são considerados pelo autor como factores mistos, sem qualquer denominação específica, não pertencer a nenhum dos factores mencionados.

Administração do CHT-Viseu para realizarmos o presente estudo. Nesse requerimento foram apresentadas as responsáveis pela pesquisa, explicados os objectivos e importância do estudo. A autorização foi deferida pelas entidades acima referidas, sob o nome da Sra. Enfermeira Directora Cassilda Neves.

No início do mês de Janeiro, procedemos finalmente, à entrega em mão do instrumento de recolha de dados a todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação pelas diversas unidades do CHT-Viseu, HUC e Hospital de Aveiro. Os participantes foram instruídos, verbalmente, sobre como deveriam responder aos questionários. A recolha do instrumento de colheita de dados foi realizada pessoalmente, em Março/Abril de 2012.

Após recolha de dados foi efectuado o tratamento estatístico dos mesmos, com posterior análise e discussão dos resultados.

1.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Coutinho (2011) advoga que a estatística permite organizar os dados obtidos e sustenta que a função do tratamento estatístico é “ (...) transformar dados em informação”.

Após a colheita de dados, efectuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Em concordância com Coutinho (2011), e de forma a sistematizar e organizar os dados recolhidos da nossa pesquisa, recorreremos à estatística descritiva e à estatística analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (PESTANA & GAGEIRO, 2005).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do coeficiente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a

distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2005), do seguinte modo:

- Dispersão **Baixa** $\leq 15\%$
- Dispersão **Moderada** $> 15\% \leq 30\%$
- Dispersão **Alta** $> 30\%$

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica. A estatística analítica ou inferencial permite verificar se as relações existentes entre as variáveis de uma amostra poderão ser universalizáveis à população.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (MAROCO, 2007).

Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (MAROCO, 2007), o que aliás, vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro, (2008) quando afirma que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (MAROCO, 2007) ou seja, só recorreremos a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (PESTANA & GAGEIRO, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um factor (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (PESTANA & GAGEIRO, 2008);
- **Regressão** é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma **regressão linear simples**. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a **regressão múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2008) sugerem que:

- ✓ $r < 0.2$ – associação muito baixa
- ✓ $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- ✓ $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- ✓ $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- ✓ $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

O **coeficiente de correlação de Pearson**, é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos numa variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;

O **Teste de qui quadrado (X^2)**, usado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (PESTANA & GAGEIRO, 2008, p.127, 128 e 131).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ * - diferença estatística altamente significativa**

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0 (2006) para Windows.

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, proceder-se-á a uma caracterização da amostra, e posteriormente realizada a análise inferencial.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

A amostra é constituída por 62 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, maioritariamente do sexo feminino (67.8%), com idades compreendidas entre os 27 e os 53 anos, com uma média de 38,76 anos ($Dp=7,671$), com uma dispersão moderada em torno da média ($CV=19,79$). Na relação entre a idade e o sexo, verificamos que as mulheres apresentam uma média de idades superior comparativamente aos homens ($OM=31,61$ Vs $OM=31,28$), contudo as diferenças estatísticas não são significativas ($U=415.5$; $Z=-0.068$; $p=0.946$), (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros em função do sexo

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	20	27	52	38,35	7,471	0,852	-0,995	19,48	31,28	U=415,5; Z=-0,068; p=0,946
Feminino	42	28	53	39,95	7,845	0,243	1,831	19,63	31,61	
Total	62	27	53	38,76	7,671	0,611	-2,077	19,79		

No que respeita ao estado civil, a maioria dos enfermeiros são “casados” ou vivem em “união de facto” (69.4%), 25.8% “solteiros” e 4.8% são “viúvos”. Existe um maior número de homens “casados ou a viver em união de facto” face às mulheres (85.0% vs 61.9%), e um maior número de mulheres divorciadas ou viúvas (7.1%). Por sua vez não existem homens com este estado civil, revelando os valores residuais diferenças não significativas nestes grupos ($res < 1.9$), (cf. Quadro 5).

Face à Formação Académica, a maioria dos enfermeiros é licenciado (45.2%), 41.9% têm Pós-Graduação e 12.9% têm mestrado. Os homens estão mais representados na Pós-Graduação face às mulheres (60.0% vs 33.3%) revelando o valor residual diferenças significativas face a este grupo entre homens e mulheres (res=2.0) (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Características sociodemográfica dos enfermeiros em função do sexo³

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	20	32,2	42	67,8	62	100,0
ESTADO CIVIL (N=62)						
Solteiro	3	15,0	13	31,0	16	25,8
Res		-1,3		1,3		
Casado/União de facto	17	85,0	26	61,9	43	69,4
Res		1,8		-1,8		
Divorciado/Viúvo	0	0,0	3	7,1	3	4,8
Res		-1,2		1,2		
FORMAÇÃO ACADÉMICA (N=62)						
Licenciatura	7	35,0	21	50,0	28	45,2
Res		-1,1		1,1		
Pós Graduação	12	60,0	14	33,3	26	41,9
Res		2,0		-2,0		
Mestrado	1	5,0	7	16,7	8	12,9
Res		-1,3		1,3		

³ O teste Qui-Quadrado pressupõe que em tabelas superiores a 2x2, nenhuma célula da tabela tenha frequência inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Se estes pressupostos não foram garantidos, o nível de significância pode ser enganador pelo que é aconselhável recorrer aos resíduos ajustados estandardizados, os quais informam sobre quais as células que têm comportamento significativo. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para p=0.05, (Pestana e Gageiro, 2008, p. 131)

Perfil sociodemográfico dos Enfermeiros Especialistas

O perfil sociodemográfico médio revela indivíduos do sexo feminino (67.8%), com cerca de 39 anos, casados ou a viver em união de facto (69.4%) e possuindo Licenciatura (45.2%).

2.2 – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

O Tempo de serviço na profissão variou entre um mínimo de 2 anos e um máximo de 31 anos, com um tempo médio de 16.53 (Dp=8.162). Quanto ao tempo de serviço enquanto especialista os valores variam entre o meio ano e os 22 anos, com um valor medio de 5.73 (Dp=5.714). Constatamos que as mulheres trabalham há mais tempo face aos homens e que os homens exercem funções de especialista há mais tempo face às mulheres contudo o teste U de Mann Whitney revelou diferenças não significativas ($p > 0.0\%$), (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Estatísticas relativas ao Tempo de serviço na profissão e enquanto especialista

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
TEMPO DE SERVIÇO NA PROFISSÃO										
Masculino	20	2	29	15,65	7,875	0,217	-0,799	50,32	29,80	U=386,0;
Feminino	42	4	31	16,95	8,354	0,263	-1,746	49,28	32,31	Z=-0,513;
Total	62	2	31	16,53	8,162	0,368	-1,883	49,37		p=0,608
TEMPO DE SERVIÇO ENQUANTO ESPECIALISTA										
Masculino	20	1	22,0	5,75	6,175	3,863	2,695	107,39	33,58	U=378,5;
Feminino	42	0,5	17,0	5,70	5,575	3,093	-0,443	97,81	30,51	Z=-0,631;
Total	62	0,5	22,0	5,73	5,714	4,638	1,067	99,72		p=0,528

A maioria dos enfermeiros especialistas exerce funções de especialista no local onde trabalha (59.7%), sendo que 72.6% dos Enfermeiros especialista trabalha apenas num local enquanto 27.4% trabalha em simultâneo noutro local. O teste Qui-quadrado revelou que os homens não se diferenciam das mulheres nas variáveis Exerce funções de especialista ($\chi^2=0.001$; $p=0.971$) e no Trabalha noutro local ($\chi^2=0.099$; $p=0.753$), (cf. Quadro 7).

Quanto ao tipo de vínculo, 88.7% dos enfermeiros especialistas tem um Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, e 11.3% um Contrato de trabalho a termo incerto. Os valores obtidos por homens e mulheres são semelhantes, revelando os valores residuais que as diferenças não são significativas ($res < 1.96$), (cf. Quadro 7).

O tipo de horário mais frequente é o horário fixo (77.4%), 22.65 dos especialistas faz horário tipo roulement (22.6%), trabalhando 35 horas por semana (83.9%). Os valores residuais nestas variáveis evidenciam que homens e mulheres não se diferenciam ($res < 1.96$). (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Características profissional dos enfermeiros em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
EXERCE FUNÇÕES DE ESPECIALISTA (N=62)						
Sim	12	60,0	25	59,5	37	59,7
Res		0,0		0,0		
Não	8	40,0	17	40,5	25	40,3
Res		0,0		0,0		
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,001$; $p=0,971$						
TRABALHA NOUTRO LOCAL (N=62)						
Sim	6	30,0	11	26,2	17	27,4
Res		0,3		-0,3		
Não	14	70,0	31	73,8	45	72,6
Res		-0,3		0,3		
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,099$; $p=0,753$						
TIPO DE VINCULO (N=62)						
Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	17	85,0	38	90,5	55	88,7
Res		-0,6		0,6		
Contrato de trabalho a termo	3	15,0	4	9,5	7	11,3

incerto						
Res		0,6		-0,6		
TIPO DE HORÁRIO (N=62)						
Fixo	16	80,0	32	76,2	48	77,4
Res		0,3		-0,3		
Roulement	4	20,0	10	23,8	14	22,6
Res		-0,3		0,3		
HORARIO DE TRABALHO (N=62)						
35 horas por semana	16	80,0	36	85,7	52	83,9
Res		-0,6		0,6		
40 horas por semana	4	20,0	6	14,3	10	16,1
Res		0,6		-0,6		

Observamos que a maioria dos Enfermeiros especialistas referem que o volume de trabalho atribuído é por vezes exagerado (51.6%), para 35,5% esse volume de trabalho é muitas vezes excessivo.

Relativamente ao motivo que leva os enfermeiros a ingressarem na especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 90.4% fê-lo por ser a sua área de preferência, 4.8% foi pela progressão da carreira e 4.8% para adquirir formação/competência para assegurar o emprego, (cf. Quadro 9).

Nos últimos 12 meses 22.5% dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação pensou em *Concorrer ou pedir transferência para outro estabelecimento ou serviço*, 6.5% em *Pedir licença sem vencimento*, *Meter os papéis para aposentação antecipada* e *Mudar de profissão*. Contudo a maioria da amostra não teve nenhum destes pensamentos (53.2%), (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Estatísticas relativas ao volume de trabalho e os motivos de ingresso na especialidade de Enfermagem de Reabilitação

	N	%
CONSIDERA EXAGERADO O VOLUME DE TRABALHO QUE HABITUALMENTE LHE É ATRIBUÍDO NO SERVIÇO? (N=62)		
Sempre\ Muitas Vezes	22	35,5
Por Vezes	32	51,6
Raramente\Nunca	8	12,9
MOTIVOS DE INGRESSO NA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (N=62)		
Área de preferência	56	90,4
Categoria de especialista/Progressão na carreira	3	4,8
Adquirir formação/competências para assegurar o emprego	3	4,8
NOS ÚLTIMOS DOZE MESES, ALGUMA VEZ PENSOU SERIAMENTE EM: (N=62)		
Pedir a exoneração do lugar do quadro ou a rescisão do contrato	3	4,8
Concorrer ou pedir transferência para outro estabelecimento ou serviço	14	22,5
Pedir licença sem vencimento	4	6,5
Meter os papéis para aposentação antecipada	4	6,5
Mudar de profissão	4	6,5
Nunca pensou em nenhuma destas hipóteses	33	53,2

Relativamente à possibilidade dos enfermeiros de reabilitação fazerem novas escolhas, observamos pela análise do Quadro 10 que 51.6% dos enfermeiros voltaria a escolher a mesma profissão e apenas 21% pretenderia mudar de instituição onde trabalha. O SNS é escolhido por 46.9% dos enfermeiros como o principal empregador, 14.5% escolheriam o sector privado e 8.1% o trabalho independente. O hospital é o local principal de trabalho para 59.7% dos enfermeiros especialistas, 8.1% escolhem o centro de saúde, sendo que 35.5% deseja manter-se no mesmo serviço onde exerce funções actualmente.

Quadro 10 – Estatísticas relativas as escolhas dos Enfermeiros de Reabilitação

	Sim		Não		Talvez		Não Sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A mesma profissão ou carreira	32	51,6	14	22,6	15	24,2	1	1,6
Outra instituição como local de trabalho	13	21,0	35	56,5	12	19,4	2	3,1

O serviço nacional de saúde como principal empregador	29	46,9	16	25,8	15	24,2	2	3,1
O sector privado da saúde como principal empregador	9	14,5	28	45,1	21	33,9	4	6,5
Exclusivamente a actividade independente	5	8,1	38	61,3	13	21,0	6	9,6
O hospital como local de trabalho principal	37	59,7	10	16,1	10	16,1	5	8,1
O centro de saúde como local de trabalho principal	5	8,1	40	64,4	12	19,4	5	8,1
O mesmo serviço onde trabalho hoje	22	35,5	15	24,2	22	35,5	3	4,8

Perfil profissional dos Enfermeiros Especialistas

O perfil profissional médio revela que os enfermeiros trabalham há cerca de 17 anos, cinco dos quais como Enfermeiro Especialista, exercendo funções de especialista (59.7%), trabalhando apenas num local (72.6%), possuindo um contrato de trabalho indeterminado (88.7%), realizando 35 horas por semana (83.9%), em horário fixo (77.4%), tendo ingressado na especialidade de Enfermagem de Reabilitação por ser a área de referência (90.4%).

2.3 – CARACTERIZAÇÃO PSICOLÓGICA

O Inventário do Auto-Conceito avalia a percepção que o indivíduo tem de si próprio. Os valores do auto-conceito variam entre 39 e 94, com um valor médio de 70.08 com um desvio padrão de 14.027, face ao sexo dos enfermeiros especialistas, observamos que os homens possuem melhor autoconceito face às mulheres (OM=36.13 vs OM=29.30), (cf. Quadro 11).

O teste U de Mann Whitney entre o auto-conceito e o sexo dos enfermeiros revela diferenças estatísticas não significativas (U=327.5; Z=-1.394; p=0.163), (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Estatísticas relativas ao autoconceito em função do sexo

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	20	39	94	73,35	15,107	-2,423	0,934	20,59	36,13	U=327,5;
Feminino	42	41	90	68,52	13,389	-1,394	-1,287	19,54	29,30	Z=-1,394;
Total	62	39	94	70,08	14,027	-2,263	-0,914	20,01		p=0,163

A Idade, o tempo de serviço na profissão associaram-se de forma inversa com o auto-conceito, ou seja, os profissionais mais velhos e que trabalham há mais tempo pontuam com pior auto-conceito, (Idade: $r=-0.132$; $p=0.307$; Tempo de serviço: $r=-0.128$; $p=0.322$), e de forma positiva com o tempo de serviço enquanto especialista ($r=0.134$; $p=0.298$). Contudo os valores de t evidenciam que nenhuma das variáveis influencia de forma significativa o auto-conceito dos enfermeiros, (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Análise de regressão linear simples entre a idade e o Autoconceito

	r	r ² (%)	p	t	p
Idade	-0,132	1,7	0,307	-1,030	0,307
Tempo de serviço na profissão	-0,128	1,6	0,322	-0,999	0,322
Tempo de serviço enquanto Especialista	0,134	1,8	0,298	1,050	0,298

Quanto ao estado civil, verificou-se que os profissionais solteiros são quem menor auto-conceito possui (Peso médio=29.16), em sentido oposto, os profissionais casados ou a viver em união de facto têm melhor auto-conceito (Peso médio=32.41), sendo as diferenças encontradas estatisticamente não significativas ($H=0.382$; $p=0.826$), (cf. Quadro 13).

Os enfermeiros que possuem Pós-graduação são quem menor auto conceito possuem, no entanto as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($H=0.248$; $p=0.884$), (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil, a formação académica e o Autoconceito

ESTADO CIVIL (N=62)	Solteiro	Casado\União de Facto	Viúvo\ Divorciado	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
AUTOCONCEITO	29,16	32,41	31,00	0,382	0,826
FORMAÇÃO ACADÉMICA (N=62)	Licenciatura	Pós Graduação	Mestrado	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
AUTOCONCEITO	32,57	30,17	32,06	0,248	0,884

Observamos que os enfermeiros que exercem funções de especialista, que trabalham segundo um horário fixo fazendo 40 horas por semana, são os que pontuam com melhor auto conceito. Contudo as diferenças encontradas não são significativas face às variáveis profissionais ($p > 0.05$), (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Teste de U de Mann Whitney entre as variáveis profissionais com o Autoconceito

EXERCE FUNÇÕES DE ESPECIALISTA (N=62)	Sim	Não	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
AUTOCONCEITO	31,84	31,00	450,0	-0,180	0,857
TIPO DE HORÁRIO (N=62)	Fixo	<i>Roulement</i>	U de Mann Witheney		
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	Z	p
AUTOCONCEITO	33,55	24,46	237,5	-1,660	0,097
HORÁRIO DE TRABALHO (N=62)	35 horas por semana	40 horas por semana	U de Mann Witheney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
AUTOCONCEITO	30,99	34,15	233,5	-0,508	0,612

Burnout

Para avaliar o nível de *burnout*, foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory - General Survey* (MBI-GS), já apresentado anteriormente. De acordo com os autores este inventário não comporta um valor global, mas antes três notas oriundas de cada uma das dimensões. Desta forma são considerados como indicadores de perturbação valores iguais ou superiores a 15 para as dimensões “exaustão emocional e física” e “cinismo” e para a dimensão “eficácia profissional” valores superiores ou iguais a 18 (ineficácia valores inferiores a 18).

Realizamos a análise face as dimensões do MBI-GS, usando a metodologia anterior, com os valores limiares preestabelecidos, identificamos entre os enfermeiros especialistas deste estudo **19.4% com exaustão emocional e física, 12.9% com cinismo e 3.2% com ineficácia profissional (96.8% com eficácia profissional)**. Os homens apresentam valor

maior de exaustão emocional e física (20.0% vs 19.0%), maior cinismo (25.0% vs 7.1%) e uma maior eficácia profissional (100.0% vs 95.2%) face às mulheres. Inferimos pelos valores residuais que apenas na dimensão cinismo as diferenças entre os sexo são significativas ($\text{res}=2.0$), ou seja os homens têm maiores atitudes de cinismo face às mulheres, nas restantes dimensões as diferenças revelam ser não significativas, (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Caracterização dos Profissionais de Saúde segundo as dimensões do *Burnout*

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
EXAUSTÃO EMOCIONAL E FISICA (N=62)						
Superior ao indicador de perturbação (≥ 15)	4	20,0	8	19,0	12	19,4
Res	0,1		-0,1			
Inferior ao indicador de perturbação (< 15)	16	80,0	34	81,0	50	80,6
Res	-0,1		0,1			
CINISMO (N=62)						
Superior ao indicador de perturbação (≥ 15)	5	25,0	3	7,1	8	12,9
Res	2,0		-2,0			
Inferior ao indicador de perturbação (< 15)	15	75,0	39	92,9	54	87,1
Res	-2,0		2,0			
EFICÁCIA PROFISSIONAL (N=62)						
Superior ao indicador de perturbação (≥ 18)	20	100,0	40	95,2	60	96,8
Res	1,0		-1,0			
Inferior ao indicador de perturbação (< 18)	0	0,0	2	2	2	3,2
Res	-1,0		1,0			

A associação entre a idade com as dimensões do burnout, evidencia que quando aumenta a idade dos enfermeiros especialistas diminui a exaustão emocional e física ($r=-0.038$; $p=0.00771$), o cinismo ($r=-0.032$; $p=0.803$), e aumenta a eficácia profissional ($r=0.327$; $p=0.0010$). Contudo o valor de t evidencia apenas associação significativa entre a idade e a eficácia profissional, pelo que se conclui que a idade é responsável por 10.7% da variação da eficácia profissional nos enfermeiros especialistas, (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Análise de regressão linear simples entre a idade com as dimensões do *Burnout*

	r	r²(%)	p	t	p
Exaustão Emocional e Física	-0,038	0,1	0,771	-0,292	0,771
Cinismo	-0,032	0,1	0,803	-0,250	0,803
Eficácia Profissional	0,327	10,7	0,010**	2,679	0,010**

Utilizamos o teste de Kruskal-Wallis para estudar a relação entre o estado civil com o burnout, constatamos que os enfermeiros casados apresentam maior exaustão emocional e física (PM=34.51), sendo os que estão viúvos\divorciados quem menos exausto está (PM=18.83), contudo as diferenças encontradas não são significativas ($H=4.610$; $p=0.116$), (cf. Quadro 17).

Os profissionais viúvos\divorciados são os que se encontram com maior eficácia profissional, contudo as diferenças encontradas revelaram ser não significativas ($p>0.05$), (cf. Quadro 17).

Na dimensão cinismo são novamente os enfermeiros casados que têm valores mais elevados, logo maior cinismo, (PM=35.26) em sentido oposto estão os profissionais viúvos\divorciados que têm menos atitudes cínicas (PM=17.00). As diferenças encontradas entre os grupos são estatisticamente significativas ($H=6.507$; $p=0.039$) (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Estado Civil e as dimensões do *Burnout*

	ESTADO CIVIL	Peso Médio	Teste de Kruskal-Wallis	
			H	p
EXAUSTÃO EMOCIONAL E FÍSICA	Solteiro	25,78	4,610	0,116
	Casado\União de Facto	34,51		
	Viúvo\ Divorciado	18,83		
CINISMO	Solteiro	24,13	6,507	0,039*
	Casado\União de Facto	35,26		
	Viúvo\ Divorciado	17,00		
EFICÁCIA PROFISSIONAL	Solteiro	27,56	1,404	0,496
	Casado\União de Facto	32,44		
	Viúvo\ Divorciado	39,00		

O tempo de serviço dos profissionais explica 12.4% da variância da eficácia profissional dos enfermeiros, ou seja quando aumenta tempo de serviço a exercer funções de especialista maior é a eficácia profissional dos enfermeiros em estudo ($r=0.352$; $p<0.005$), (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Análise de regressão linear simples entre o tempo de serviço enquanto especialista com as dimensões do *Burnout*

	r	r ² (%)	p	t	p
Exaustão Emocional e Física	-0,023	0,05	0,862	-0,175	0,862
Cinismo	-0,053	0,3	0,683	-0,410	0,683
Eficácia Profissional	0,352	12,4	0,005**	2,914	0,005**

Perfil Psicológico do Enfermeiro

O perfil psicológico da amostra mostra-nos a existência de 19.4% dos enfermeiros com exaustão emocional e física, 12.9% com cinismo e 3.2% com ineficácia profissional, ou seja 3.2% enfermeiros com burnout. Com uma média de auto-conceito de 70.08, sendo o valor médio do sexo masculino superior ao do sexo feminino.

2.4 – CARACTERIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O estudo da satisfação com o trabalho foi avaliada através do JDI, que como vimos anteriormente, os resultados variam de 0 a 54, sendo que os valores mais altos significam existir uma maior satisfação com a faceta do trabalho avaliada.

O estudo da Satisfação Profissional, nota global e dimensões, em função do sexo dos enfermeiros especialistas revela que as mulheres estão mais satisfeitas profissionalmente face aos homens (OM=32.10 vs OM=30.25), contudo o teste U de Mann Whitney revela que as diferenças encontradas não são significativas (U=395.0; Z=-0.379; p=0.705). O estudo das dimensões revelou que as mulheres estão mais satisfeitas em todas as dimensões, excepto nas dimensões *Satisfação com os Colegas* e *Satisfação com os Técnicos Operacionais*, onde são os homens que apresentam valores médios mais altos, logo estão mais satisfeitos com os colegas (OM=35.80 vs OM=29.45) e com os técnicos operacionais (OM=43.35 vs OM=25.86). Contudo as diferenças encontradas são significativas apenas na dimensão *Satisfação com os Técnicos Operacionais* (U=183.0; Z=-3.653; p=0.000), ou seja o sexo não influencia na Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas, (cf. Quadro 19).

Quadro 19 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do sexo

	Masculino	Feminino	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
Satisfação com a Organização	27,60	33,36	342,0	-1,209	0,227
Satisfação com as Remunerações	27,28	33,51	335,5	-1,331	0,183
Satisfação com o Superior imediato	29,38	32,51	377,5	-0,658	0,511
Satisfação com os Colegas	35,80	29,45	334,0	-1,326	0,185
Satisfação com a Promoção	28,28	33,04	355,5	-0,998	0,319
Satisfação com o Trabalho	26,65	33,81	323,0	-1,505	0,132
Satisfação com os Técnicos Operacionais	43,35	25,86	183,0	-3,653	0,000***
SATISFAÇÃO GLOBAL	30,25	32,10	395,0	-0,379	0,705

Como é referido anteriormente, os valores do JDI podem ser interpretados em termos grupais, podendo optar-se pela separação da amostra em grupos divididos pela mediana ou calculado pelos percentis abaixo de 25 (≤ 22 pontos) ou acima de 75 (≥ 32 pontos). Assim temos três grupos:

- Insatisfação - ≤ 22 pontos;
- Nem Insatisfeito, Nem satisfeito – 23 e os 31 pontos
- Satisfeito – ≥ 32 pontos

Deste modo, constatamos que os enfermeiros especialistas apresentam-se satisfeitos com o trabalho que realizam (74.2%), sendo que nenhum enfermeiro está insatisfeito (0.0%) e 25.8% não se encontram nem satisfeitos, nem insatisfeitos. As mulheres encontram-se mais satisfeitas face aos homens (76.2% 70.0%), contudo o teste Qui-Quadrado, revela que as diferenças não são significativas entre os sexos ($\chi^2=0.603$, $p=0.271$), (cf. Quadro 20).

Quadro 20 – Caracterização da Satisfação com o Trabalho (nota global) em função do Sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
SATISFAÇÃO COM O TRABALHO (NOTA GLOBAL) (N=135)						
Insatisfação	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nem Insatisfeito, Nem satisfeito	6	30,0	10	23,8	16	25,8
Satisfeito	14	70,0	32	76,2	46	74,2
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,603$; $p=0,271$						

No estudo da variável Estado Civil, verificamos que são os enfermeiros especialistas viúvos ou divorciados a apresentarem maior satisfação profissional (OM=35.50), em sentido oposto os enfermeiros solteiros estão mais insatisfeitos profissionalmente (OM=30.25). O teste Kruskal-Wallis evidencia que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativa ($H=0.232$; $p=0.891$), ou seja o estado civil é independente do satisfação profissional que os enfermeiros especialistas apresentam, (cf. Quadro 21).

Quadro 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do estado civil

ESTADO CIVIL (N=62)	Solteiro	Casado\União de Facto	Víuvo\ Divorciado	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
Satisfação com a Organização	25,78	33,13	38,67	2,575	0,276
Satisfação com as Remunerações	29,44	31,17	47,17	2,721	0,256
Satisfação com o Superior imediato	30,34	31,65	35,50	0,229	0,892
Satisfação com os Colegas	36,31	29,81	30,00	1,609	0,447
Satisfação com a Promoção	30,44	32,45	23,50	0,807	0,668
Satisfação com o Trabalho	29,13	33,20	19,83	2,029	0,362
Satisfação com os Técnicos Operacionais	34,22	29,97	39,00	1,250	0,535
SATISFAÇÃO GLOBAL	30,25	31,69	35,50	0,232	0,891

A Satisfação com o Trabalho (nota global e dimensões) é independente do Formação Académica, pois o teste de Kruskal-Wallis revela que as diferenças estatísticas não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Contudo observamos que os enfermeiros com menor grau de satisfação são que têm como formação académica Licenciatura, por sua vez que possui Pós Graduação esta mais satisfeito, (cf. Quadro 22).

Quadro 22 – Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Formação Académica

FORMAÇÃO ACADÉMICA (N=62)	Licenciatura	Pós Graduação	Mestrado	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
Satisfação com a Organização	29,52	31,27	39,19	1,901	0,387
Satisfação com as Remunerações	32,39	32,27	25,88	0,978	0,613
Satisfação com o Superior imediato	31,01	31,65	32,69	0,060	0,971
Satisfação com os Colegas	30,11	33,42	30,13	0,533	0,766
Satisfação com a Promoção	28,77	32,94	36,38	1,469	0,480

Satisfação com o Trabalho	28,11	34,67	33,06	1,968	0,374
Satisfação com os Técnicos Operacionais	33,38	31,06	26,38	1,010	0,604
SATISFAÇÃO GLOBAL	27,45	34,90	34,63	2,610	0,271

O estudo da associação da idade, com a nota global da Satisfação com o Trabalho, revelou existir uma correlação de Pearson estatisticamente significativa entre a idade e a satisfação profissional, ($r=0.259$; $p=0.042$). O valor de t evidencia que a idade explica 6.7%, da variação da satisfação profissional que os enfermeiros especialistas apresentam, ou seja, à medida que os enfermeiros são mais velhos mais satisfeitos se encontram, (cf. Quadro 23).

Quadro 23 – Análise de regressão linear simples entre nota global da Satisfação com o Trabalho com a idade, tempo de serviço na profissão e tempo de serviço enquanto especialista

	r	r²(%)	p	t	p
Idade	0,259	6,7	0,042*	2,074	0,042*
Tempo de serviço na profissão	0,219	4,8	0,088	1,736	0,088
Tempo de serviço enquanto Especialista	0,035	0,1	0,787	0,271	0,787

A análise da relação entre as variáveis de carácter profissional revelou que, quanto ao tempo de serviço na profissão e ao tempo de serviço enquanto especialista o valor de t mostra que estas variáveis não exercem influencia na satisfação profissional dos enfermeiros especialistas, ($p>0.05$), (cf. Quadro 23).

Observamos ainda que, são os enfermeiros que exercem funções de especialista que se encontram mais satisfeitos na nota global, e nas dimensões *Satisfação com a Organização*, *Satisfação com o Superior imediato*, *Satisfação com a Promoção* e na *Satisfação com o Trabalho*. O teste estatístico utilizado revelou que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, quer nas dimensões, quer na nota global ($p>0.05$), ou seja o exercício de funções de especialista por parte dos enfermeiros de reabilitação não influencia na satisfação profissional que apresentam, (cf. Quadro 24).

Quadro 24 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função da variável exerce funções de especialista

	Sim	Não	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
Satisfação com a Organização	32,51	30,00	425,0	-0,554	0,580
Satisfação com as Remunerações	28,91	35,78	355,5	-1,607	0,108
Satisfação com o Superior imediato	33,31	28,82	395,5	-0,988	0,323
Satisfação com os Colegas	28,70	35,64	359,0	-1,521	0,128
Satisfação com a Promoção	32,38	30,20	430,0	-0,479	0,632
Satisfação com o Trabalho	33,93	27,90	372,5	-1,330	0,183
Satisfação com os Técnicos Operacionais	30,19	33,44	414,0	-0,712	0,476
SATISFAÇÃO GLOBAL	31,97	30,80	445,0	-0,253	0,801

Os enfermeiros especialistas que não trabalham noutro local revela que estão mais satisfeitos profissionalmente (OM=32.14 vs OM=29.79), contudo o teste U de Mann Whitney revela que as diferenças encontradas não são significativas (U=353.5; Z=-0.460; p=0.645), sendo as diferenças encontradas significativas apenas na dimensão *Satisfação com os Técnicos Operacionais* (U=256.5; Z=-2.035; p=0.042), (cf. Quadro 25).

Quadro 25 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função da variável exerce trabalho noutro local

	Sim	Não	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
Satisfação com a Organização	31,62	31,46	380,5	-0,032	0,974
Satisfação com as Remunerações	37,00	29,42	289,0	-1,544	0,123
Satisfação com o Superior imediato	32,56	31,10	364,5	-0,292	0,770

Satisfação com os Colegas	29,82	32,13	354,0	-0,461	0,645
Satisfação com a Promoção	27,09	33,17	307,5	-1,215	0,224
Satisfação com o Trabalho	34,41	30,40	333,0	-0,805	0,421
Satisfação com os Técnicos Operacionais	24,09	34,30	256,5	-2,035	0,042*
SATISFAÇÃO GLOBAL	29,79	32,14	353,5	-0,460	0,645

O Teste U de Mann-Whitney, revela serem os enfermeiros com Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado os mais satisfeitos (OM=31.71 vs OM=29.86), sendo as diferenças estatisticamente não significativas (U=181.0; Z=-0.257; p=0.811), (cf. Quadro 26).

Pelo que se conclui que o tipo de vínculo não influencia na satisfação com o trabalho dos enfermeiros especialistas de reabilitação.

Quadro 26 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Tipo de Vínculo

	Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	Contrato de trabalho a termo incerto	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
Satisfação com a Organização	31,93	28,14	169,0	-0,538	0,616
Satisfação com as Remunerações	30,91	36,14	160,0	-0,756	0,485
Satisfação com o Superior imediato	31,27	33,29	180,0	-0,286	0,794
Satisfação com os Colegas	31,92	29,00	175,0	-0,399	0,711
Satisfação com a Promoção	31,25	33,50	178,5	-0,320	0,761
Satisfação com o Trabalho	31,26	33,26	179,5	-0,298	0,777
Satisfação com os Técnicos Operacionais	31,86	28,64	172,5	-0,455	0,663
SATISFAÇÃO GLOBAL	31,71	29,86	181,0	-0,257	0,811

O estudo da relação do Tipo de Horário praticado pelos Enfermeiros Especialistas com a Satisfação Profissional baseado no Teste U de Mann-Whitney, sugere que os enfermeiros que têm um horário tipo *Roulement* apresentam maior satisfação profissional face aos enfermeiros que trabalham em horário fixo (OM=40.14 vs OM=28.98), sendo as diferenças estatisticamente significativas (U=215.0; Z=-2.049; p=0.040) (cf. Quadro 27).

Nas dimensões *Satisfação com a Organização*, *Satisfação com as Remunerações*, *Satisfação com o Superior imediato*, *Satisfação com os Colegas* e *Satisfação com a Promoção* os enfermeiros em horário tipo *Roulement*, estão mais satisfeitos, nas restantes dimensões são os enfermeiros que fazem horário fixo a pontuarem com maior satisfação, contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (p>0,05), (cf. Quadro 27).

Quadro 27 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Tipo de Horário

	Fixo	<i>Roulement</i>	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
Satisfação com a Organização	31,24	32,39	323,5	-0,217	0,829
Satisfação com as Remunerações	30,07	36,39	267,5	-1,207	0,228
Satisfação com o Superior imediato	30,30	36,54	265,5	-1,220	0,222
Satisfação com os Colegas	29,98	36,71	263,0	-1,259	0,208
Satisfação com a Promoção	31,25	32,36	324,0	-0,207	0,836
Satisfação com o Trabalho	31,56	31,29	333,0	-0,052	0,959
Satisfação com os Técnicos Operacionais	31,42	31,79	332,0	-0,069	0,945
SATISFAÇÃO GLOBAL	28,98	40,14	215,0	-2,049	0,040*

Observamos que os enfermeiros que possuem maior satisfação são os que trabalham 35 horas semanais (OM=32.09), contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (U=229.5; Z=-0.587; p=0.557), ou seja o horário de trabalho é

independente da satisfação profissional dos enfermeiros especialista em reabilitação, (cf. Quadro 28).

Quadro 28 – Teste de U de Mann Whitney entre as dimensões e nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Horário de Trabalho

	35 horas por semana	40 horas por semana	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
Satisfação com a Organização	31,87	29,60	241,0	-0,374	0,708
Satisfação com as Remunerações	31,29	32,60	249,0	-0,220	0,826
Satisfação com o Superior imediato	32,89	24,25	187,5	-1,427	0,154
Satisfação com os Colegas	30,13	38,60	189,0	-1,391	0,164
Satisfação com a Promoção	32,51	26,25	207,5	-1,032	0,302
Satisfação com o Trabalho	32,19	27,90	224,0	-0,710	0,478
Satisfação com os Técnicos Operacionais	30,68	35,75	217,5	-0,833	0,405
SATISFAÇÃO GLOBAL	32,09	28,45	229,5	-0,587	0,557

Verificou-se ainda que os enfermeiros especialistas que consideram que o volume de trabalho é sempre ou muitas vezes excessivo são os que estão mais satisfeitos (PM=33.82). Após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis , inferimos que o volume de trabalho não influencia na satisfação profissional dos enfermeiros (H=2.002; p=0.367), (cf. Quadro 29).

Face à variável Motivos de ingresso na especialidade de Reabilitação, observamos que os enfermeiros que ingressaram nesta especialidade para *Adquirir formação/competências para assegurar o emprego*, são os que estão mais satisfeitos, por sua vez quem ingressou na especialidade de Reabilitação com o motivo *Categoria de especialista/Progressão na carreira*, são os que estão mais insatisfeitos. Contudo as diferenças encontradas revelam ser estatisticamente não significativa (H=0.249; p=0.883), (cf. Quadro 29).

Quadro 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da Satisfação com o Trabalho em função do Volume de trabalho e o motivo pelo ingresso na especialidade de reabilitação

VOLUME DE TRABALHO (N=62)	Sempre\ Muitas vezes	Por vezes	Raramente\ Nunca	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
SATISFAÇÃO GLOBAL	33,82	31,92	23,44	2,002	0,367

MOTIVOS DE INGRESSO NA ESPECIALIDADE DE REABILITAÇÃO (N=62)	Área de preferência	Categoria de especialista/Progressão na carreira	Adquirir formação/competências para assegurar o emprego	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
SATISFAÇÃO GLOBAL	31,39	29,00	36,00	0,249	0,883

A correlação de Pearson entre as variáveis psicológicas (auto-conceito e burnout) com a Satisfação Profissional revela que as associações são de sentido negativo com o auto-conceito ($r=-0.402$; $p=0.001$) e sentido positivo com as dimensões exaustão emocional e física ($r=0.138$; $p=0.285$), cinismo ($r=0.199$; $p=0.120$) e eficácia profissional ($r=0.102$; $p=0.431$), ou seja o aumento da satisfação profissional leva a aumento da eficácia profissional, maior cinismo, maior exaustão e menor autoconceito, (cf. Quadro 30).

Os valores da t revelam que apenas o auto-conceito é responsável pela variância da Satisfação Profissional, explicam 16.2% da variância da satisfação dos Enfermeiros Especialistas, ou seja quanto mais satisfeitos se encontrarem os especialista menor é o auto-conceito, (cf. Quadro 30).

Quadro 30 – Análise de regressão linear simples entre nota global da Satisfação com o Trabalho com o Autoconceito, e as dimensões do Burnout

	r	r ² (%)	p	t	p
Autoconceito	-0,402	16,2	0,001**	-3,399	0,001**
Exaustão Emocional e Física	0,138	1,9	0,285	1,078	0,285
Cinismo	0,199	3,9	0,120	1,575	0,120
Eficácia Profissional	0,102	1,0	0,431	0,793	0,431

2.5 – SÍNTESE DOS RESULTADOS

Assim, após a análise descritiva dos dados obtidos, procedemos ao teste das hipóteses. Para o efeito, relacionámos a variável dependente Satisfação Profissional, com as variáveis independentes em estudo.

Hipótese 1 (H₁) – Existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis Sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Formação Académica) e a Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas;

À maior **Idade** corresponde maior grau de satisfação pelos Enfermeiros especialistas, ($r=0.259$; $p=0.042$), sendo a idade responsável por 6.7% da variância da satisfação profissional ($t=2.074$; $p=0.042$), (cf. Quadro 23).

As mulheres encontram-se mais satisfeitos face aos homens, apresentando ordenações medias superior (OM=32.10 vs OM=30.25), ($U=395.0$; $Z=-0.379$; $p=0.705$), contudo o **sexo** não influencia na satisfação dos enfermeiros especialistas, (cf. Quadro 19).

A Satisfação com o trabalho, não é influenciada pelo **Estado Civil** (Teste Kruskal-Wallis: $H=0.232$; $p=0.891$), (cf. Quadro 21).

Os enfermeiros “*licenciados*” são os menos satisfeitos, contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, ($H=2.610$; $p=0.271$), (cf. Quadro 22).

Desta forma, infere-se que a satisfação dos enfermeiros especialistas sofre influência das variáveis sociodemográficas idade.

Hipótese 2 (H₂) – As variáveis profissionais (Tempo de serviço na profissão, Tempo de serviço enquanto especialista, Exerce funções de especialista, Trabalha noutra local, Tipo de Vínculo, Tipo de Horário, Volume de trabalho e Motivos de ingresso na especialidade de Enfermagem de Reabilitação) têm efeito significativo na predição da Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação:

O **tempo serviço na profissão** e o **tempo de serviço enquanto especialista** associou-se à satisfação de forma positiva, ou seja quanto maior os anos de serviço e enquanto especialista, maior a satisfação contudo as variáveis não influenciam a satisfação ($p > 0.05$), (cf. Quadro 23).

Os enfermeiros que exercem funções de especialista no serviço, que só trabalham num local, e que têm um contrato de trabalho por tempo indeterminado são os mais satisfeitos, contudo as diferenças encontradas não são significativas (> 0.05), ou seja as variáveis *funções de especialista*, *Trabalha noutra local*, *Tipo de Vinculo* são independentes da Satisfação Profissional (cf. Quadro 24, 25 e 26).

Os enfermeiros que têm um horário tipo *Roulement* apresentam maior satisfação profissional face aos enfermeiros que trabalham em horário fixo (OM=40.14 vs OM=28.98), sendo as diferenças estatisticamente significativas (U=215.0; Z=-2.049; $p=0.040$) (cf. Quadro 27).

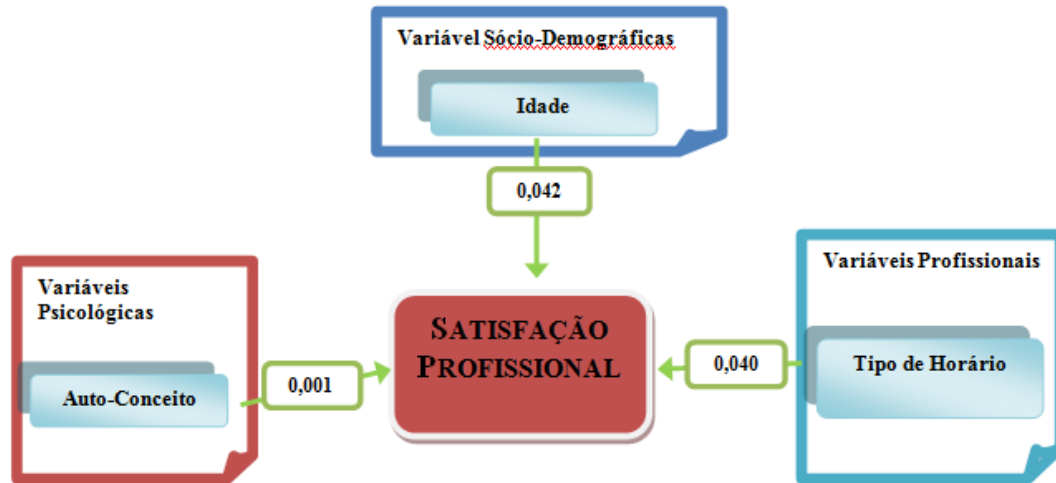
A satisfação profissional é maior nos enfermeiros que trabalham 35 horas semanais, que consideram ter um volume de trabalho excessivo sempre ou muitas vezes e que ingressaram na Especialidade de reabilitação para *Adquirir formação/competências para assegurar o emprego*, contudo estas variáveis não exercem um efeito significativo na variável dependente (satisfação Profissional), (cf. Quadro 28 e 29).

Desta forma, infere-se que a satisfação profissional dos enfermeiros especialistas sofre influência do Tipo de Horário.

Hipótese 3 (H₃) – O Auto-conceito e o Burnout têm efeito significativo na Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação.

Apenas o auto-conceito é responsável pela variância da Satisfação Profissional, explica 16.2% da variância da satisfação dos Enfermeiros Especialistas, ou seja quanto mais satisfeitos se encontrarem os especialista menor é o auto-conceito, (cf. Quadro 30).

Figura 6 – Modelo esquemático de associação entre a Satisfação Profissional e as variáveis independentes, de acordo com valores significativos



CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO

Apresentados e analisados os resultados obtidos, procede-se agora a uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, salientando alguns dos estudos publicados no âmbito da satisfação no trabalho. Este capítulo visa ainda apresentar e explicar as dificuldades e limitações metodológicas encontradas, referir os esforços de controlo dos erros e desvios no sentido de maximizar a validade dos resultados.

Atendendo aos objectivos e hipóteses inicialmente propostos inicia-se a discussão dos resultados de acordo com o seguimento da sua apresentação.

3.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das nossas preocupações foi desenvolver um trabalho metodológico rigoroso e científico. A metodologia usada, foi a que nos pareceu ser a mais benéfica para facilitar e tornar possível a realização deste estudo.

No entanto, durante a elaboração desta pesquisa confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que passamos a enumerar:

- No contexto da fundamentação teórica, verificamos que o número de estudos publicados em Portugal sobre a satisfação profissional dos enfermeiros especialistas é reduzido. Contudo, os estudos sobre esta temática têm aumentado na última década, principalmente porque foi neste período que ocorreram as mudanças mais significativas ao nível das políticas da saúde e do financiamento dos hospitais.
- Outra limitação foi a técnica de amostragem ser não probabilística, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de um elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo.
- Colaboração no estudo – dos 80 questionários distribuídos apenas foram devolvidos 62, correspondendo a cerca de 77.5% do total entregue.
- A entrega e recolha do instrumento de colheita de dados constituíram uma limitação do estudo, uma vez que a dinâmica organizacional do serviço cedia pouco tempo aos colegas para que nos recebesse e se inteirasse do objectivo do estudo,

designadamente foram entregues alguns questionários fora da hora de serviço pela referida indisponibilidade dos enfermeiros de reabilitação.

A entrega dos questionários foi feita pessoalmente aos enfermeiros, sendo distribuídos os questionários em envelopes individuais que após o preenchimento era selado e entregue ao enfermeiro chefe, procedendo-se posteriormente à sua recolha.

Efectuámos o tratamento estatístico utilizando o programa SPSS 18.0, não tendo sido necessário excluir questionários, encontravam-se todos correcta e completamente preenchidos, constituiu-se uma amostra de 62 enfermeiros.

A análise efectuada às características psicométricas do instrumento de colheita de dados, no que respeita à fidelidade do instrumento permitiu apurar que a consistência interna para a Escala Satisfação Profissional dos Enfermeiros revelou um alfa de Cronbach de 0,753, de 0,927 para o Inventário do Auto-Conceito, de 0,717; 0,776 e 0,787 para as dimensões Exaustão Emocional e Física, o Cinismo e a Eficácia Profissional (MBI-GS). Considerando os valores referenciados por Hill (2000) que os valores entre 0,7 e 0,8 são razoáveis, entre 0,8 e 0,9 são classificados como bons e superiores a 0,9 são excelentes, podemos inferir que os instrumentos utilizados na nossa investigação face à consistência interna, denotam respectivamente características psicométricas razoáveis, boas e excelentes.

Apesar de algumas dificuldades, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido.

Assim, com base nos resultados obtidos, pensamos que os objectivos principais foram atingidos com sucesso, uma vez que foi possível:

- Caracterizar e avaliar psicologicamente os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, do ponto de vista do *Burnout* e do Auto-Conceito;
- Caracterizar e avaliar a Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação;
- Avaliar as dimensões com maior importância para a Satisfação Profissional dos Enfermeiros;
- Avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas, profissionais e psicológicas na Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação

Iniciamos a discussão dos resultados com a descrição e influência das variáveis socio-demográficas, profissionais e psicológicas na Satisfação Profissional dos Enfermeiros

e findamos com a caracterização da Satisfação Profissional dos Enfermeiros em termos globais.

3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à “**idade**”, verificou-se que os 62 enfermeiros da nossa amostra tinham idades compreendidas entre os 27 e os 53 anos, com uma média de 38,76 anos. Face a estes dados indagamos que estamos perante uma amostra predominantemente adulta jovem. De acordo com os resultados, os enfermeiros especialistas mais velhos possuem um grau de satisfação maior comparativamente aos mais novos, existindo uma correlação de Pearson estatisticamente significativa entre esta variável e a satisfação profissional. Este resultado é corroborado pelo estudo de Fontes (2009) que utilizou uma amostra de 220 Enfermeiros, de dois serviços de natureza diferente (Serviços de Cuidados Intensivos e Serviços de Medicina), de dois hospitais da região Norte, em que pesquisou a satisfação profissional. Cada vez mais se verifica a existência de enfermeiros acabados de formar (jovens) sem vínculo à função pública, situação susceptível de influenciar a satisfação dos trabalhadores.

Relativamente ao “**género**”, a nossa amostra era maioritariamente feminina (67.8%). Tal facto pode ser explicado porque em enfermagem o número de mulheres continua a ser superior ao dos homens, ainda que esta situação possa estar a modificar (a percentagem do género masculino tem vindo a aumentar ligeiramente ao longo dos anos) mantém-se uma profissão essencialmente feminina, relacionada com o cuidar do outro. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na literatura, que regista o predomínio do género feminino entre os profissionais da área de enfermagem (OE, 2009). De acordo com os resultados, relativamente a esta variável, as diferenças encontradas no presente estudo, quando se comparam as enfermeiras e os enfermeiros, não são estatisticamente significativas, apesar de se observar uma média de satisfação global no trabalho das mulheres superior à média de satisfação de trabalho encontrada nos homens (OM=32.10 vs OM=30.25). Estes resultados contrariam alguns estudos efectuados que apontam para um maior grau de satisfação no género masculino (MATOS, 2009; GONÇALVES, 1998). Contudo, existem investigações que vão de encontro aos nossos resultados (SOARES, 2007).

Quanto ao “**estado civil**”, a maioria dos enfermeiros são casados (69.4%), 25.8% são solteiros e 4.8% estão viúvos ou divorciados. Os resultados revelaram que os enfermeiros especialistas em reabilitação viúvos ou divorciados apresentam maior

satisfação profissional (OM=35.50) e os solteiros os mais insatisfeitos, no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas.

Relativamente à **“formação académica”**, a amostra é constituída por 41.9% de enfermeiros com pós-graduação e 12.9% com mestrado. Os resultados revelaram que quem possui pós-graduação está mais satisfeito profissionalmente e quem só tem a licenciatura encontra-se com menor grau de satisfação, no entanto a diferença não é estatisticamente significativa. Podemos acrescentar que relativamente à dimensão *satisfação com a remuneração* e à dimensão *técnicos operacionais* são os enfermeiros que possuem mestrado quem apresenta menor grau de satisfação. Estes resultados levam-nos a afirmar que *não existem diferenças significativas em tendência central entre as dimensões da satisfação profissional em função da Formação Académica*, logo não nos permitem concluir que a satisfação profissional é diferente conforme a formação académica dos enfermeiros especialistas em Reabilitação.

Em síntese, a hipótese 1 foi confirmada parcialmente, ou seja, inferimos que a idade tem efeito significativo no grau de satisfação profissional dos enfermeiros especialistas em reabilitação mas não as restantes variáveis sociodemográficas.

O **tempo de médio de serviço na profissão** foi de 16.53 anos e **tempo médio de serviço enquanto especialista** foi de 5.73 anos, as mulheres trabalham há mais tempo na profissão e os homens há mais tempo como especialistas, no entanto não existe uma diferença estatística significativa.

No que concerne à análise das variáveis de carácter profissional: **tempo de serviço na profissão e enquanto especialista**, neste estudo verificou-se que não exercem influência na satisfação profissional. Não confirmando este nosso resultado, aparecem os estudos realizados por Pereira (1996) e por Fontes (2009) onde verificaram a existência de uma correlação positiva no tempo de serviço na profissão e o grau de satisfação profissional. Os enfermeiros com menos tempo de serviço/carreira, habitualmente são os mais jovens, motivo que nos poderia fazer pressupor que possuem elevadas expectativas profissionais, muitas vezes difíceis de concretizar num curto espaço de tempo e conduzir a um menor nível de satisfação profissional. O Enfermeiro com mais tempo de serviço, para além de ter mais oportunidades para concretizar algumas expectativas, espera-se que apresente maior capacidade para enfrentar dificuldades.

A maioria dos especialistas encontra-se a exercer as suas funções de enfermagem de reabilitação no serviço onde trabalham (59.7%), 72.6% trabalha apenas num local, 88.7% em funções públicas por tempo indeterminado, em horário fixo (77.4%) e trabalhando 35

horas semanais (83.9%). O estudo revela que são os enfermeiros que trabalham apenas num local os que possuem maior grau de satisfação profissional, assim como os que são regidos por um contrato em funções públicas por tempo indeterminado, os que têm horário tipo roullement e os que trabalham 35 horas semanais. Apenas as diferenças encontradas na variável *Tipo de horário* se mostraram estatisticamente significativas na relação com a variável dependente Satisfação Profissional. Na variável *Volume de trabalho*, 51.6% dos inquiridos responderam que o volume de trabalho é por vezes exagerado e 35.5% que é muitas vezes exagerado, sendo estes dois grupos os que se revelaram mais satisfeitos com o trabalho. Relativamente ao *motivo pelo qual os enfermeiros ingressaram nesta especialidade*, 90.4% fê-lo por ser a sua área de preferência mas são os que a elegeram para adquirir formação/competências para assegurar o emprego quem está mais satisfeito, por sua vez, os que ingressaram pela especialidade/progressão na carreira são os mais insatisfeitos. Poderá este resultado ser explicado pelo congelamento de vagas, que permitiria a progressão na carreira, no nosso país desde a última década, devido às dificuldades económicas que a Nação apresenta, impossibilitando quem investiu na profissão angariar frutos do seu esforço, tais como um melhor salário, reconhecimento e maior autonomia.

Nos 12 meses que anteciparam o preenchimento do questionário, 22,5% dos enfermeiros especialistas pensaram em concorrer ou pedir transferência para outro estabelecimento ou serviço mas a maioria da amostra (53.2%) nunca pensou em alterar fosse o que fosse e, inclusive 51.6% escolheria a mesma profissão, o que poderá levar a depreender que a maioria se encontra confortável/satisfeito na situação em que se encontra. Estes resultados contrariam os do estudo de Fontes (2009), em que a maioria da amostra pensa em concorrer ou pedir a transferência para outro estabelecimento ou serviço (65%) ou mudar de profissão (29%).

A análise efectuada ao índice de **burnout** dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, indica que 19.4% dos enfermeiros apresentam exaustão emocional e física, 12.9% cinismo e 3.2% ineficácia profissional (96.8% de eficácia profissional). Sendo o cinismo a dimensão possivelmente mais grave por ser mais destruturante, poderemos inferir que 12.9% a 19.4% podem sofrer de uma forma grave ou moderada de burnout, e que apenas 3.2% têm plena consciência dessa perturbação, sentindo-se profissionalmente ineficazes. Os valores encontrados são inferiores aos de Júnior (2009), onde cerca de 34.5% dos enfermeiros manifestaram burnout em fase inicial (exaustão emocional e física), 18.8% apresentou manifestações mais avançadas (cinismo) e 5.2% manifestou um nível elevadamente grave com ineficácia profissional.

Os enfermeiros mais velhos manifestam menor exaustão emocional e física e uma maior eficácia profissional, por sua vez os mais novos estão mais exaustos e menos eficazes profissionalmente. Contudo apenas existe associação significativa entre a idade e a eficácia profissional. O nosso estudo segue a tendência descrita por Abalo & Roger (1998, cit. por Varoli & Souza, 2004) que indicam que os indivíduos com mais experiência têm níveis mais baixos de *burnout*. Contudo outras investigações apontam para a inexistência de relação entre estas variáveis (FONTES, 2009).

No género inferimos que apenas na dimensão cinismo as diferenças entre os sexos são significativas, os homens têm maiores atitudes de cinismo do que as mulheres, no entanto também apresentam um maior valor de exaustão emocional e física e uma maior eficácia profissional face às mulheres, indo de acordo com os resultados da investigação de Amaro (2007) que evidenciou valores médios mais elevados de *burnout* no sexo masculino.

Na análise de associação entre as dimensões de *Burnout* e a variável qualitativa “estado civil”, os resultados evidenciam que os enfermeiros casados são quem apresenta maior cinismo e maior exaustão emocional e física, os viúvos/divorciados quem se encontra com maior eficácia profissional. Na dimensão cinismo as diferenças encontradas são significativas.

Relativamente ao “tempo de serviço enquanto especialista”, este justifica 12.4% da variância da eficácia profissional dos enfermeiros, isto é, quanto maior o tempo de serviço a exercer funções de especialista maior é a eficácia profissional.

O valor médio de **auto-conceito dos enfermeiros especialistas em reabilitação** foi de 70,08, sendo este valor inferior ao da população portuguesa em geral e à média obtida nos estudos de Vaz Serra *et al.* (1986) e Chaves (2004). Os enfermeiros do sexo masculino apresentam melhor auto-conceito face ao sexo feminino, resultados idênticos obtiveram Vaz Serra *et al.* (1986), Nunes (1999 e 2004) e Albuquerque (2005, cit. por VALLE, 2007). Os profissionais mais velhos e que trabalham há mais tempo apresentam pior auto-conceito, contrariando as conclusões de Júnior (2009), os que têm mais tempo de serviço enquanto especialista e que exercem funções como tal, pontuam com melhor auto-conceito. Os enfermeiros que trabalham segundo um horário fixo, fazendo 40 horas semanais, casados ou em união de facto possuem melhor auto-conceito em relação aos outros elementos da amostra, contudo as diferenças encontradas nestes resultados não são estatisticamente significativas.

Nesta investigação estudamos a **associação entre as variáveis psicológicas Auto-conceito e *Burnout*** com a variável dependente ***Satisfação Profissional***, verificámos

existir associação de sentido negativo entre o auto-conceito e a Satisfação profissional e uma associação de sentido positivo com as dimensões do burnout, ou seja, o aumento da satisfação profissional manifesta-se num menor auto-conceito e leva ao aumento da eficácia profissional, maior cinismo e maior exaustão, contrariando os resultados de Queirós (2010) que mediante a sua amostra indagou que a uma maior exaustão emocional corresponde uma menor satisfação profissional. Em sentido contrário observamos correlação positiva entre o auto-conceito e a eficácia profissional, ou seja quando o auto-conceito é elevado existe um aumento da eficácia profissional dos enfermeiros, tal como indagaram Patricio, Almeida, Junior e Guterres (2011).

Verificamos que globalmente, e em função da escala de valores da satisfação profissional utilizada, os enfermeiros apresentam-se **satisfeitos (74,2%)**, sendo que nenhum enfermeiro está insatisfeito e 25.8% referem nem estar satisfeitos, nem insatisfeitos, estes dados são idênticos aos de Sampaio *et al.* (2003), cujo estudo classificou a satisfação dos enfermeiros em aproximadamente 70%. Silva (2004) por sua vez obteve maior percentagem de Enfermeiros satisfeitos, aproximadamente 90%. Na análise da satisfação profissional em função do sexo, inferimos, que o nível de satisfação é maior nas mulheres do que nos homens (76.2% 70.0%).

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES

A satisfação no trabalho exerce influência no estado emocional do indivíduo, manifestando-se sob a forma de alegria, resultante da satisfação ou na forma de sofrimento, decorrente da não satisfação. Trata-se de um tema valioso e que tem vindo a ser progressivamente enaltecido, principalmente nas sociedades desenvolvidas. No caso particular da satisfação na profissão de enfermagem, por se tratar de um conceito fundamental na avaliação dos cuidados de saúde prestados, assim como de todo o sistema organizacional, têm-se multiplicado nos últimos anos as investigações que possuem como principal intuito avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros.

No nosso país, a importância do estudo da satisfação profissional nos profissionais de saúde é valorizada e adopta mesmo um enquadramento legal, sendo um dos quatro critérios basilares para avaliar o Serviço Nacional de Saúde.

É frequente ouvirmos os profissionais de saúde em geral e os de enfermagem em particular referirem que se encontram insatisfeitos, com o tipo de cuidados que prestam, com os recursos materiais e humanos de que dispõem, com a remuneração que auferem e com as relações que estabelecem com os utentes ou com os restantes membros da equipa multidisciplinar.

Neste sentido, foi nosso desígnio, mediante uma perspectiva analítica, procurar compreender os factores que influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros, mais propriamente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, estudamos o *burnout*, o auto-conceito e as características sócio-demográficas e profissionais da amostra, pois acredita-se que interagem com a Satisfação Profissional.

Procurou-se, assim, responder à pergunta inicial: “Que variáveis influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação?”

Para responder a esta questão, propusemos um modelo explicativo e formularam-se as hipóteses em que se previa que:

- ✓ Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis Sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Formação Académica) e a variável dependente Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação.
- ✓ As variáveis profissionais têm efeito significativo na predição da Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação;

- ✓ O Auto-conceito e o Burnout têm efeito significativo na Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação.

As mesmas viriam a ser parcialmente aceites, como oportunamente descrevemos no sub capítulo referente à Apresentação e Análise dos Resultado inferindo-se que:

- A idade associou-se a Satisfação Profissional dos Enfermeiros (os mais velhos estão mais satisfeitos);
- A Formação Académica influencia a Satisfação Profissional dos Enfermeiros (os enfermeiros especialistas com pós-graduação estão mais satisfeitos);
- O Tempo de Serviço na Profissão e o tempo de serviço enquanto especialista não influenciou a Satisfação Profissional dos Enfermeiros;
- O exercício de funções de especialista por parte dos Enfermeiros de Reabilitação influencia a Satisfação Profissional (encontram-se mais satisfeitos);
- O facto de os enfermeiros especialistas em reabilitação trabalharem só num local se associou a uma maior satisfação profissional;
- O Tipo de Vinculo influencia a Satisfação Profissional dos Enfermeiros (os enfermeiros com contrato em funções publicas por tempo indeterminado são os mais satisfeitos);
- O tipo de horário influencia a Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação (os enfermeiros que têm um horário tipo *roulement* apresentam maior satisfação profissional);
- Evidenciamos uma correlação positiva entre o *Burnout* e a Satisfação Profissional, ou seja o aumento da satisfação profissional leva ao aumento da eficácia profissional, maior cinismo e maior exaustão;
- O Auto-Conceito associou-se com a Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação (quanto mais satisfeitos se encontrarem os especialistas menor é o auto-conceito);

Estas conclusões foram inferidas de uma amostra de enfermeiros pertencentes a três hospitais diferentes, que permitiu definir o perfil do enfermeiro estudado da seguinte forma:

Se quiséssemos traçar o **perfil sóciodemográfico** médio do enfermeiro, teríamos um indivíduo do sexo feminino (67.8%), com cerca de 39 anos, casado ou a viver em união de facto (69.4%) e possuindo licenciatura (42.2%).

O **perfil profissional** médio revela-nos um enfermeiro que trabalha há cerca de 17 anos, cinco dos quais como enfermeiro especialista, exercendo funções de especialista (59.7%), trabalhando apenas num local (72,6%), com um vínculo laboral de contrato de trabalho a tempo indeterminado (88.7%), realizando 35 horas semanais (83.9%), em horário fixo (77.4%) e tendo ingressado na especialidade de reabilitação por ser a área de referencia (90.4%).

O **perfil psicológico** médio mostra-nos a existência de 19.4% de enfermeiros com exaustão emocional e física, 12.9% com cinismo e 3.2% com ineficácia profissional, ou seja, 3.2% enfermeiros com burnout. Com uma média de auto-conceito de 70,08 (inferior à da população portuguesa), sendo o valor médio do sexo masculino superior ao do sexo feminino ($x=73,35$ vs $x=68,52$).

Inferimos que, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação se encontram “**Satisfeitos**”, situação em que se avaliam 74,2% dos enfermeiros, havendo algumas variações entre homens e mulheres, mas pouco significativas.

Dado que neste capítulo se procura enfatizar os resultados mais relevantes, diremos que, face aos resultados obtidos e atrás referenciados, pensamos ter dado resposta à questão de investigação formulada. Ficámos a saber que as variáveis idade, Tipo de Horário e o Auto-conceito influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação.

No que concerne às variáveis que predizem a satisfação, constatamos que o auto-conceito contribui para explicar 16,2% da variabilidade da Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e a idade 6.7%.

No que diz respeito aos esforços desenvolvidos no sentido de maximizar a fidelidade dos resultados obtidos, procedeu-se à verificação da consistência interna e homogeneidade dos enunciados do instrumento de recolha de dados.

De salientar, que por se tratar de uma amostra de conveniência os resultados não devem ser tomados como conclusivos, uma vez que não se trata de uma amostras representativa dos enfermeiros especialistas em reabilitação, e conseqüentemente não se pode extrapolar os resultados.

Embora os resultados indiquem que a maioria dos Enfermeiros de Reabilitação se encontram satisfeitos, também nos dizem que existem níveis de burnout consideráveis, logo, torna-se importante a necessidade de se prevenir esse desgaste profissional, através da

gestão adequada da instituição, tarefa difícil mas necessária, pois o burnout pode ter consequências negativas na qualidade de cuidados prestados aos utentes.

O índice de menor satisfação relativo à menor idade poderá resultar em grande parte da insegurança no emprego com que os jovens se deparam hoje, efeito provocado pelas mudanças que ocorreram ao nível do SNS, nomeadamente o aumento da empresarialização dos hospitais, e a mudança do vínculo público para os contractos individuais de trabalho. Gonçalves (2007) refere que com o correr dos tempos, a segurança laboral torna-se cada vez mais uma miragem, quase transcendente e inatingível, a este nível o trabalhador tem de optar por situações onde lhe dêem o mínimo de garantias e não uma totalidade das garantias.

Em termos de **sugestão** pensamos ser útil continuar a elaborar investigação na temática da Satisfação Profissional dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em reabilitação, no entanto utilizando amostras maiores, de forma a não comprometer a validade externa, permitindo assim a extrapolação dos resultados à população dos enfermeiros de reabilitação portugueses.

O Mestrando

Enf. Maria do Rosário Marques da Silva

Bibliografia

A

- ✿ ACTAS DO 6º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE .“**Saúde, bem-estar e qualidade de vida**”. Faro. Fevereiro, 2006. ISPA edições. ISBN: 972-8400-77-2. Pág. 783-789.
- ✿ ALCOBIA, P.; FERREIRA, J. M. Carvalho; NEVES, José; CAETANO, António - **Atitudes e satisfação no trabalho. Manual de Psicossociologia das Organizações**. Lisboa: McGraw-Hill. 2002.
- ✿ ALMEIDA, Micaela S. M. - **Enfermeiro Chefe: Tipo de Liderança e Satisfação Profissional**. Lisboa. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. 2011. Mestrado em Gestão de Serviços de Enfermagem.
- ✿ AMARO, H. J. Fernandes – Satisfação profissional e Burnout nos Enfermeiros. Que relação? – In Revista Portuguesa de Enfermagem. Janeiro/Fevereiro/Março de 2008. N.º 13. Pág. 33-39.
- ✿ AMARO, H. - Comportamentos comunicacionais nos profissionais de enfermagem. Dissertação do Mestrado de Psicologia da Educação. Universidade de Faro. Faro. 2007.
- ✿ ANDRÉ, Orlanda; NEVES, Ajuda (2001). “A Satisfação Profissional dos enfermeiros em serviços de Urgência”. Nursing. Lisboa. 157 : 15-19.
- ✿ ARAÚJO, Manuel S. G. - **Preditores Individuais e Organizacionais de Bullying no Local de Trabalho**. Universidade do Minho. Escola de Psicologia. 2009. Tese de Doutoramento em Psicologia.
- ✿ **Área do Conhecimento em Psicologia da Saúde**
- ✿ ASTORGA, Consuelo Morán – **Estrés, Burnout y Mobbing. Recursos y estratégias de afrontamiento**. Amarú Ediciones. Salamanca. 2005. ISBN:84-8196-232-5, pág. 54-59;

B

- ✿ BALZER, W. K., [et al.] - User’s manual for the Job Descriptive Index (JDI; 1997 Revision) and the Job in General (JIG) Scales. Bowling Green, OH: Bowling Green State University. 1997.
- ✿ BAUMANN, Andrea – **Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade. Instrumentos de Informação e Acção**. Conselho Internacional de Enfermeiros. 2007. Genebra. ISBN: 92-95040-80-5; pág. 5-32.
- ✿ BLEGEN, Mary A. (1993). **Nurses Job Satisfaction: A Meta-Analysis of Related Variables**. Nursing Research. Philadelphia. 42 (1) : 36-41;
- ✿ BORGES, S. L. e DANIEL, Fernanda - Satisfação Profissional dos Docentes: Uma Abordagem sobre Instrumentos de Medida. Interacções. ISSN: 1646-2335. Escola

Superior de Educação de Santarém - Instituto Politécnico de Santarém. Número 16. pp. 101-130. 2009;

- ✳ BRITO, C. N.; CRUZ, C.; FIGUEIREDO, J. F. – **Factores Preponderantes na Ocorrência e Manifestação da Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem**. [Em linha]. Campos Gerais. Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais. 2008. Monografia. Disponível em: <http://www.facica.edu.br/tcc/2008-2/caroline-cristianedacruzjoelma.pdf>

C

- ✳ CASTRO, J. [et al.]– Satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários: o caso do centro de saúde de Barcelos/Barcelinhos. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Julho-Dezembro 2011. ISSN: 0870-9025. Pág. 157-172.
- ✳ CERDEIRA, J. M. R. – **Avaliação da Satisfação dos Profissionais dos ACES Baixo Vouga II**. Dissertação. Universidade de Aveiro-Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, 2010.
- ✳ CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000. ISBN: 8535213481.
- ✳ COLLIÈRE, M. - **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures: Lusociência. 2003. ISBN: 972-8383-53-3
- ✳ COLLIÈRE, M. - **Promover a vida**. 3ª edição. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999;
- ✳ COUTINHO, Clara Pereira. **Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas. Teoria e Prática**. Almedina. Maio, 2011. ISBN: 9789724044873;
- ✳ CRISTÓVÃO, Rodrigo; Satisfação no trabalho. Teorias e instrumentos de Medida. [em linha]. Apresentação PowerPoint. 2008. Disponível em: <http://www.slideshare.net/R.S.C/apresentao-power-point-novo-presentation>
- ✳ CURA, M.L.A.D.; RODRIGUES, A.R.F. – Satisfação profissional do enfermeiro. Revista Latino Americana enfermagem. [em linha]. Ribeirão Preto. Vol. 7. N.º 4. Outubro 1999. Pág. 21-28; ISSN: 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n4/13485.pdf>

D

- ✳ DELBROUCK, Michel – **Síndrome de Exaustão (Burnout)**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006, p. 49. ISBN: 972-796-228-9.
- ✳ DIAS, Sofia; QUEIRÓS, Cristina, e CARLOTTO, M.S. - **Síndrome de burnout e factores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal**. [Em linha]. Aletheia. Maio/Agosto, 2010. 32, p.4-21. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26885/2/69570.pdf>

- ✿ DIAS, Sofia; QUEIRÓS, Cristina - **Engagement e Satisfação Profissional em Enfermeiros dos Serviços de Medicina e de Cirurgia**. 11º Congresso Nursing Lisboa. Portugal 17 – 18 Fevereiro 2011
- ✿ DIAS, Sofia; QUEIRÓS, Cristina – **Burnout e Satisfação Profissional em Enfermeiros**. Resumos: 3º Congresso Nacional de Educação para a Saúde. 1º Congresso Luso-Brasileiro de Educação para a Saúde. Revista do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. N.º Especial. Vol. IX. 2010. Pág. 11. ISSN: 1645-6084.
- ✿ DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA CONTEMPORANEA. Academia de ciências de Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 2001. II volume. Verbo. Pág. 3598; 3346;
- ✿ DIOGO, P. - **A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados**. Coimbra: Formasau, 2006.

E

- ✿ ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU – **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. [Em linha]. Viseu : [s.n.], 2009. [Consult. 9 Jun. 2012]. 59 f. Disponível em: <http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/UInvestigacao/GuiaElabTrabESSV26junho2008.pdf>

F

- ✿ FACHADA, M. O. - **Psicologia das Relações Interpessoais**. 6ª Edição. Lisboa: Edições: Rumo. 2003. ISBN: 972-688-120.
- ✿ FERREIRA, J., NEVES, J., CAETANO, A. - **Manual de Psicossociologia das Organizações**. Amadora: McGraw-Hill. 2001. P. 6-27, ISBN: 2-947255-305.
- ✿ FERREIRA, Paulo – Satisfação profissional dos enfermeiros do centro regional de oncologia de Coimbra. Revista investigação em enfermagem. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº4 (Agosto, 2001), p.20-28;
- ✿ FERREIRA, Vera - **A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Braga**. [Em linha]. 2011. [Consult. 9 Jun. 2012]. 154 f. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf>
- ✿ FERREIRA, T. – **Satisfação no trabalho dos enfermeiros que participam/participaram no programa PECLEC**. Viseu: Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, 2005. Tese de Mestrado em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde.
- ✿ FONTES, Ana Isabel Costa; **SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS... QUE REALIDADE? SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS VERSUS SERVIÇO DE MEDICINA**.

Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Novembro 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

- ✿ FORTE, Ana Isabel da Silva Castro; **BURNOUT, INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E AUTO-ACTUALIZAÇÃO EM ENFERMEIROS PSIQUIÁTRICOS**. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Maio 2009. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia. Ramo de Psicologia da Saúde.
- ✿ FORTIN, M. F. - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- ✿ FORTIN, M. F.- **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.
- ✿ FRANCÉS, R. – **Satisfação no trabalho e no emprego**. Porto: Editora Rés, 1984. ISBN: 9789727031184.
- ✿ FREDERICO, M. e LEITÃO, M. - **Princípios de Administração para Enfermeiros**. 1ª edição. Formasau. Coimbra, 2006.
- ✿ FREITAS, M. F. P. – **Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação**. Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

G

- ✿ GONÇALVES, Águeda da Assunção (1998) - Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas. Revista Referência. Coimbra. ISSN: 0874.0283. Edição n.º1, p. 41-48.
- ✿ GONÇALVES, E. – **Satisfação Profissional: Uma realidade em Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública, 2007. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.
- ✿ GRAÇA, L. - **A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos Centros de Saúde**. In **Instrumentos para a melhoria continua da qualidade**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Subdirecção Geral para Qualidade, Ministério da Saúde. 1999;
- ✿ GRAZZIANO, ES; Ferraz Bianchi, ER. IMPACTO DO STRESS OCUPACIONAL E BURNOUT PARA ENFERMEIROS. Enfermeria Global: Revista Eletrónica Semestral de Enfermagem [periódico na internet]. N.º 18. Fevereiro 2010. ISSN 1695-6141. [Consult. 9 Jun. 2012]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision1.pdf
- ✿ GREGÓRIO, Fernando António Santos - **COMPETÊNCIA EMOCIONAL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS**. FARO, 2008. Universidade do Algarve – Faculdade de ciências Sociais e Humanas – Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Educação de Beja. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

H

- ✿ HESBEEN, Walter – **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-43-6.
- ✿ Hill, Manuela; & Hill, Andrew - **Investigação por Questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2000. ISBN: 9789726182733.
- ✿ HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª Edição. Lusodidacta. Loures. 2011. ISBN: 978-989-8075-31-4.

J

- ✿ JÚNIOR, Luís M. – **O Enfermeiro nos Diferentes Modelos de Gestão Hospitalar**. Viseu: Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras. 2009. Tese de Mestrado em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde.

L

- ✿ LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade - **Metodologia científica**. 2a. ed. São Paulo. 1995.
- ✿ LEITER, M; MASLACH, C – **Burnout. Encyclopedia of Mental Health**. São Francisco: Jossey-Bass.1998. Vol.1. pág. 347-357;
- ✿ LOCKE, E. A. - **The Nature and Causes of Job Satisfaction**. Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally. 1976. Pág. 1297-1349;
- ✿ LOCKE, E. A. – **What is Job Satisfaction?** Organizational Behaviour Human Performance. Vol. 4. P. 309-336. 1964

M

- ✿ MAROCO, J. - **Análise Estatística: Com utilização do SPSS**. 3ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN: 9789726184522.
- ✿ MARQUES, G. F. S.; ARAÚJO, B. R. - **Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros do Instituto Português de Oncologia**. [Em linha]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. 2007. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Disponível em:
<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4636/1/SATISFA%C3%87%C3%83O%20NO%20TRABALHO%20DOS%20ENFERMEIROS%20DO%20INSTITUTO%20PORTUGU%C3%8AS%20DE%20ONCOLOGIA.pdf>
- ✿ MARQUES-TEIXEIRA,J.- **Burnout ou o Síndrome de exaustão. Saúde mental**. IV (2). 2002. Pág. 8-19.

- ✿ MARTINS, M. - Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. Millenium. Viseu. N.º 28. 2003. ISSN (edição electrónica) – 1647-662X
- ✿ MASLACH, C. & Leiter, M. - **The Truth about Burnout. How Organizations cause personal stress and what to do about it.** San Francisco. Jossey-Bass Publishers. 1997.
- ✿ MATOS, Vânia Patrícia Azevedo; OLIVEIRA, Andrea. **Satisfação dos Enfermeiros no Trabalho.** [Em linha]. Lisboa. Universidade Fernando Pessoa. 2009. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1620>
- ✿ MELO, Rosa - Auto-conceito: Implicações no desenvolvimento de estratégias de coping. [em linha]. Nursing. Lisboa. N.º 230. Março 2008. [consult. em 26.02.2012]. Disponível em: http://forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3259:auto-conceito-implicacoes-no-desenvolvimento-de-estrategias-de-coping&catid=173:
- ✿ MOURO, C. [et al.] - **Factores preventivos e indutores de burnout nos enfermeiros da UTIC do Hospital de Santa Maria: estudo de caso.** Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa, 2000. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

N

- ✿ NORONHA, Ana Sofia; **Da Insatisfação Profissional ao Burnout em Trabalhadores Autárquicos.** [Em linha]. Dissertação de mestrado. Interacções: Sociedade e as novas Modernidades. Coimbra. N.º 10 (2006). . [Consult. em 26.02.2012]. Pág. 187-197. Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/191/197>
- ✿ NUNES, Lucília – Enfermagem e Cidadania: uma relação a des-ocultar. Revista Pensar Enfermagem. Lisboa: Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem. ISSN: 0873-8904., Vol. 8, N.º 2 (2º semestre, 2004) p. 3.

O

- ✿ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Conselho de Enfermagem. 2010.
- ✿ ORDEM DOS ENFERMEIROS – História da Enfermagem de Reabilitação. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN: 153540/00. N.º 9 (Julho, 2003), p. 12-13.
- ✿ ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE]. Dados estatísticos 2000-2009. [Em linha] [consult. 7 de mar. 2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE_Dados_Estatisticos_2000_2009_VFfinal.pdf

P

- ✿ PATRÍCIO, H; Almeida, M; Junior, L. e Guterres, C. - **Auto-Conceito nos Enfermeiros**. Lisboa. 2011.
- ✿ PEIRÓ, J.M. e PRIETO, F. - **Tratado de Psicología del Trabajo**. Vol. I: La Actividad Laboral en su Contexto. Madrid: Síntesis, 1996.
- ✿ PEREIRA, J. P. E. - **A satisfação no trabalho: uma aplicação ao sector hoteleiro da ilha de São Miguel**. São Miguel. Universidade dos Açores. 2005. Dissertação de Mestrado em Gestão Estratégica e Desenvolvimento do Turismo.
- ✿ PESTANA, M. H. & Gageiro, J. N. - **Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS**. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. 2005. ISBN: 9726182204.
- ✿ PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – **Análise de dados para Ciências Sociais: complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. ISBN: 9726182204.
- ✿ PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. DR 1ª Série. Lei de Bases da Saúde. Lisboa

Q

- ✿ QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – **Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses**. Coimbra, 2005. Edições Sinais Vitais. 1ª Edição. ISBN: 972-8485-47-6, pág. 23-27;
- ✿ QUINTELA, M. & SANTOS, P. (1996). Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego. Revista Servir. Lisboa. ISSN: Vol. 44. P. 22-31.

R

- ✿ RIBEIRO, J. L. P. **Introdução à psicologia da saúde**. Coleção Psicologias; série psicologia e saúde. Lisboa: Quarteto, 2005.
- ✿ RODRIGUES, M. Atitudes da população portuguesa perante o trabalho. Organizações e Trabalho. Lisboa. N.º 14. (Dezembro,1995), p. 33-64.

S

- ✿ SAMUELS, M. L. e WITMER, J. A. - **Statistics for the Life Sciences**. Oberlin College. Pearson. 2003. ISBN-13: 9780130413161.
- ✿ SANTOS, J. M.; TEIXEIRA, Z. M. – O Stress Profissional dos Enfermeiros. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto. ISSN 1646-0480. Edições Universidade Fernando Pessoa. N.6. 2009. P. 368-378
- ✿ SANTOS, Maria, [et al.] - Satisfação profissional dos enfermeiros do HEM, S.A.. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 212. (2006). Pág.7-12.

- ✿ SANTOS, J. - **Satisfação Profissional, Cultura e Clima Organizacional**. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve. 2005. Dissertação de Mestrado.
- ✿ SECO, G.. **A Satisfação na Actividade Docente**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. 2000. Tese de Doutoramento não publicada.
- ✿ SERRA, Adriano Vaz. Inventário Clínico do auto-conceito. Psiquiatria clínica. São Paulo. ISSN 0101-6083. Vol. 7. N.º2. 1986. Pág. 67-84.
- ✿ SERRA, Adriano Vaz. Um estudo sobre *coping*: O inventário de resolução de problemas. Psiquiatria Clínica. Vol. 9, nº4, 2007. p.301-316.
- ✿ SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES [SEP]. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Um instrumento para a prática profissional. Lisboa: Sindicato Enfermeiros Portugueses. 2006.
- ✿ SOARES, J. M. A. R. - **Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais**. [em linha]. Aveiro. Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas. 2007. Dissertação de mestrado. [Consult. em 04 de Fev. 2012]. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3356/1/2008001179.pdf>
- ✿ SOUZA, M. Gabriela Santos; PALACIOS, Katia Puente. **O papel do autoconceito profissional na Efectividade das equipas de trabalho**. [em linha]. Brasília. 2006. Dissertação. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; [consultado em 26.02.2012]. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/1857>
- ✿ SOUZA, M. Gabriela Santos; PALACIOS, Katia Puente - Validação e Testagem de uma Escala de Autoconceito Profissional. Revista Psicologia: Organização e Trabalho (Rpot) [em linha]. VOL. 7, N.º 2, (JULHO - DEZEMBRO 2007). p. 95-114. ISSN: 1984-6657. [consult. 26 Fev. 2012]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/1933/5418>
- ✿ SPECTOR, P. - **Job Satisfaction - Application, Assessment, Causes, and Consequences**. SAGE Publications. 1997

T

- ✿ TAMAYO, Natasha; ABBAD, Gardênia da Silva - Autoconceito Profissional e Suporte à Transferência e Impacto do Treinamento no Trabalho. Revista de Administração Contemporânea, v. 10, n. 3, Jul./Set. 2006. Pág. 9-28. ISSN 1415-6555. [consultado em 26.02.2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v10n3/a02v10n3.pdf>

- ✿ TEIXEIRA, Mário - O burnout e os enfermeiros. [Em linha]. 2007. Monografia. [consult. 10 Fev. 2012]. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos3/burnout-enfermeiros/burnout-enfermeiros.shtm>

V

- ✿ VAROLI, I. & SOUZA, C. - **O Sofrimento dos que tratam: *Burnout* em profissionais de saúde mental**. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde “A Psicologia da Saúde num Mundo de Mudança”. Lisboa: Instituto superior de Psicologia Aplicada. Fundação Calouste Gulbenkian. 2004.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE CIENTIFICO PEDAGÓGICA: ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INVESTIGADOR PRINCIPAL (ORIENTADORA): PROFESSORA DOUTORA MARIA ROSA MARTINS

CURSO: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM REABILITAÇÃO: SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

CARO(A) COLEGA:

ANTES DE TUDO, GOSTARIA DE LHE AGRADECER A DISPONIBILIDADE PARA RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO. A SUA PARTICIPAÇÃO CONTRIBUIRÁ PARA O DESENVOLVIMENTO DO NOSSO CONHECIMENTO CIENTÍFICO NO QUE RESPEITA AO BEM-ESTAR DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM REABILITAÇÃO NAS DIFERENTES INSTITUIÇÕES.

O PRESENTE ESTUDO INSERE-SE NUM TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO ACERCA DA **SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**, NO ÂMBITO DA REALIZAÇÃO DE UM MESTRADO NA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU.

TODAS AS RESPOSTAS QUE LHE SOLICITAMOS SERÃO *RIGOROSAMENTE ANÓNIMAS*, POR ISSO, NÃO SERÃO ADMITIDOS QUESTIONÁRIOS ASSINALADOS OU COM QUAISQUER MARCAS PESSOAIS.

NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. É IMPORTANTE RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

MARIA DO ROSÁRIO MARQUES DA SILVA

E-MAIL: ENF.ROSARIO@HOTMAIL.COM

TELEMÓVEL: 963423540

SECÇÃO A – VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1 – Género: 1 – Masculino 2 - Feminino

2 – Idade: _____ anos

3 – Estado Civil: 1 – Solteiro 2 – Casado/união de facto 3 – Viúvo 4 – Divorciado

4 – Formação Académica: 1 – Bacharelato 2 – Licenciatura

3 – Pós-graduação. Qual? _____

4 – Mestrado. Qual? _____

5 – Doutoramento. Qual? _____

SECÇÃO B – VARIÁVEIS DE CARÁCTER PROFISSIONAL

5 – Tempo de serviço/experiência profissional por categoria:

1 – Enfermeiro _____(anos)

2 – Enfermeiro Graduado _____(anos)

3 – Enfermeiro especialista _____(anos)

6 – Tempo de serviço na profissão _____ (anos)

7 – Há quanto tempo tem a especialidade? _____(anos)

8 – Presta cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados especializados?

1 – Sim

2 - Não

8.1 – Se não, porquê?

9 – Exerce funções:

1 – Hospital 2 – Centro de saúde

9.1 – Serviço onde exerce funções _____

9.2 – Para além desta instituição presta serviço noutra local? 1 – Sim 2 - Não

10 – Tipo de vínculo:

Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	
Contrato de trabalho a termo	
Contrato de trabalho a termo incerto	

11 – Tipo de horário: 1 – Fixo 2 – *Rolement*

12 – Horário semanal:

35h/semana

40h/semana

Tempo parcial

13 – Considera exagerado o volume de trabalho que habitualmente lhe é atribuído no serviço? (assinale com um x)

Sempre	Muitas vezes	Por vezes	Raramente	Nunca

14 – Motivos de ingresso na especialidade de Enfermagem de Reabilitação (assinale com um x)

- € 1 -Área de preferência
- € 2 -Ser a especialidade mais próxima da área de residência
- € 3 -Categoria de especialista/Progressão na carreira
- € 4 -Remuneração
- € 5 -Reconhecimento profissional
- € 6 -Incentivo por parte do serviço
- € 7 -Adquirir formação/competências para assegurar o emprego
- € 8 -Outro _____

15 – Nos últimos doze meses, alguma vez pensou seriamente em (assinale com um x)

	Pedir a exoneração do lugar do quadro ou a rescisão do contrato
	Concorrer ou pedir transferência para outro estabelecimento ou serviço
	Pedir licença sem vencimento
	Meter os papéis para aposentação antecipada
	Mudar de profissão
	Mudar de carreira ou de especialidade
	Nunca pensou em nenhuma destas hipóteses

16 – Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria: (assinale com um x)

	Sim	Não	Talvez	N/S
A mesma profissão ou carreira				
Outra instituição como local de trabalho				
O serviço nacional de saúde como principal empregador				
O sector privado da saúde como principal empregador				
Exclusivamente a actividade independente ou liberal				
O hospital como local de trabalho principal				
O centro de saúde como local de trabalho principal				
O mesmo serviço onde trabalho hoje				

17 – Enquanto Enfermeiro(a) especialista em Reabilitação, indique 3 factores que mais contribuem para a sua insatisfação profissional

18 – Enquanto Enfermeiro(a) especialista em Reabilitação, indique 3 factores que mais contribuem para a sua satisfação profissional

SECCÃO C – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Índice Descritivo do Trabalho (JDI) (WARR e ROUTLEDGE)

Traduzido e adaptado por J. Correia Jesuino, L. Soczka, J. Guerreira Matoso

1 – As características a seguir dizem respeito à Organização como um todo. Assinale com uma cruz, em cada uma delas, a resposta mais aplicável.

	SIM	NÃO
Boa reputação		
Precisaria de sangue novo na direcção		
A direcção faz segredo de coisas que deveríamos conhecer		
Eficiente		
Distinções muito grandes entre categorias		
Excesso de regras e de regulamentos		
Coordenação insuficiente entre departamentos		
Merecedora do nosso esforço		

2 – As características a seguir aplicam-se às remunerações. Por cada uma assinale com uma cruz conforme apropriado.

	SIM	NÃO
Razoável		
Pouco para aquilo que faço		
Do mesmo nível que os colegas da mesma idade desempenhando funções semelhantes		
O seu nível de vida é tão bom como o dos amigos com quem convive socialmente		

3 – As características a seguir aplicam-se ao seu superior imediato. Por cada uma assinale com uma cruz conforme apropriado.

	SIM	NÃO
Amigável		
Indelicado		
Justo		
Competente		
Sinto que posso discutir problemas com ele		
Quesilento		
Organizado		
Convencido		
Teimoso		
Seguro		
Aceita as minhas sugestões		
Interfere demais no meu trabalho		
Sei que posso contar com o seu apoio quando tomo uma decisão		

4 – Os enunciados a seguir aplicam-se aos colegas do seu nível. Para cada um assinale conforme o apropriado.

	SIM	NÃO
Amigáveis		
Inteligentes		
Muito parecidos comigo		
Sem experiência suficiente		
Muito fora de moda		
Muitos deles não deveriam ter chegado onde chegaram		
Incapazes de novas ideias		
Convencidos		
Maçadores		

5 - Os enunciados a seguir aplicam-se à perspectiva de promoção. Para cada um assinale conforme o apropriado.

	SIM	NÃO
Boas Oportunidades		
Perspectivas tão boas como em qualquer outro serviço		
Espero chegar mais acima		
A política de promoção é pouco justa		
Emprego sem saída		
A minha experiência aumenta as minhas perspectivas		
Acho que já estou há muito tempo no mesmo nível		
As minhas qualificações e treino aumentam as minhas perspectivas		

6 - Os enunciados a seguir aplicam-se ao trabalho em si mesmo. Para cada um assinale conforme o apropriado.

	SIM	NÃO
Frustrante		
Respeitado		
Desencorajante		
Dá satisfação		
Responsabilidade insuficiente		
Proporciona sentimento de respeito por si próprio		
Não requer qualificações específicas		
Tipo de trabalho pouco apropriado para mim		
O tempo passa depressa		
Útil		
Disponho de pouca autoridade		
Exige muita experiência		
Posso aprender muito com este trabalho		
Estimulante		

7 - Os enunciados a seguir aplicam-se aos Técnicos Operacionais. Para cada um assinale conforme o apropriado.

	SIM	NÃO
Pouco inteligentes		
Preguiçosos		
Seria preferível ter pessoas mais velhas		
Trabalham bem como um grupo		
Não se pode confiar neles		
Pouco treinados		
Se possível substituí-los a maior parte deles		
Divertidos		
De confiança		
É necessário controlá-los de perto		
Competentes		

SEÇÃO D – CARACTERIZAÇÃO PSICOLÓGICA

Inventário Clínico de Auto-Conceito (© A. Vaz Serra, 1985)

Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma **cruz (X)** no quadrado que pense que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.					
2. Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.					
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.					
4. No contacto com os outros costuma ser um indivíduo falador.					
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.					
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.					
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.					
8. De um modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.					
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.					
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.					
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.					
12. Não sei porquê, a maioria das pessoas embirra comigo.					
13. Quando me interrogam sobre questões importantes, conto sempre a verdade.					
14. Considero-me competente naquilo que faço.					
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.					
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.					
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.					
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.					
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.					
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.					

Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)

(© Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; Nunes, 1999 cit in P. Queirós, 2005)

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda. Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado refere-se ao seu trabalho e á maneira como se sente no seu emprego. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que este sentimento acontece, de acordo com a seguinte descrição:

0 – “Nunca”, **1** – “Algumas vezes por ano”, **2** – “Todos os meses”, **3** – “Algumas vezes por mês”; **4** – “Todas as semanas”, **5** – “Algumas vezes por semana” **6** – “Todos os dias”

QUESTÕES	PONTUAÇÃO
1. No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente.	
2. Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho.	
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã.	
4. Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stress.	
5. O meu trabalho deixa-me exausto.	
6. Eu consigo resolver eficazmente os problemas que aparecem no meu trabalho.	
7. Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição.	
8. Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar.	
9. Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho.	
10. Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço.	
11. Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho.	
12. No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena.	
13. Eu só quero fazer o meu trabalho e que não me incomodem.	
14. Eu estou a ficar mais céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa.	
15. Eu duvido do significado do meu trabalho.	
16. No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas.	

FIM DO QUESTIONÁRIO.

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



Ministério da Educação e Ciência

Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE
Av. Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº	Data:
Processo:		Processo:	

Assunto:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Maria do Rosário Marques da Silva do 2º ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema “**Enfermeiros Especialistas em Reabilitação: Satisfação Profissional**”.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação, durante o período de Janeiro a Março de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora Rosa Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

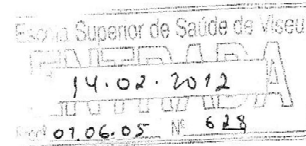
Professor Doutor Carlos Pereira



Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

Prof. Pereira



Ex. Senhor:
Presidente da Escola Superior de Saúde
Prof. Doutor Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu

00112713

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício nº 145 Processo: 70			09/02/2012

Assunto: Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados

Em relação ao assunto mencionado em epígrafe, somos a informar V.ª Ex.ª que se **autoriza** a aplicação do questionário do estudo subordinado ao tema "Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialista em Reabilitação". Contudo é da responsabilidade da investigadora a distribuição e recolha dos questionários. Deve ser solicitada individualmente aos inquiridos a autorização/colaboração para participarem no estudo.

Com os melhores cumprimentos, *perreira*

A Enf.ª Diretora

(Cassilda Neves)

ANEXO III

CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

- MASLACH BURNOUT INVENTORY - GENERAL SURVEY (MBI-GS).
- ÍNDICE DESCRITIVO DO TRABALHO (JDI)
- ESCALA DO INVENTÁRIO CLÍNICO DO AUTO-CONCEITO (1985)

Quadro 1 – Consistência interna dos itens do MBI-GS

Item	Média	dp	R/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1. No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente.	2,38	1,518	0,444	0,721
2. Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho.	1,53	1,565	0,621	0,702
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã.	2,56	1,695	0,291	0,736
4. Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stress.	1,25	1,081	0,454	0,725
5. O meu trabalho deixa-me exausto.	2,41	1,511	0,444	0,721
6. Eu consigo resolver eficazmente os problemas que aparecem no meu trabalho.	4,71	1,407	0,118	0,749
7. Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição.	4,81	1,252	0,135	0,747
8. Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar.	1,77	1,664	0,474	0,717
9. Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho.	1,87	1,541	0,565	0,708
10. Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço.	4,85	1,412	0,271	0,737
11. Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho.	5,12	1,123	0,324	0,733
12. No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena.	4,52	1,375	0,176	0,745
13. Eu só quero fazer o meu trabalho e que não me incomodem.	2,67	2,171	0,335	0,735
14. Eu estou a ficar mais céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa.	1,40	1,731	0,314	0,734
15. Eu duvido do significado do meu trabalho.	0,84	1,176	0,355	0,731
16. No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas.	4,46	1,565	0,141	0,750
Exaustão emocional e física				0,717
Cinismo				0,776
Eficácia Profissional				0,787

Quadro 2 – Consistência interna dos itens do Inventário do Auto-Conceito

Item	Média	dp	R/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	3,44	1,081	0,817	0,919
2. Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	3,55	1,081	0,872	0,918
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	3,95	1,384	0,485	0,927
4. No contacto com os outros costuma ser um indivíduo falador.	3,34	0,886	0,201	0,931
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	3,35	0,870	0,654	0,923
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	3,43	0,898	0,740	0,922
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	3,52	1,141	0,757	0,921
8. De um modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	3,63	1,257	0,864	0,918
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	3,48	0,953	0,773	0,921
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	3,38	1,076	0,828	0,919
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	2,48	1,097	0,851	0,918
12. Não sei porquê, a maioria das pessoas embirra comigo.	3,93	1,152	0,112	0,919
13. Quando me interrogam sobre questões importantes, conto sempre a verdade.	3,48	1,264	0,813	0,939
14. Considero-me competente naquilo que faço.	3,58	1,153	0,843	0,919
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	3,03	0,867	0,027	0,919
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	3,38	0,775	0,475	0,934
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	3,48	1,004	0,754	0,921
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	3,71	1,136	0,017	0,936
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	3,50	1,399	0,837	0,918
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	3,35	0,851	0,732	0,922
Auto-Conceito				0,927

Quadro 3 – Consistência interna dos itens do Índice Descritivo do Trabalho (JDI)

Dimensão do JDI	<i>Alpha</i> Cronbach (sem item)
Satisfação com a Organização	0,029
Satisfação com as Remunerações	0,096
Satisfação com o Superior imediato	0,128
Satisfação com os Colegas	0,333
Satisfação com a Promoção	0,026
Satisfação com o Trabalho	0,783
Satisfação com os Técnicos Operacionais	0,379
SATISFAÇÃO GLOBAL	0,753

