



MONITORIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NUM ACES DO GRANDE PORTO

Susana Alexandra Ribeiro Pereira Torres

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde*

Orientada por Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Professor Associado com Agregação da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Director do Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Porto, Maio, 2011



Monitorização da Satisfação dos Profissionais num ACES do Grande Porto

Susana Alexandra Ribeiro Pereira Torres

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Porto, Maio, 2011.

Resumo

Este é um estudo de investigação realizado mediante pesquisa, de carácter exploratório-descritivo, cuja finalidade é **verificar a satisfação dos profissionais** que integram o ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Serviço Nacional de Saúde. Com o Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, são introduzidas alterações significativas das quais se destaca uma nova forma de gestão em saúde, considerando-se a *componente humana* (profissionais de saúde) como a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação e serviço dos cuidados de saúde.

Cabe ao conselho clínico do ACES a verificação do grau de satisfação dos profissionais (alínea g), art. 26.º, do DL 28/2008, de 22 de Fevereiro) face às mudanças nos serviços de saúde é ainda prematuro para os serviços dedicarem algum do seu tempo a esta questão pelo que a investigadora pretende monitorizar a satisfação dos profissionais face a esta reorganização que poderá servir de ferramenta para futuros planeamentos e gestão.

Palavras-chave:

Satisfação Profissional;

Reforma/ Reorganização (Cuidados de Saúde Primários)

Profissionais de saúde

ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde)

Aos Meus Pais
Ao Meu Marido
Aos Meus Filhos
À Minha Tia Ana



Com todo o Carinho

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho só foi possível com o contributo que, de algum modo, me foi prestado. Assim, em primeiro lugar, gostaria de expressar minha enorme admiração e gratidão ao Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, de quem tenho recebido, a par de uma valiosa e permanente orientação, uma lição de dedicação ilimitada, dotado de uma inteligência elevada para fazer face aos problemas de investigação.

Cumpre-me igualmente agradecer:

- À Dr.^a Eduarda Ferreira, pelo apoio humano e científico que me dispensou na realização desta dissertação não só pela influência mas também o seu exemplo como líder.
- À Presidente e a 1.^a Vogal do Conselho Clínico que agilizaram todo o processo de autorização do estudo junto da Directora Executiva, a quem também agradeço publicamente a oportunidade de levar a cabo este trabalho;
- Ao Dr. Rui Pimenta, ao Dr. Henrique Curado e à Dr.^a Alexandra Oliveira, pela excelente e dedicada contribuição na realização desta dissertação;
- A todos os meus amigos por toda a ajuda e apoio que dispensaram em especial à Olga Monteiro, à Paula Gonçalves e à Lígia Monteiro;
- Aos meus pais, Maria Irene e Manuel José, pelo apoio e colaboração incondicional;
- Ao meu marido José Luís que me acompanhou, partilhou e ajudou a superar alguns momentos particularmente difíceis, com o seu companheirismo, dedicação e amor;
- À Catarina e ao Vasco pelos momentos que não pude estar com eles e dar-lhes a atenção que precisam.
- Aos meus irmãos Cristina e Rui e ainda à Rosa por estarem sempre presentes e prontos a ajudar;

A todos, o meu muito obrigado.

Abreviaturas e Acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

AS – Autoridade de Saúde

CLA – Comissões Locais de Acompanhamento

DC – Departamento de Contratualização

DE – Directora Executiva

DGS – Direcção Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

ECLCCI – Equipa Coordenadora de Cuidados Continuados e Integrados

ERA – Equipa Regional de Apoio

ETO – Equipa Técnica Operacional

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TDT- Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

Introdução.....	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo I - Satisfação Profissional	
Conceitos.....	9
1. Principais Teorias e Modelos Organizacionais.....	11
1.1. Teorias de conteúdo.....	12
1.1.1. A hierarquia das necessidades de Maslow.....	12
1.1.2. A Teoria Bifactorial de Herzberg.....	14
1.2. Teorias de processos.....	16
1.3. Modelos organizacionais.....	20
Capítulo II - Reforma dos Cuidados de Saude Primários	
1. A evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal sua reforma e reorganização no SNS.....	25
2. Estrutura e Orgânica dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES).....	31
3. Valorizar os Profissionais de Saúde – Estratégia adoptada.....	35
PARTE II: DESENVOLVIMENTO EMPIRICO	
Capítulo I - Metodologia	
1. Objectivos e conceptualização do estudo.....	47
2. População e Amostra.....	50
3. Hipóteses de Investigação.....	52
4. Procedimentos e Instrumentos de Recolha.....	52
5. Tratamento estatístico dos dados.....	53
Capítulo II - Análise dos Resultados	
1. Descrição da amostra.....	57
2. Descrição da Avaliação da Satisfação Profissional.....	60
3. Verificação das Hipóteses de Investigação.....	63
Capítulo III - Discussão dos Resultados	
1. Discussão dos Resultados.....	79
Capítulo IV - Conclusões	
1. Conclusões.....	85
Referências Bibliográficas:.....	II
Anexos.....	X
Apêndices.....	XX

Lista de Quadros:

Quadro n.º 1 - Comparação entre a teoria de Maslow e a teoria de Herzberg;	15
Quadro n.º 2 – Descrição das Dimensões, Sub-dimensões e facetas em estudo	49
Quadro n.º 3 – Distribuição dos Recursos Humanos	51

Lista de Figuras:

Figura n.º 1: Organização tradicional dos Cuidados de saúde Primários	28
Figura n.º 2: Novo Modelo Organizacional dos Cuidados de saúde Primários	29
Figura n.º 3: Estrutura Orgânica dos Agrupamentos dos Centros de Saúde.....	33
Figura n.º 4: Descentralização da gestão para os agrupamentos de centros de saúde	34

Lista de Tabelas:

Tabela 1 – Dados pessoais.....	57
Tabela 2 – Distribuição dos respondentes por Unidades de Saúde	58
Tabela 3 – Distribuição dos respondentes por funções, horário e vínculo	59
Tabela 4 – Distribuição dos respondentes em relação ao tempo de serviço:.....	59
Tabela 5 – Distribuição dos respondentes em relação ao tempo de serviço:.....	60
Tabela 6 – Distribuição dos respondentes em relação à satisfação global:.....	62
Tabela 7 – Resultado da HI para o tipo de vínculo	63
Tabela 8 – Resultado da HI para o grau de habilitações	64
Tabela 9– Resultado da HI para o sexo	65
Tabela 10– Resultado da HI para a idade	66
Tabela 11– Resultado da HI para o grupo profissional.....	67
Tabela 12– Resultado da HI para o tempo de serviço em CSP	69
Tabela 13– Resultado da HII comparação da satisfação dos profissionais nas várias U.F.....	71
Tabela 14– Resultado da HIII comparação da satisfação dos profissionais da USF e UCSP	74

Introdução

Com o surgimento do novo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, são introduzidas alterações significativas das quais se destaca uma nova forma de gestão em saúde, considerando-se a *componente humana* (profissionais de saúde) como a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação e serviço dos cuidados de saúde. Os ACES podem compreender várias unidades funcionais, nomeadamente: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidado de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), entre outras ou serviços propostos pela respectiva Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS, I.P), e aprovados por despacho do Ministro da Saúde e que venham a ser considerados como necessários, dos quais se destacam as Unidades de Apoio à Gestão (UAG), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Gabinete do Cidadão, Conselho da Comunidade entre outros. O ACES tem como órgãos de administração e fiscalização o director executivo, o conselho executivo, o conselho clínico e o conselho da comunidade, que apesar de apresentarem competências distintas assentam todos (órgãos) na base de gerir as actividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamentos.

A principal motivação para a escolha deste tema deve-se muito ao facto da investigadora, ser também ela profissional de saúde e estar a sentir na primeira pessoa toda a reorganização que está a ser levada a cabo no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

O principal objectivo do estudo é o servir de base referencial (diagnóstico de situação) para estudos posteriores, uma vez que os estudos até à data realizados em Portugal pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Universidade de Coimbra, apenas avaliaram as Unidades de Saúde Familiares (isto para os CSP) e os outros foram todos desenvolvidos em contexto Hospitalar. Pretende-se ainda que os dados recolhidos possam ser integrados no Repositório Nacional de Dados. Será elaborado um relatório anexo à dissertação para ser entregue na sede do ACES Grande Porto em estudo, para que possa ser usado como um instrumento fulcral na tomada de decisões por parte da respectiva Direcção Executiva e seu Conselho Clínico.

Descreve-se um estudo de abordagem quali-quantitativa do tipo exploratório descritivo. Abordagem esta compatível com a investigação social, a descoberta e a exploração de factores condicionantes do comportamento humano, abordando um conjunto de itens de satisfação

generalizada e vivida com a profissão e que leve a perceber as várias vertentes ligadas ao desempenho profissional (percepção e atitudes).

A pesquisa assenta num questionário generalista construído e devidamente validado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), inserido no Projecto IASP – Instrumentos de Avaliação da Satisfação Profissional. Os dados correspondem a uma sondagem feita aos profissionais de saúde, tendo como intervalo temporal uma semana (21 a 25 de Março p.p.), após devida autorização e aprovação pela Direcção Executiva e respectivo Conselho Clínico do ACES, respeitando todos os princípios da confidencialidade/anonimato dos dados recolhidos. O questionário é composto por questões medidas por escalas tipo *Likert*.

Para a concretização do objectivo geral do estudo – monitorizar o grau de satisfação dos profissionais do ACES – segue-se o modelo conceptual que tem por base três dimensões que vão ajudar a compreender melhor a percepção dos profissionais em relação à satisfação do seu local de trabalho, são elas:

Satisfação Profissional (percepção dos profissionais)

- **Qualidade da Unidade/Serviço como local de trabalho** → mede a satisfação dos profissionais em relação ao seu local de trabalho, através das sub-dimensões:
 - ✓ Política de recursos humanos (coordenação e recursos humanos)
 - ✓ Moral (estado de espírito e superior hierárquico)
 - ✓ Recursos tecnológicos e financeiros (vencimentos e local de trabalho/equipamentos)
- **Qualidade da Unidade/Serviço na prestação dos cuidados/serviços prestados**
- **Melhoria contínua da qualidade**

No sentido de se analisar de forma descritiva as atitudes dos profissionais, consta ainda do questionário um grupo sob o título a “ **Satisfação global**”, em que se pretende obter informações quanto à formação académica, a sua compatibilidade com as funções que desempenha, e se no presente, no passado e no futuro e se há um reconhecimento da unidade de saúde como um bom prestador de serviços/cuidados

Os dados Sócio-demográficos: sexo, idade, escolaridade, situação familiar, profissão, tipo de vínculo, horário de trabalho e tempo de serviço, são as variáveis de controlo que vão ser cruzadas com as variáveis independentes para que se possa aceitar ou rejeitar as várias hipóteses nulas (H0).

Todos os dados serão tratados estatisticamente para um erro máximo de 0,8% com um intervalo de confiança de 95% com um desvio padrão de 5%. Será igualmente feita uma análise inferencial dos resultados, recorrendo para o efeito aos testes estatísticos mais adequados.

Em termo de apresentação escrita este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas:

- Parte I, do enquadramento teórico sobre a temática em estudo, procurando-se dar a conhecer as teorias e modelos que melhor explicam a cultura e o clima organizacional do ACES do Grande Porto no que concerne à “satisfação dos seus profissionais” – isto por um lado, por outro lado pretendeu-se contextualizar a reforma que está em curso no Serviço Nacional de Saúde e mais concretamente nos Cuidados de Saúde Primários, enunciando o passado, caracterizando o presente e perspectivando o futuro, dando principal “in foco” aos recursos humanos (profissionais de saúde) e aos cidadãos – que são os actores principais das novas políticas em saúde.

- Parte II, é o contributo empírico da investigadora face à variável latente em estudo – Satisfação profissional.

Todo o conteúdo desta dissertação encontra-se organizado de acordo com as normas escritas científica, tomando como referência o formato da *American Psychological Association* (APA).

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I

Satisfação Profissional

Conceitos

A satisfação profissional tem gerado muito interesse em ser estudada devido ao facto da influência que recai sobre o profissional e/ou colaborador, afectando sua saúde física e mental, atitude, comportamento profissional, social, que pode ter repercussões para a vida pessoal e familiar dos mesmos bem como para as próprias organizações onde estes profissionais estão inseridos (Cura, 1994; Locke, 1976; Pérez- Ramos, 1980; Zalewska 1999, 1999b).

Os estudos sistematizados sobre satisfação profissional ou no trabalho iniciaram-se na década de 30 (Klijn, 1998) e desde então têm despertado o interesse de profissionais de saúde e de investigadores das mais diversas áreas.

Ainda não há consenso sobre conceitos, nem sobre teorias ou modelos teóricos de satisfação profissional, diferentes conceitos e definições para o mesmo constructo – satisfação profissional, têm gerado dificuldades e até mesmo falhas metodológicas em estudos sobre o tema (Cura, 1994; Pérez-Ramos, 1980).

Todavia é importante a contextualização do ambiente psicossocial que engloba a organização (clima e culturas organizacionais, sector público ou privado, entre outros) e as relações sociais desse mesmo ambiente laboral.

Satisfação profissional é um fenómeno complexo e de difícil definição. Uma parte desta dificuldade deve-se à natureza subjectiva do conceito, sendo que a satisfação perante uma situação ou evento pode variar de pessoa a pessoa, de circunstância para circunstância, ao longo do tempo para a mesma pessoa e estar sujeita a influências de forças internas e externas (Fraser, 1983). De uma forma simples pode-se associar a satisfação profissional como sinónimo de motivação profissional, como sendo uma atitude, como o antónimo de insatisfação profissional e como um estado emocional.

A Satisfação profissional como sinónimo de motivação profissional

A confusão entre os termos “motivação” e “satisfação” tem sido considerada por muitos investigadores, como causa de falhas na formulação de hipóteses e na selecção de instrumentos de pesquisas, especialmente nas pesquisas destinadas a correlacionar satisfação profissional com produtividade ou desempenho.

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

A Satisfação como uma atitude

Por atitude entende-se a “disposição para actuar e assumir posição perante determinadas situações” (Pérez-Ramos, 1980, p. 22) ou como a combinação de conceitos, informações e emoções que resultam em uma resposta favorável ou desfavorável com respeito a uma pessoa em particular, grupo, ideia, evento e objecto (Campbell, 1999). Portanto, se atitudes são disposições para agir, decorrentes de conceitos, informações e emoções, pode-se considerar que algumas atitudes possam ser decorrentes da satisfação profissional, mas não a sua definição.

A Satisfação versus insatisfação profissional

Satisfação e insatisfação profissional são consideradas como os dois extremos de um mesmo fenómeno, sendo frequentes os estudos que adoptam uma medida de satisfação por meio de escalas que vão de um extremo de “muito satisfeito” até o extremo oposto de “muito insatisfeito” (Begley & Czajka, 1993; Elovainio, Kivimäki, Steen & Kalliomäki-Levanto, 2000; O’Driscoll & Beehr, 2000; Wright & Cropanzano, 2000; Zalewska, 1999a).

Outros autores optam por adoptar a distinção entre satisfação e insatisfação estabelecida na Teoria da Motivação Teoria dos Bifactorial, que considera satisfação e insatisfação como fenómenos distintos, de natureza diversa, onde a insatisfação é determinada pela carência dos factores extrínsecos ao trabalho ou “factores de higiene” (remuneração, supervisão, ambiente laboral) e a satisfação é determinada pelos factores intrínsecos ao trabalho ou “factores motivadores”, relacionados ao conteúdo do trabalho e aos desafios das tarefas (Araújo, 1985; Coda, 1986; Licht, 1990; Pérez-Ramos, 1980).

A definição de Locke (1969) para insatisfação profissional não é a de um fenómeno distinto da satisfação, mas a de seu oposto semântico, ambos compondo os dois extremos do mesmo fenómeno. Em outras palavras, “não existe um limite superior de satisfação absoluta, enquanto o limite inferior funde-se de forma indistinguível na insatisfação, a qual não tem limite inferior absoluto” (Fraser, 1983, p. 56).

A Satisfação profissional como estado emocional

Satisfação profissional é considerada um estado emocional agradável resultante da avaliação que o indivíduo faz de seu trabalho e resulta da percepção da pessoa sobre como este satisfaz ou permite satisfação de seus valores importantes no trabalho (Locke, 1969, 1976).

Neste conceito observam-se os dois aspectos considerados como componentes da satisfação profissional: (a) um componente cognitivo, que se refere ao que o indivíduo pensa e a suas opiniões sobre o trabalho e (b) um componente afectivo ou emocional, que diz respeito a quão bem uma pessoa se sente em relação a um trabalho, sugerindo que a satisfação é baseada parcialmente no que o indivíduo pensa e sente. (Wright & Cropanzano, 2000; Zalewska, 1999). Portanto, satisfação pode ser definida como “*um sentimento experienciado pelo profissional em resposta à situação total do trabalho*” (Harris, 1989, p. 13).

Como pode verificar-se a satisfação profissional tem sido definida de diferentes maneiras, dependendo do referencial teórico adoptado. Os conceitos mais frequentes referem-se a satisfação profissional como sinónimo de motivação, como atitude ou como estado emocional positivo havendo, ainda, os que consideram satisfação e insatisfação como fenómenos distintos, opostos.

1. Principais Teorias e Modelos Organizacionais

Um dos primeiros estudos sobre satisfação no trabalho data de 1920 (Steuer, 1989). Desde então, a satisfação profissional tem vindo a ser estudada sob diferentes referenciais teóricos. Para o enquadramento teórico apresenta-se a seguir, um sumário das principais abordagens teóricas relacionadas com o tema, onde se pretende ilustrar as principais características dos modelos organizativos ou teorias explicativas. As Teoria de Conteúdos, e dentro destas destacam-se as teorias de Maslow e as Herzberg que serão apresentadas com mais detalhe, visto serem as que melhor explicam a satisfação profissional da população em estudo (profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários pertencentes sector Público da Saúde) sendo a palavra **envolvimento** a chave para a motivação, satisfação e desempenho profissional na organização da instituição estudada. A Teoria de Locke sobre satisfação profissional também terá algum detalhe

por ser utilizada em muitas pesquisas sobre o tema dado a apresentar maior abrangência e coerência teórica (Martinez, 2002).

1.1. Teorias de conteúdo

Estas teorias procuram explicar a motivação através da análise dos factores motivacionais e responder à questão: o que motiva os indivíduos? - São geralmente dedicadas à análise dos motivos do comportamento humano e das aspirações dos seres humanos em termos gerais e não apenas em contexto laboral, destacam-se as seguintes teorias:

- Teoria da Hierarquia das Necessidades, de Maslow (1954)
- Teoria da bifactorial, de Herzberg (1966)

1.1.1. A hierarquia das necessidades de Maslow

Na década de 1940 Maslow (1970) estruturou esta teoria, que ainda hoje se mantém actual que propõe que as necessidades humanas são passíveis de serem hierarquizadas em cinco níveis ascendentes:

- 1.º Nível: **necessidades fisiológicas** – relacionadas à sobrevivência e à hemóstase do organismo;
- 2.º Nível: **necessidades de segurança** – relacionadas à segurança tanto física como emocional, familiar e social;
- 3.º Nível: **necessidades sociais** – representadas pelo desejo de interagir socialmente, ser estimado e aceito, de pertencer a um grupo, necessidades de amizade e de amor;
- 4.º Nível: **necessidades de estima** – diz respeito à necessidade do indivíduo em manter a auto-estima e ter a estima de outros, de desenvolver sentimentos de confiança, valor, capacidade, poder, prestígio, de ser útil e necessário;
- 5.º Nível: **necessidades de auto-realização** – dizem respeito ao autodesenvolvimento e à tendência dos indivíduos em tornar reais os seus potenciais.

À medida que as primeiras, ou necessidades mais básicas, fossem satisfeitas, surgiriam as necessidades dos níveis seguintes, até se chegar às mais elevadas. Porém, esta hierarquia não é rígida: necessidades mais elevadas podem surgir antes das mais básicas terem sido completamente satisfeitas, pois estes níveis podem ser interdependentes e justapostos (Maslow, 1970). Pérez-Ramos (1980, p. 49)

De acordo com esta teoria, pode-se inferir que o trabalho tem papel importante para os indivíduos na medida em que os aspectos psicossociais favoreçam ou dificultem a satisfação das necessidades humanas.

Mais tarde, McClelland (1961) re-apresenta o modelo de Maslow, referindo apenas a três níveis de necessidades básicas, três impulsos fundamentais, que apresentam uma grande variação entre os indivíduos e são elas:

- **necessidades de realização** – significam a procura para um padrão de perfeição e excelência. A necessidade do sujeito se esforçar por ser bem-sucedido, cuja base motivacional é o sucesso/êxito;
- **necessidades de poder** – refere-se ao desejo de controlar o comportamento dos outros, do grupo de trabalho e das forças sociais,
- **necessidades de afiliação** – está ligada à necessidade de se estabelecerem ligações amigáveis e próximas com os outros, a fim de encontrar nos outros e no grupo, cordialidade, e, principalmente, reconhecimento.

Porém, estudos acerca da Teoria dos motivos de McClelland concluem que os indivíduos com elevada necessidade de realização gostam de assumir responsabilidades, desafios, riscos calculados, lançam a si mesmos desafios e metas exigentes, sempre concretizáveis por si próprio; valorizam o feedback relacionado com o seu desempenho; evidenciam um fraco desempenho nas actividades mais rotineiras e pouco competitivas. Aos indivíduos com elevada necessidade de poder valorizam as preocupações com o estatuto, o prestígio e a liderança, passando para segundo plano o desempenho eficaz. A necessidade em estudo que recebeu menos importância por parte dos investigadores, foi a necessidade de afiliação, sendo a considerar que os indivíduos com elevada necessidade de afiliação preferem situações de cooperação (mais do que as de competição), procurando estabelecer inter-relações que envolvam um elevado grau de

compreensão mútua” (Batista, 2002, p.26); para a presente investigação julga-se ser uma das necessidades mais valorizadas por parte dos profissionais em estudo, a par com a necessidade de realização, quanto à necessidade de poder, por se tratar de uma instituição ainda muito burocratizada, as ascensões ao poder são condicionadas e limitadas. Um dos problemas desta teoria consiste no facto de as necessidades variarem em função dos tempos e lugares; Robbins (1996) e outros autores afirmam que *“os dados relativos às necessidades de realização, tal como foi definida por McClelland, se encontram enviesados e apresentam uma generalização limitada, uma vez que foram obtidos a partir de amostras constituídas, apenas, por homens americanos”*, realmente a cultura americana nada tem a ver com a cultura nacional.

1.1.2. A Teoria Bifactorial de Herzberg

A teoria de Herzberg (1972) assenta nos factores higiénicos e nos factores motivacionais, como pontos fundamentais para a satisfação profissional. Os factores higiénicos, podem ser considerados também como factores extrínsecos ao indivíduo. Os factores motivacionais são os que estão relacionados com o ambiente onde o indivíduo se encontra inserido, nomeadamente:

- ✓ As políticas organizacionais,
- ✓ O nível de conforto e as condições de trabalho,
- ✓ As relações interpessoais, com os seus colegas e com a hierarquia,
- ✓ O grau de satisfação com o salário que auferir,
- ✓ O nível de segurança para com o seu emprego – vínculo laboral.

Os factores higiénicos, quando não estão completamente satisfeitos geram insatisfação por parte dos colaboradores e podem influenciar os seus comportamentos. Da mesma forma, os factores motivacionais ou intrínsecos aos indivíduos influenciam o comportamento e estão relacionados com o conteúdo das funções que estes desempenham dentro da organização. Para Herzberg os factores motivacionais estão relacionados com:

- O sucesso individual dentro da organização,
- O reconhecimento, da chefia e dos colegas,
- A responsabilização

Concluindo, dentro de cada um dos factores, sejam eles higiénicos ou motivacionais, pode-se dizer que existe sempre uns indivíduos mais satisfeitos e outros menos satisfeitos.

Procurando estabelecer um paralelismo entre a teoria dos dois factores de Herzberg (1972), com a teoria das necessidades de Maslow (1943), visto que em ambas as teorias se fala de necessidades primárias e de necessidades secundárias, e ambos os autores defendem o facto de que as necessidades primárias não serem de todo aquelas que mais influenciam o comportamento humano, observe-se o Quadro n.º 1 - Comparação entre a teoria de Maslow e a teoria de Herzberg; *Fonte: Chiavento (1995, p. 73):*

Quadro n.º 1 - Comparação entre a teoria de Maslow e a teoria de Herzberg;

Hierarquia das necessidades de Maslow	Comparação	Factores de Higiene e Motivação de Herzberg
Necessidades de Auto-Realização	Factores Motivacionais ou intrínseco	O trabalho em si Responsabilidade Progresso Crescimento
Necessidades de Estima		Realização Reconhecimento Estatutos
Necessidades Sociais	Factores Higiénicos ou extrínseco	Relações Interpessoais Supervisão Colegas e Subordinados
Necessidades de Segurança		Supervisão Técnica Segurança no Cargo (funções)
Necessidades Fisiológicas		Condições Físicas de Trabalho Salário/renumeração Vida Pessoal

Fonte: Chiavento (1995, p. 73)

Verifica-se então, que as necessidades fisiológicas, de segurança e sociais da teoria de Maslow, estão equiparadas aos factores higiénicos de Herzberg, da mesma forma que as necessidades de auto estima e de auto realização estão relacionadas com os factores motivacionais.

Assim, com base nestas teorias de conteúdo, um profissional é considerado satisfeito quando inclui ter os bens necessários à sobrevivência humana, ou por em determinado momento da vida ter um trabalho seguro, uma remuneração certa e permanente, ou até mesmo por conseguir ter um bom relacionamento com os colegas, bem como ser reconhecido pelo desempenho pessoal, e até mesmo as suas opiniões pessoais serem tidas em consideração pelo órgão de gestão da organização. Mas o facto de não se estar satisfeito, ou seja ter insatisfação profissional em algum momento, com um dos factores supra mencionados não implica que o profissional esteja totalmente insatisfeito; Segundo Herzberg (1972), não se pode dizer que não estar satisfeito é dizer que se está insatisfeito e vice-versa.

Estas teorias de conteúdo sugerem a importância da satisfação das necessidades de ordem superior, como o sentido de oportunidade, de pertença, de evolução e crescimento pessoal e profissional, como factores imprescindíveis para o bem-estar e a satisfação profissional, mas tudo isto é subjectivo e alterável temporalmente, pois um profissional sem condições físicas para trabalhar estará menos satisfeito profissionalmente? E um profissional que tem equipamentos e tecnologia de topo de gama, sente-se sempre satisfeito no seu local de trabalho? Os factores intrínsecos ou motivacionais e os factores extrínsecos ou higiénicos, estão relacionados? Julga-se serem estas as variáveis que irão explicar a satisfação dos profissionais em estudo.

1.2. Teorias de processos

Quanto as teorias de processos, surgiram na década de 60, no seguimento de uma mudança de atitude face à investigação no campo da satisfação e da insatisfação profissional. Os investigadores seguidores destas teorias, ao contrário daqueles que preconizam a teoria do conteúdo, não se preocupam em compreender o que é a motivação e em que medida esta condiciona a satisfação profissional, mas preocuparam-se em estudar o funcionamento da motivação, ou seja como se motiva. Estas teorias procuram analisar o desempenho humano segundo a forma como estes estabelecem os seus padrões de comportamento. As necessidades são mais um elemento que influencia o comportamento dos indivíduos. Outros elementos, igualmente importantes, são as suas capacidades e a sua percepção. Assentam basicamente na dinâmica do processo motivacional: como se desenrola o comportamento de motivação e procuram explicar a dinâmica de desenvolvimento da motivação numa lógica mais vasta.

Como teorias de processo gerais, destaca-se a **Teoria da Equidade de Adams** (1965) que caracteriza a satisfação profissional como um processo motivacional, cujas origens estão fundamentadas na teoria de discrepância¹, que defende que a satisfação depende do grau de concordância entre o que o indivíduo procura na sua actividade profissional e o que ele realmente consegue obter. Segundo esta teoria um profissional sente-se menos satisfeito com o seu trabalho, quando percebe que a relação entre os seus contributos para a organização e os benefícios que realmente colhe, são menores, quando comparados com os de outros colegas de trabalho, com uma posição e/ou posições semelhantes. Quando compara as suas recompensas com as dos outros, o indivíduo sente certas discrepâncias. Neste modelo teórico o poder da recompensa só tem um verdadeiro significado quando se dá uma comparação grupal ou social.

Outra teoria geral em destaque é a **Teoria do reforço de Skinner** (1974) que argumenta que o comportamento é uma consequência de estímulos e de reforços. Os pressupostos da sua teoria assentam basicamente:

- a. Motivação, como consequência de encorajar os comportamentos adequados e desencorajar os comportamentos indesejados;
- b. Comportamentos que são determinados pela recompensa/penalização que acarretam.

Trata-se de uma teoria de aprendizagem operante: Comportamentos inicialmente aleatórios vão dando lugar a comportamentos mais frequentes por via do reforço desses comportamentos. Desenvolvendo-se sempre quatro tipos de reforços: os **positivos** – aumentam a probabilidade de repetição de um comportamento desejado, pois as pessoas tendem a adoptar desempenhos elevados quando recompensadas por tal, sobretudo quando o reforço tem efeitos imediatos. (e.g. remuneração, elogio, incentivo...); os **negativos** – suspensão do um reforço indesejado devido ao surgimento do comportamento desejado. Em vez de dar uma recompensa positiva, a recompensa consiste em levar o trabalhador a evitar uma consequência negativa. (e.g. um subordinado pode deixar de ser constantemente vigiado pela chefia se, entretanto, der provas que mudou o seu comportamento); de **extinção**: retira-se o reforço positivo de modo que o comportamento indesejado deixe de se manifestar. (e.g. o comportamento truculento de um subordinado em

¹ Nas formulações teóricas referentes às discrepâncias intrapessoais, a teoria da adaptação ao trabalho, vê a satisfação profissional como um processo contínuo, em que os indivíduos procuram interligar as suas necessidades, aspirações e expectativas com a organização do contexto da organização de trabalho. Os indivíduos sentem-se mais satisfeitos em actividades que vão de encontro aos seus planos e objectivos, que lhes permitem experimentar situações de bem-estar.

relação ao chefe, leva à transferência desse subordinado para outro grupo de trabalho que não aprecie esse comportamento); de **punição**: reduz a frequência do comportamento indesejado, pela via da repressão e aplicação de consequências negativas ou punições. Trata-se de uma teoria simples e clara, que tem sido alvo de vários estudos empíricos de validação, reveladores do seu potencial de explicação. Apesar do sucesso alcançado pela aplicação prática desta teoria, alguns críticos acusam-na de ser uma perspectiva manipuladora e autocrática da gestão do pessoal. Não leva em consideração o papel desempenhado pelas cognições individuais.

Todavia e conhecendo o contexto laboral onde irá ser desenvolvido o estudo são as **Teoria das Expectativas de Vroom** (1964) que melhor poderão explicar o processo motivacional, visto que procura explicar a dinâmica de desenvolvimento da motivação numa lógica centrada exclusivamente nas organizações. A ideia principal a reter, prende-se com a tendência para agir de determinada forma, dependente da expectativa face ao resultado da sua actuação e o grau de atracção de tal resultado para o indivíduo.

A teoria explica o processo de motivação pela forma como as pessoas relacionam, o esforço, o desempenho e a recompensa. A força de atracção exercida por determinada recompensa, designa-se por valência. O grau de crença que um indivíduo tem numa determinada recompensa, denomina-se expectativa. Valências e expectativas dependem, em cada indivíduo, da sua percepção da situação. Segundo Vroom (1964) e Lawler (1973) esta fórmula assume três relações:

“ a) a atractividade ou a importância que representam para o indivíduo o resultado que pode ser conseguido na sequência do trabalho realizado;

b) a relação desempenho-recompensa ou o grau em que o indivíduo acredita que determinado desempenho conduzirá à obtenção de um resultado desejado;

c) a ligação esforço-desempenho ou a probabilidade percebida pelo indivíduo de que, dependendo determinada quantidade de esforço, conduzirá a um desempenho” (Ferreira et al, 1996, p.141).

O modelo de Vroom parte do princípio que todo o comportamento é uma escolha baseado sempre na expectativa de uma recompensa. Para isso à que ter em conta o esforço e a persistência dos indivíduos. Quanto maior for a expectativa que determinado resultado será alcançado, maior será a motivação para o empenho no comportamento apropriado.

Este modelo reconhece a importância de ambos os resultados intrínsecos e extrínsecos, não havendo nenhuma sobrevalorização, pois os objetivos a atingir e o valor atribuído são estabelecidos pelo indivíduo.

Reconhece, também, que não há princípios universais para a explicação das motivações de todas as pessoas. Esta teoria chama a atenção para a importância do resultado e para a necessidade de que o mesmo resultado representa um elevado grau de atracção para o indivíduo. Realça também, a necessidade da existência de regras claras que relacionem desempenho e recompensa, possibilitando a cada um conhecer não só o que se espera dele, mas também quais os parâmetros e critérios pelos quais o seu desempenho é avaliado. A natureza individual da expectativa é o que em último grau determina a quantidade de esforço e desempenho por parte do indivíduo, independentemente do maior ou menor realismo e racionalidade dos incentivos definidos no plano motivacional. Com a reforma dos serviços de saúde e as novas políticas de avaliação do desempenho, a teoria de processo ganha importância para se explicar os resultados que poderão ser alcançados no presente estudo.

A **teoria da expectativa** não se limita somente ao modelo de Vroom. Assim, Porter e Lamler (1967) introduzem uma modificação na teoria, sublinhando que a relação causal não é entre satisfação e desempenho, mas sim entre desempenho e satisfação. O desempenho deriva para estes autores, de várias causas, nomeadamente, o processo do equipamento e o tipo de liderança.

Existem duas forças que podem tornar-se decisivas no processo da expectativa. A primeira reporta-se à capacidade que o colaborador possui em realizar as actividades propostas, independentemente do seu desejo, gosto ou força de vontade. A segunda relaciona-se com a percepção do papel que cada indivíduo desempenha, a qual pode ser influenciada pelos processos grupais, uma vez que essas forças podem afectar os níveis de produção.

Como acontece com todas as teorias, estas, foram objecto de críticas. Algumas dessas críticas prendem-se com “*as dificuldades inerentes à operacionalização das relações assumidas*”:

- *estabelecer, objectivamente, os resultados ou recompensas que apresentam uma alta valência para cada indivíduo;*
- *definir, de forma específica e precisa, quais os comportamentos que constituem bons níveis de desempenho;*
- *verificar que os níveis de desempenho desejáveis sejam obtidos;*

- *assegurar que existe uma ligação directa, clara e explícita entre o nível de desempenho desejável e os resultados ou recompensas*”. (Ferreira Et al, 1996, p.160)

Em termos de implicações para a gestão, relativamente a empregar esta teoria, evidencia-se a influência dos comportamentos juntos dos colaboradores, reforçando os comportamentos que considerem favoráveis/positivos.

1.3. Modelos organizacionais

Os modelos organizacionais e de reconhecimento social são contestados por muitos investigadores que consideram uma extensão da análise das relações entre satisfação e rendimento; Na perspectiva de Vala Et al (1995) os modelos organizacionais que melhor explicam satisfação são os que têm como fundamento os processos de comparação social e baseiam-se em dois princípios:

- a comparação entre as transacções económicas,
- a percepção das relações sociais,

Conduzindo a uma análise do comportamento interpessoal que perspectiva, por um lado, o investimento dos indivíduos nas suas organizações e, por outro lado, os lucros pessoais fruto do seu trabalho; A informação relativa ao ambiente social é relevante na determinação das atitudes e necessidades individuais dos profissionais. Os modelos de construção social da realidade organizacional consideram a organização como um local privilegiado de interacção social e de construção de pensamento pelos diversos grupos de actores que dela fazem parte. Diferentes pontos de vista, nem sempre compatíveis, podem gerar dentro da mesma organização, diversas culturas e climas organizacionais.

O modelo organizacional que traz mais conhecimento nesta matéria foi desenvolvido por Locke a partir dos anos 1970 e assenta na relação dos “valores” (importância que a pessoa atribui à meta que deseja alcançar) e das “metas” (o objectivo desejado), que são os impulsores que levam o servir como *feedback* (reforço) para a atribuição dos valores, também conhecida pela Teoria da Satisfação no Trabalho de Locke.

Para Locke (1976), a resposta emocional é um reflexo de um julgamento de valores dual: o que o indivíduo quer e a importância do que quer. Portanto, a intensidade da emoção vai depender do local em que os valores implicados na emoção ocupam da hierarquia de valores do indivíduo (Locke, 1984). A obtenção de valores importantes está associada a elevada satisfação, a obtenção de valores sem importância não está associada com satisfação e a presença de características desvalorizadas é associada com insatisfação.

Partindo deste referencial, Locke (1969, 1976) considera a satisfação no trabalho como uma função da relação percebida entre o que um indivíduo quer de seu trabalho e o que ele percebe que está obtendo. A satisfação no trabalho seria, então, um estado emocional prazeroso, resultante da avaliação do trabalho em relação aos valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Insatisfação no trabalho seria um estado emocional não prazeroso, resultante da avaliação do trabalho como ignorando, frustrando ou negando os valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Assim, a satisfação e insatisfação no trabalho não são fenômenos distintos, mas situações opostas de um mesmo fenômeno, ou seja, um estado emocional que se manifesta na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação) (Locke, 1969, 1976, 1984). Nesta perspectiva teórica, o trabalho não seria uma entidade, mas uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, relações, incentivos e recompensas em determinado contexto físico e social; por isso, o entendimento da satisfação no trabalho requer que o trabalho seja analisado em termos de seus elementos constituintes, e onde satisfação no trabalho global é o resultado da satisfação com diversos elementos do trabalho (Locke, 1969, 1976). Embora existam diferenças individuais significativas em relação ao que os trabalhadores querem de seus trabalhos, também existem grandes semelhanças entre os factores causais da satisfação no trabalho (Locke, 1984). Estes factores causais pertencem a dois grandes grupos: (a) **eventos e condições** (trabalho em si, pagamento, promoção, reconhecimento, condições de trabalho e ambiente de trabalho, e (b) **agentes** (colegas e subordinados, supervisão e gerenciamento, empresa/organização) (Locke, 1976). A satisfação no trabalho pode afectar aspectos comportamentais, a saúde física e a saúde mental, com consequências tanto para os trabalhadores como para a empresa. Esta questão será aprofundada a seguir, no item “consequências da satisfação no trabalho”. Dos diversos referenciais teóricos aqui resumidos, nem todos são exclusivos ou específicos sobre satisfação no trabalho e alguns contemplam a satisfação em suas relações com a motivação, identificação com o trabalho, produtividade e/ou qualidade de vida.

Alguns modelos detêm-se na experiência do indivíduo, outros na avaliação da probabilidade de consequências, outros nas características subjectivas e necessidades individuais, outros no meio ou entorno social e outros na situação de trabalho, sendo que todos eles contribuem para uma melhor compreensão da satisfação no trabalho. Porém, como este fenómeno está situado no campo das subjectividades, seria muito difícil, se não impossível, encontrar padrões universais para este fenómeno (Silva, 1998).

É importante enfatizar ainda que, embora as respostas sejam individuais, existe uma semelhança entre o que o conjunto dos trabalhadores quer ou espera de seu trabalho (Henne & Locke, 1985), o que permite que um determinado referencial teórico seja utilizado tanto para estudos com abordagem qualitativa, como em estudos com abordagem quantitativa, epidemiológica.

Em suma a ausência de consistência e concordância entre os modelos teóricos apresentados, parece ser uma explicação para a divergência de posições na definição de satisfação profissional, conceito que como se verificou é bastante subjectivo, não estando clara distinção entre o que se entende por motivação, o que é realmente a satisfação profissional, a barreira que as separa é de muito difícil definição.

Se as teorias de conteúdo se preocupam com as necessidades e/ou valores, que de uma forma quase universal regulam a satisfação em contexto laboral, as teorias processuais sublinham a importância dos objectivos e expectativas profissionais, das competências e dos critérios percebidos pelo indivíduo, para uma avaliação do seu desempenho, num determinado contexto laboral.

Parece ser de concluir que existe ainda um longo caminho a percorrer na explicação da satisfação profissional em Portugal e, mais concretamente, em relação aos profissionais que integram os Cuidados de Saúde, passando pelo enriquecimento dos modelos de partida e pela sua combinação com as teorias sociocognitivas. Julga-se que só desta forma a investigação poderá encontrar fundamentos sustentáveis e objectivos, para uma definição do conceito de satisfação profissional universal. É uma questão que permanece em aberto.

Capítulo II

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

A evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal sua reforma e reorganização no SNS

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal estão a passar por uma reforma que coloca desafios importantes, nomeadamente implica mudar a forma de pensar, podendo-se afirmar que está a ser necessário uma reforma do pensamento. Terá de ser construído um pensamento que consiga abordar a complexidade da Saúde, da reforma e de todo o seu contexto; paralelamente estão a ser criadas as condições para que esta nova forma de pensar e, conseqüentemente, de estar, se possa implementar e desenvolver.

A reforma dos cuidados de saúde primários é considerada “*um acontecimento extraordinário*” na sociedade portuguesa. Conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face aos resultados verificados, com a experiência no terreno, de equipas profissionais coesas, próximas das pessoas e sensíveis às suas necessidades e preferências, configurou-se um novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários no país. A evidência existente, ainda que pontual e dispersa, aponta consistentemente para uma clara melhoria no acesso aos cuidados de saúde e uma acrescida satisfação por parte de todos os que têm interesse neste processo.

Mas para se compreender o presente é igualmente necessário entender e analisar o passado, sempre numa perspectiva de procurar colaborar no esclarecer conceitos organizativos, por forma a que todos os profissionais entendam o que está a mudar e porque se está a mudar (diminuindo a resistência à mudança).

Como ponto de partida, é importante relembrar alguns factos importantes ocorridos, durante os últimos 30 anos em que Portugal. Existiram transformações transcendentais: democratização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia -CEE (1986) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

Durante este período, ocorreram enormes mudanças na população, na saúde e nos recursos que lhe foram atribuídos.

No sector da saúde coexistiam várias instituições com raízes diferentes na história do País, que podem resumir-se, em traços gerais, da seguinte forma:

- Os Serviços Médico-Sociais (SMS), vulgo “postos das caixas”, prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência. Estas constituíram a versão portuguesa do “regime do bem-estar” na saúde – quotização obrigatória de empregado e empregador para financiar o acesso aos cuidados de saúde. Ao contrário do que aconteceu noutros países europeus, as Caixas de Previdência desenvolveram os seus serviços médicos próprios (ambulatórios).
- Os Serviços de Saúde Pública estavam vocacionados essencialmente para a protecção da saúde (vacinações, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências).
- Os Hospitais do estado, gerais e especializados, encontravam-se (mas poucos) principalmente localizados nos grandes centros urbanos.
- Os Serviços privados eram dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados.

E ainda as Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País.

A reforma do sistema de saúde e da assistência, continua e em 1971 são criados os Centros de Saúde de 1ª geração – constituiu já um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde (SNS). No entanto, durante os 8 anos que mediaram entre 1971 e 1979, nunca foi completamente implementada.

Em 1975, dá-se a *integração* das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único, no entanto a integração dos centros de saúde com os postos médicos do SMS só tiveram lugar em 1984. Pode assim dizer-se que o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado. Mesmo assim, e mais uma vez, não o foi completamente – faltou um elemento importante com implicações para o futuro: a Administração Central do SNS.

A criação da carreira médica de clínica geral teve lugar nestas circunstâncias, fez-se a sua inserção nas estruturas administrativas tradicionais do SMS, sem qualquer investimento.

Assim conclui-se que com a democratização e com a criação do SNS permitiu, num período de tempo relativamente curto, uma notável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde, facilitando também, o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde.

A Saúde em Portugal entre 1985 e 1995, e num contexto internacional liberalizante, entra numa nova fase e com ela surge a lei de Bases da Saúde de 1990, que insere, na generalidade uma filosofia crítica, pode dizer-se que o seu conteúdo é, ainda hoje, pouco conhecido.

A criação do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), em fins de 1995 com a apresentação de algumas propostas definitivas em 1998, reflectem o clima social Europeu e a base de conhecimentos que se tem vindo a acumular sobre a reforma de saúde e que podem resumir-se em duas categorias:

- ✓ criar novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização: estratégia de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho, gestão das doenças crónicas (diabetes), sistema de qualidade, centros regionais de saúde pública, entre outros;
- ✓ inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde – hospital-empresa, os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI's) nos hospitais, centros de saúde de 3ª geração, os sistemas locais de saúde, cuidados continuados.

Os factores acima apontados, para além da falta de alterações nos dispositivos centrais e regionais do Ministério da Saúde e a decisão tardia sobre a formação dos dirigentes da saúde dificultaram a difusão da informação sobre a “reforma da saúde”, tornando lentos os primeiros passos da sua implementação.

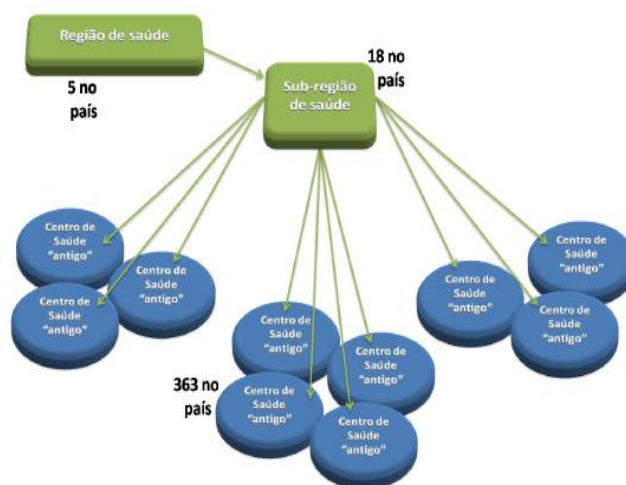
Entre os anos de 1999 a 2001, é constituída uma nova equipa ministerial, sem o desgaste que o exercício do poder provoca em área tão exigente como é a da saúde; tendo a mesma liderança política o governo assume explicitamente a “prioridade da saúde” e decide o conseqüente reforço das dotações financeiras; há um vasto conjunto de medidas de reforma que foram estudadas, negociadas, legisladas (isto acontece em 2000). Neste período a governação da saúde, devido à pressão das organizações profissionais, não foi capaz de gerir essas oportunidades. As implicações destas “derrotas da governação” foram sérias e ainda se fazem sentir na actualidade.

O ano de 2003 ficou conhecido pelo ano da ruptura, da protecção social à governação em saúde¹. “Re-nascida” este modelo de organização dá-se início de uma reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de uma unidade de missão, envolvendo a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

As tomadas de decisões isoladas, não enquadradas em quaisquer planos locais de infra-estruturas da saúde, a ausência de discussão de prioridades com os actores locais e alguma descoordenação na implementação criaram um ambiente de enorme contestação social que forçou o Primeiro-ministro, em Janeiro de 2008, a substituir o responsável pelo Ministério da Saúde.

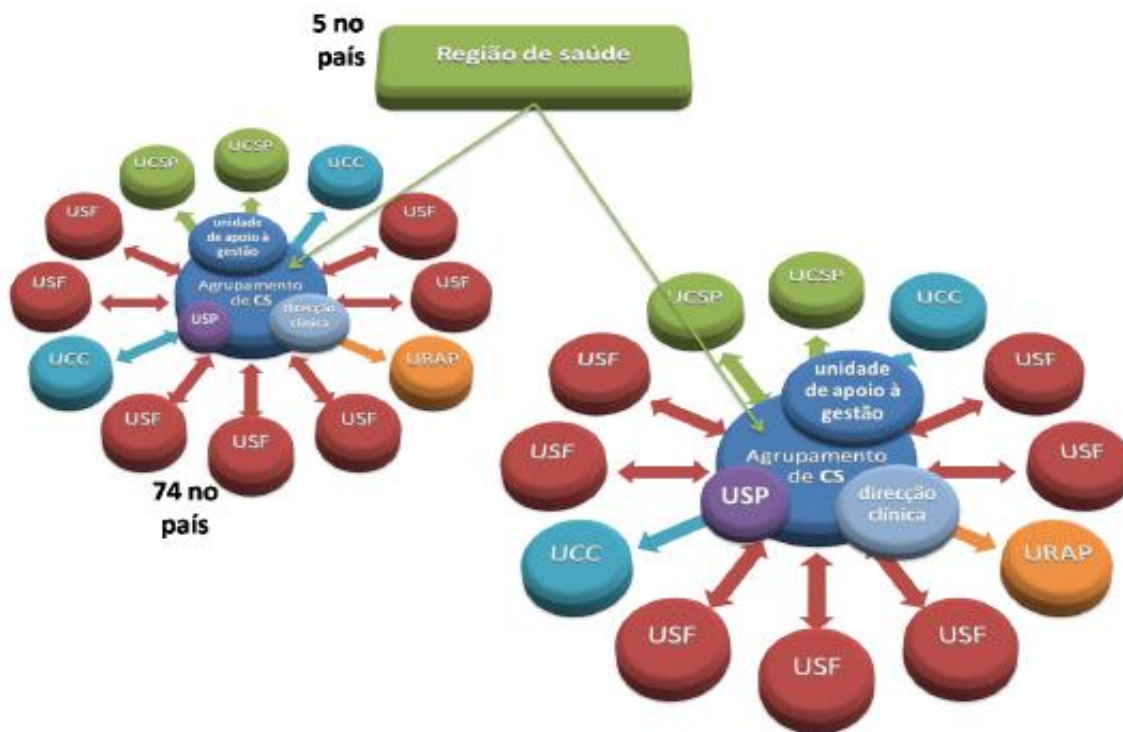
No início de 2008, a nova equipa ministerial apresentou como principais objectivos a qualificação do SNS e a devolução da confiança aos cidadãos e aos profissionais de saúde. Foram reconhecidas as limitações anteriores, nomeadamente no que concerne à renovação atempada do SNS, devido, a erros de planificação, de infra-estruturas e de formação de recursos humanos, a sua principal preocupação residiu em promover o acesso facilitado e adequado aos cuidados de saúde. Para tal, colocou-se no centro do sistema de saúde os cuidados de saúde primários, reforçando o empenho do Governo na implementação das USF. Este enfoque — começar por “descongelar a periferia” (ver Figuras n.º 1 e 2), em vez de clássico “*top-down*” na gestão da mudança — é, porventura, julga-se ser a única forma efectiva de conduzir um processo real de mudança no sistema de saúde português.

Figura n.º 1: Organização tradicional dos Cuidados de saúde Primários



Fonte: Adaptado do “Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP”, 2009

Figura n.º 2: Novo Modelo Organizacional dos Cuidados de saúde Primários



Fonte: Adaptado do “Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP”, 2009

Organização dos Cuidados de Saúde Primários, mais complexa, mas bem adaptada às necessidades das pessoas/cidadão e às expectativas dos profissionais de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde, para continuar a desempenhar o seu papel social insubstituível necessita de superar definitivamente a lógica de comando-e-controlo própria da “administração pública tradicional”.

Com esta reforma pretende-se que, ao contrário do habitual, começa onde mais importa – no ponto de encontro entre o cidadão e profissionais de saúde “descongelamento periférico” do sistema.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde não são um fim em si, mas essencialmente um conjunto de instrumentos como a governação clínica (*back-office*, que diz pouco às pessoas) destinados a assegurar que a prestação de cuidados de saúde funcione bem e com qualidade (*front-office*, aquilo que interessa às pessoas). O seu figurino organizacional prevê a criação de 74 ACES, destas novas organizações públicas, correspondendo muitas delas a empresas de grandes

dimensões e complexidade em termos de recursos humanos, materiais, técnicos e tecnológicos.

Na continuidade da reforma dos cuidados de saúde primários, surge o Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos ACES e que culminou com a tomada de posse dos respectivos directores executivos, em Abril de 2009. Estas estruturas permitirão aumentar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários e possibilitarão o envolvimento activo da comunidade. O desenvolvimento dos cuidados continuados integrados foi outra grande aposta desta equipa, de forma a ajustar a oferta de cuidados de saúde e apoio social às necessidades dos utentes com dependência temporária ou prolongada.

O projecto de contratualização assume desenvolvimentos regionais diferentes, quer ao nível da metodologia de negociação, quer do acompanhamento das unidades, o que, conjuntamente com as lacunas ainda existentes em termos de sistemas de informação têm gerado dificuldades no que se refere à consolidação do processo e ao nível da confiança face aos resultados a atingir.

Em 2009 com a criação e implementação dos ACES torna visível e crucial a necessidade do estabelecimento de um contrato-programa entre as ARS e os ACES consolidado sobre um processo de contratualização interna efectiva com as suas unidades funcionais. De referir que uma implementação e desenvolvimento sustentados deste processo beneficiariam largamente de uma sensibilidade para as características regionais considerando as competências e os recursos disponíveis em cada um destes órgãos intermédios de gestão. Prevê-se que com os dispostos legais em vigor se possa, finalmente, dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações.

Em cada ARS existe uma equipa dedicada à análise e acompanhamento das candidaturas, denominada ETO – Equipa Técnica Operacional – constituída por 5 elementos (3 oriundos da ERA – Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento e 2 elementos oriundos do Departamento de Contratualização da ARS, IP respectiva) cumprindo-se assim, a Norma III, ponto n.º 2 do Despacho Normativo n.º 9/2006.

A participação de “olhares” diversificados (CSP e Departamentos de Contratualização) e com finalidades diferentes no processo de análise das candidaturas não só enriquece e aprofunda a

própria análise, consolida a convergência do trabalho de equipas regionais com missões diferentes mas complementares, como facilita e antecipa o desenvolvimento de competências, assim como a afinação das metodologias e dos instrumentos de contratualização e monitorização de projectos.

2. Estrutura e Orgânica dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES)

A criação e implementação dos ACES tornam visível e crucial a necessidade do estabelecimento de um contrato-programa entre as ARS e os ACES, consolidado sobre um processo de contratualização interna efectiva com as suas unidades funcionais. De referir que uma implementação e desenvolvimento sustentados deste processo beneficiariam largamente de uma sensibilidade para as características regionais considerando as competências e os recursos disponíveis em cada um destes órgãos intermédios de gestão.

Com a reestruturação das ARS e a integração de um Departamento de Contratualização o processo torna-se irreversível. Esta nova abordagem representa uma diferença significativa face aos conceitos vigentes. Na área de desempenho assistencial assumiu-se uma preocupação acrescida com aspectos inerentes ao acesso e ao papel do médico de família, associada a grupos de utentes de risco ou vulneráveis.

O modelo contempla ainda aspectos fundamentais que se prendem com a aplicação de inquéritos para avaliar a satisfação dos utentes e profissionais e uma atenção especial à componente económica, com especial destaque para custos com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

As equipas coordenadoras para a reforma dos cuidados de saúde primários operacionalizam esta nova forma de gestão e apresentam como estratégias as seguintes acções (Fonte: site - www.mcs.min-saude.pt - Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009):

Implementação de Unidades de Saúde Familiar – As Unidades de Saúde Familiar (USF) é o desenvolvimento lógico do projecto de Regime Remuneratório Experimental, iniciado em 1998, e que todas as avaliações efectuadas demonstram ser um dos caminhos a seguir. Constituindo uma das incontornáveis linhas de contacto do cidadão com o sistema de saúde, as USF são peças centrais do novo modelo.

Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública – O nível civilizacional de um povo pode ser medida pela qualidade dos seus serviços de Saúde Pública. Pretende-se dar um novo impulso a esta área, reforçando a sua componente de intervenção e dotando-a de instrumentos que permitam ampliar a sua efectividade para segurança dos cidadãos (capacitação da população).

Outras Dimensões da Intervenção na Comunidade – É importante concretizar acções assentes no conceito da comunidade como espaço de intervenção do sistema de saúde. O desenvolvimento dos cuidados continuados reveste-se de tal importância que é objecto de um programa próprio.

Implementação de Unidades Locais de Saúde – Constituindo uma visão alternativa da organização dos cuidados, as Unidades Locais de Saúde (ULS) continuarão a ser desenvolvidas e testadas, no sentido de dotar o País de formas diferentes de organização e prestação de cuidados de saúde que possam ser avaliadas e comparadas. Deste trabalho julga-se que resultarão sistemas organizacionais mais justos e eficientes.

Desenvolvimentos dos Recursos Humanos – Os recursos humanos na área da saúde em Portugal caracterizam-se hoje por marcado enviesamento hospitalar. Existe, por outro lado, um défice pesadíssimo de recursos humanos no âmbito dos CSP que importa inverter. O presente programa propõe medidas corajosas nesse sentido, valorizando objectivamente a opção pela actividade profissional neste contexto.

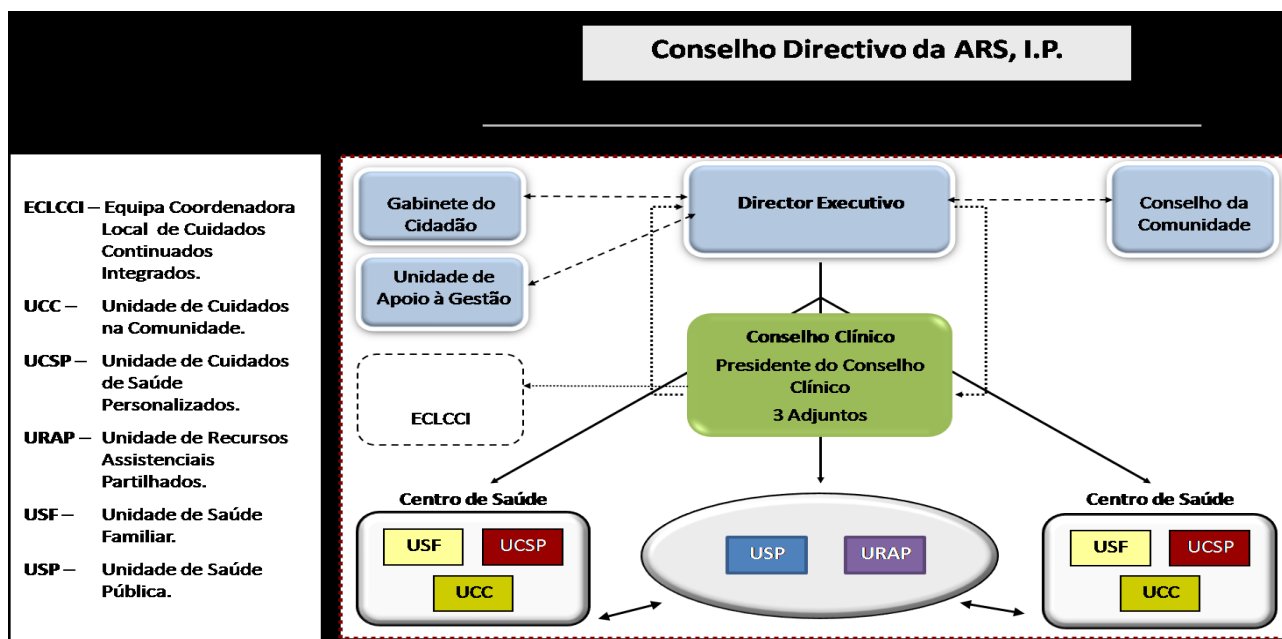
Desenvolvimento do Sistema de Informação – Não é possível gerir convenientemente o que quer que seja sem informação precisa, pertinente e em tempo útil. Apesar de todo o esforço desenvolvido na última década, os CSP continuam marcadamente deficitários em termos de sistemas de informação adequados à sua realidade. Está a ser realizado um esforço significativo no sentido de dotar todos os intervenientes no processo, dos actores directos na prestação de cuidados de saúde até aos gestores de topo do sistema, dos instrumentos adequados às suas necessidades objectivas de informação.

Mudança e Desenvolvimento de Competências – A sustentabilidade de um sistema assentam, entre outros factores, na motivação, competência técnica e capacidade de desenvolvimento profissional dos seus actores. É imprescindível assegurar que os profissionais que abracem o novo modelo de organização de cuidados de saúde tenham à sua disposição condições de formação profissional que lhes permitam enfrentar desafios com confiança, segurança e satisfação.

É pertinente relembrar a missão dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar.

Em suma e de forma esquematizada, passa-se a representar a estrutura organizativa dos ACES (Figura n.º 3 – Estrutura orgânica dos Agrupamentos dos Centros de Saúde), onde está evidenciada uma organização complexa que se irá desenvolvendo progressivamente, sendo de esperar que necessite, durante esse trajecto, de vários tipos de ajustamentos.

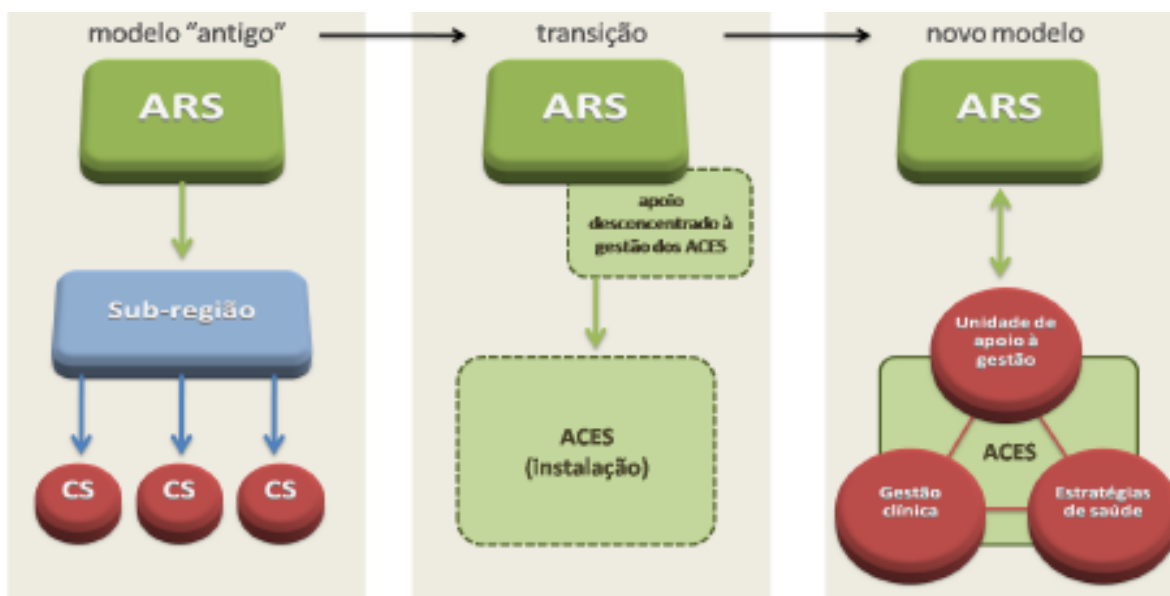
Figura n.º 3: Estrutura orgânica dos Agrupamentos dos Centros de Saúde



Fonte: Adaptado de Luís Pisco, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008

Nas actuais circunstâncias é importante adoptar um modelo de transição entre a situação de centralização/dependência tradicional e a de autonomia/descentralização que se pretende (Figura 4).

Figura n.º 4: Descentralização da gestão para os agrupamentos de centros de saúde



Fonte: Adaptado do “Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP”, 2009

Segundo o Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, em Fevereiro de 2009, recomendam aquando da publicação do “Acontecimento Extraordinário” o seguinte:

- Nos termos da legislação que criou os Agrupamentos de Centros de Saúde, estes são serviços com autonomia administrativa, atributo de natureza jurídica e gestionária, que levanta dúvidas quanto ao seu significado em termos práticos. Esta clarificação é necessária e urgente;
- Todas as iniciativas, já em desenvolvimento, de âmbito de gestão, designadamente as que apostaram na descentralização e na subcontratação, devem ser feitas a partir das direcções dos Agrupamentos de Centros de Saúde (concertação entre este e a Administração Regional de Saúde) e devem alvo de um processo de avaliação externa. Se desta avaliação se concluir que correspondem às melhores práticas, devem ser divulgadas e passar a constituir uma referência (Benchmarking);
- A extinção das sub-regiões, a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde e a profunda mudança organizacional na prestação de cuidados de saúde, constituem, no seu conjunto, uma oportunidade e uma exigência para acabar com o modelo de gestão à distância, centralista, tipo comando-e-controlo e passar para um modelo em que a gestão é feita a nível local.

Esta descentralização poderá ter que passar por um período de transição. Este não deve prolongar-se excessivamente, sob o risco de pôr em causa definitivamente este importante princípio. A descentralização da gestão é um dos processos mais importantes na constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde. É evidente que a reforma dos cuidados de saúde primários não se pode fazer adequadamente de uma forma desintegrada do conjunto do sistema de saúde, por essa razão, caminha-se para o desenvolvimento das unidades locais de saúde: Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais de referência.

Com o intuito dar a conhecer mais ao pormenor as várias unidades funcionais que integram os ACES, foi constituído o Apêndice I de onde consta breve descrição de cada das principais unidades funcionais num ACES.

3. Valorizar os Profissionais de Saúde – Estratégia adoptada

Com a entrada no início do século XXI, a Organização Mundial de Saúde no seu Relatório Mundial de Saúde, coloca uma ênfase especial na forma como os sistemas tratam as necessidades de saúde dos cidadãos, no processo de participação e na forma como os seus riscos financeiros são acautelados (WHO, 2000). Para além disso, deu especial relevo à resposta dos sistemas às expectativas dos cidadãos e ao direito que possuem de ser tratados individualmente, com dignidade, rapidamente e com respeito pelos seus valores e confidencialidade. Deste modo, os objectivos que esta organização apresenta para qualquer sistema de saúde, incluindo o Serviço Nacional de Saúde Português, são:

- ✓ melhorar a saúde da população que serve (objectivo principal),
- ✓ responder às expectativas dos cidadãos em relação aos cuidados em áreas não só de saúde, como o respeito pela dignidade, a autonomia e a confidencialidade da informação (objectivo social)
- ✓ proporcionar protecção financeira nos custos da doença (objectivo financeiro).

A estes objectivos acrescentou mais tarde a **melhoria da eficiência** e definiu os seis principais componentes de um sistema de saúde, baseados nas suas funções esperadas:

- a prestação de cuidados,
- **os profissionais de saúde,**
- a informação
- os produtos médicos,
- as vacinas e as tecnologias
- o financiamento
- a liderança e a governação

De acordo com o anterior Plano Nacional de Saúde (2004-2010) que elegeu duas estratégias de implementação, a saber:

- **a obtenção de mais saúde para todos**, onde se destaca a abordagem centrada na família e ciclo de vida bem como a abordagem integrada da doença;
- a gestão da mudança, **numa abordagem centrada no cidadão**, a capacitação do sistema de saúde voltada para inovação e renovação do mesmo (redes de cuidados).

Numa perspectiva de distribuição dos recursos para os prestadores em nome e em representação da população, é a questão central para assegurar a eficiência e a qualidade na prestação dos cuidados, podendo igualmente ter efeito em termos de equidade no acesso e eficiência administrativa e contribuir significativamente para o controlo de custos e sustentabilidade financeira.

No Programa do XVII Governo Constitucional 2005-2009, pode ler-se, no que concerne ser de esperar em relação aos objectivos da qualidade:

- *Responsabilidade individual e institucional, rigor de boas práticas, transparência, solidariedade, respeito;*
- *Melhoria contínua da qualidade, Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, Programa Nacional de Qualificação de Centros de Saúde, Programa Nacional de Auditoria Clínica;*
- *Desenvolver Normas Nacionais de Orientação e Gestão Clínica;*
- *Efectiva Gestão do Risco, com qualidade na prescrição, prevenção e luta contra a infecção, erro profissional, insegurança de locais e práticas de utentes e profissionais, revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos;*

- *Liderança nos serviços, formação em gestão, planeamento estratégico, sustentabilidade, segurança e qualidade.*

Baseando-se nos trabalhos de Poston (2002), e segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde a importância do sistema de saúde tem definido como objectivos:

- (1) melhorar a qualidade dos serviços e diminuir a probabilidade de ocorrência de erros;
- (2) apostar na formação dos profissionais;
- (3) melhorar a distribuição dos fundos públicos, no seio do SNS;
- (4) trabalhar em equipa;
- (5) promover a saúde e reduzir as desigualdades em saúde;
- (6) respeitar a confidencialidade para com os utentes e permitir o acesso à informação sobre serviços, tratamentos e desempenho (OPSS, 2008, p.136-7)

Segundo Porter e Teisberg (2006), a prestação de cuidados de saúde está em rota de colisão com aquilo que são as necessidades dos doentes e a realidade económica. O aumento de custos, o aumento dos problemas de qualidade e o aumento crescente de cidadãos sem acesso aos cuidados de saúde necessários é, por estes autores, inaceitável e insustentável. Além disto, começa a ser consensual considerar-se que o objectivo principal de um sistema de saúde ou de qualquer organização de saúde nunca pode ser minimizar custos, mas sim fornecer o maior valor possível aos cidadãos e, em particular, aos cidadãos doentes carentes de cuidados de saúde.

Segundo esta linha de raciocínio, qualquer reforma dos cuidados de saúde deve ser orientada para a melhoria da saúde e para o valor dos cuidados a prestar aos cidadãos, isto é, para a efectividade dos cuidados. Mais, os mesmos autores defendem que é essencial que estas reformas sejam lideradas pelos profissionais, porque só estes estão em condições de melhorar o valor dos cuidados a prestar.

É o caso da presente reforma dos cuidados de saúde primários, agora em curso, e dos seus princípios que para além das melhorias pretendidas da acessibilidade, da qualidade, da continuidade de cuidados e da eficiência, **incluem o aumento da satisfação de profissionais e de utilizadores.**

É evidente uma transição de paradigmas: evolui-se de um consumo massivo de informação em saúde – uma ampla disponibilidade e utilização de informação de saúde – para uma personalização massiva de informação em saúde e conhecimento – informação de saúde personalizada.

Com a introdução desta recente concepção, também ela não isenta de aspectos preocupantes, o cidadão poderá tomar parte deste processo em parceria com estas entidades que, por sua vez, funcionarão numa parceria entre elas, desenvolvendo funções de acordo com as suas competências.

Os próximos tempos serão muito interessantes, daí a pertinência desta investigação que pretende ser um ponto de partida para estudos futuros: se por um lado o cidadão passa a ter mais autonomia ou não, com o acesso à informação em saúde – *Intelligent Health*, a par com as evoluções dos próprios sistemas de saúde para dar resposta a estas preocupações, temos por outro lado os profissionais de saúde como veículos impulsionadores e motivadores desta reforma. Estarão eles satisfeitos com esta nova forma de “fazer” saúde?

Julga-se que a participação dos cidadãos passa também pelo seu envolvimento na avaliação dos cuidados prestados e a evolução ocorrida em Portugal nos cuidados primários parece estar a demonstrar que os **profissionais** e os cidadãos utilizadores podem beneficiar sempre que é dada aqueles a oportunidade de reestruturarem as suas práticas e de se organizarem para acrescentar valor à prestação de cuidados.

No sector da saúde, a questão dos recursos humanos assume relevância particular, não só pelo elevado nível de especialização dos profissionais e pelo controlo que estes detêm das actividades críticas das organizações, determinando a qualidade e eficiência das respostas dos sistemas de saúde, mas também pela dimensão que estes assumem, dada a mão-de-obra intensiva associada a esta área.

De acordo com o Livro Verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 2008), a saúde é um dos sectores mais importantes da economia, empregando cerca de um décimo da mão-de-obra de toda a UE, cujos salários e outras despesas relacionadas absorvem aproximadamente 70% dos orçamentos do sector. Este documento pretende constituir-se como base para uma reflexão dos Estados-Membros da UE no

sentido de se identificarem conjuntamente soluções eficazes para os problemas relacionados com os recursos humanos da área da saúde.

O envelhecimento demográfico apresenta-se como uma das principais preocupações, pois, para além de reclamar respostas adequadas dos sistemas de saúde às necessidades dos cidadãos, estende-se naturalmente aos profissionais de saúde, colocando em causa a necessária renovação da população activa (relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho) e a sustentabilidade potencial do sector. De acordo com o documento referido anteriormente, entre 1995 e 2000, o número de médicos com idade inferior a 45 anos diminuiu cerca de 20% em toda a Europa, tendo aumentado em mais de 50% e a representatividade dos que têm mais de 45 anos. Portugal segue a mesma tendência de envelhecimento do tecido profissional, sendo a situação dos médicos a mais preocupante.

Igual preocupação é manifestada com a carreira de enfermagem, com o aumento da idade dos enfermeiros nos Estados-membros. Em Portugal, de acordo com o estudo anteriormente mencionado, o índice de envelhecimento global deste grupo profissional situa-se em 0,2, sendo a classe etária mais representativa a dos 25-29 anos, o que certamente resulta do aumento de 188%, registado no número de diplomados no período 1993-2005. Tal como nos médicos, também na enfermagem a média de idades é mais alta-roda os 40,5 anos na área hospitalar e os 36 anos na área dos cuidados primários em saúde, o que está muito provavelmente associado à cultura “hospitalocêntrica” que tem prevalecido e à falta de investimento na atracção do exercício no âmbito dos cuidados primários.

A Comissão das Comunidades Europeias (Livro Verde, 2008) chama à atenção para a necessidade de os países desenvolverem um planeamento adequado da formação pré-graduada, numa perspectiva estratégica de médio e longo prazo e de investirem no desenvolvimento contínuo dos profissionais (tornando o exercício motivador e apelativo, facilitando a reconversão dos profissionais, estimulando a actualização dos mais velhos, captando profissionais que deixaram de estar no activo mas que têm ainda capacidade para exercer). Na mesma linha de pensamento, sugere-se ser fundamental inverter a fraca atracção que as políticas de emprego relacionadas com os cuidados de saúde e com a saúde pública, sendo necessário definir estratégias adequadas que incentivem os jovens a escolher estas profissões.

Em Portugal, face ao novo enquadramento legal, que impõe a reestruturação da generalidade das carreiras da administração pública, deu-se início à revisão das carreiras médicas, que se mantinham inalteradas há quase vinte anos. O novo regime legal cria uma carreira médica única, organizada por áreas de exercício profissional (área hospitalar, da medicina geral e familiar, da saúde pública, da medicina legal e da medicina do trabalho) e estruturada em dois graus (especialista e consultor) e três categorias (Assistente, Assistente Graduado e Assistente Graduado Sénior). Acresce-se referir que as outras carreiras que integram a área da saúde ainda não estão revistas (Técnicos Superiores de Saúde, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Enfermagem).

Será por certo importante reportar que a União Europeia (EU) tem vindo a desenvolver medidas que permitem a livre circulação das pessoas entre os Países Membros, o reconhecimento de competências e do direito ao exercício profissional; paralelamente, têm-se vindo a colocar questões relacionadas com a mobilidade de profissionais de saúde dentro e fora da UE e com as desigualdades de fluxos migratórios, que favorecem os países ricos e “esvaziam” os mais pobres de potencial intelectual. Apesar do impacto negativo que este fenómeno possa ter no desenvolvimento dos países, defende-se que a resposta não deve passar pela introdução de restrições à circulação das pessoas, mas antes pela definição de regras de recrutamento ético a adoptar pela generalidade dos países e simultaneamente pela revisão interna das políticas de recrutamento e de desenvolvimento profissional, que devem tornar-se atractivas e assim potenciar a retenção dos profissionais, sem contudo, comprometer a possibilidade de migração circular (aquisição e reforço de competências fora do país de origem, seguindo-se o seu regresso) e a partilha de eventuais excedentes de mão-de-obra entre países.

Em Portugal, verifica-se ainda outro fenómeno, ao nível interno, em todo semelhante quanto à sua origem e ao impacto que lhe está associado, trata-se da migração de profissionais, sobretudo médicos, do sector público para o sector privado, que apresenta uma maior flexibilidade, nomeadamente remuneratória, o que nalguns casos tem comprometido o funcionamento regular dos serviços do SNS.

Enfatiza-se que o sector público investe mais na formação dos profissionais, que como é conhecido tem um elevado custo para o erário público, sector esse que se revela incapaz de desenvolver estratégias de retenção dos mesmos, permitindo assim materializar o retorno do investimento realizado. Assim, revela-se fundamental e urgente repensar estrategicamente o

planeamento e a gestão de recursos humanos no sector da saúde e particularmente na administração pública, ultrapassando as limitações imediatistas que muitas vezes os processos de reforma impõem.

Uma vez que as carências registadas actualmente e estimadas para um futuro próximo não são passíveis de resolução no curto prazo, esta matéria assume relevância especial no âmbito da gestão do sector. Importa ainda equacionar a introdução de mecanismos que permitam captar, desenvolver e reter os profissionais de saúde, no sentido de evitar que a migração laboral, nacional ou internacional se apresente como única alternativa para se alcançar a realização profissional e a satisfação pessoal. Os sistemas de remuneração associados ao desempenho, a gestão de carreiras e o desenvolvimento de programas de formação e desenvolvimento são áreas que devem merecer a reflexão do governo.

Embora o argumento de que os recursos humanos são um investimento e não um custo seja frequentemente utilizado, as práticas que observamos tanto no sector público como privado estão longe de corresponderem a tal filosofia.

Daí que, em épocas de crise, ou seja, quase sempre, a tendência seja não para investir, mas para reduzir os custos associados aos recursos humanos. No domínio da Administração Pública é sintomática a passagem à filosofia inspirada na gestão empresarial baseada na lógica da eficiência, conduzindo à chamada Escola do New Public Management (NPM).

PARTE II

DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO

Capítulo I

Metodología

Ao longo deste capítulo descreve-se e analisa-se os cuidados e procedimentos metodológicos que foram adoptados para a salvaguarda na condução do estudo empírico desta dissertação. Assim, descreve-se os objectivos, a pergunta de partida do estudo e as hipóteses subjacentes à investigação conduzida, passando de seguida a descrever a amostra, os instrumentos e os procedimentos de avaliação utilizados. Todos estes tópicos contribuem para a objectividade e validade da informação recolhida, por se tratar de uma investigação na área das ciências humanas e sociais, maiores devem ser os cuidados metodológicos a ter na condução da investigação, pois são muitas as variáveis a estar em presença e porque a sua delimitação e controlo se torna mais difícil, por vezes impossível. Com frequência na investigação nestas áreas, os próprios problemas a investigar são, desde logo, mais difíceis de precisar pela confluência de múltiplas questões, dúvidas e teorias explicativas disponíveis (Almeida & Freire, 2000). Opta-se neste estudo por falar em “hipóteses” no sentido estrito do termo, e refere-se que o estudo pretende dar respostas a algumas questões inicialmente estruturadas para a condução do trabalho de investigação no terreno.

Importa também descrever a análise a algumas das respostas abertas dadas pelos profissionais de saúde em estudo.

Finalmente, descrevem-se as análises estatísticas realizadas considerando-se a natureza das variáveis em análise e o tipo de questões que se pretendia responder com tais análises. Assim, para além das estatísticas descritivas, procedeu-se a algumas análises estatísticas inferenciais, procurando cruzar o impacto de diversas variáveis em simultâneo nos resultados das dimensões utilizadas. Recorreu-se ao programa IBM- SPSS (versão 19.0 para Windows) para a prossecução destas análises estatísticas.

1. Objectivos e conceptualização do estudo

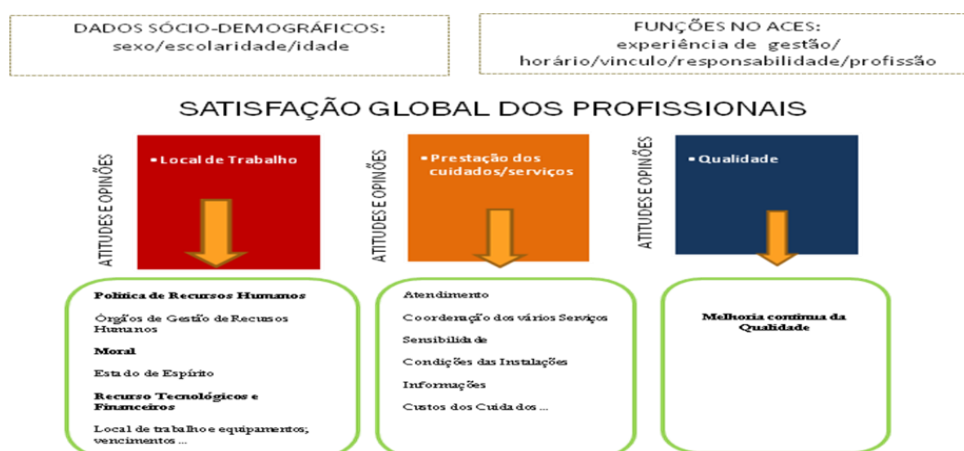
Este é um estudo de investigação realizado mediante pesquisa, de carácter exploratório-descritivo, cuja finalidade é **verificar a satisfação dos profissionais** que integram um ACES (Agrupamento de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde) do Grande Porto. Pretende-se ainda auxiliar o Conselho Clínico do ACES, no sentido de construir um documento para posteriores avaliações/verificações do grau de satisfação dos profissionais, (alínea g), art.º 26.º do disposto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro), com a entrega a posterior de um relatório.

A inovação e pertinência do estudo perdem-se com a realização de um documento com rigor científico que poderá ser usado como instrumento para melhorar as políticas de gestão e comunicação dentro do ACES, sendo de salientar que nesta fase é pretensão única da investigadora indagar qual a satisfação dos profissionais face à Reorganização/Reforma do Serviço Nacional de Saúde – objectivo geral.

Relativamente aos objectivos específicos procurou-se compreender os seguintes fenómenos:

- Se a satisfação profissional depende dos factores sócio-demográficos;
- Se a percepção da qualidade do local de trabalho depende dos factores sócio-demográficos;
- Se a percepção da qualidade na prestação depende dos factores sócio-demográficos;
- Se a percepção da melhoria contínua depende dos factores sócio-demográficos;
- Se a opinião dos profissionais depende dos factores sócio-demográficos;
- Se a satisfação global é influenciada por factores como o desempenho de funções de chefia, o tempo de serviço, tipo de vínculo, grupo profissional;
- Se a satisfação depende da Unidade de Saúde/Funcional onde o profissional exerce funções;
- Comparar a satisfação dos grupos profissionais com mais percentagem (assistente técnicos, enfermeiros e médicos) das USF's com os das UCSP's.

A génese deste questionário (Anexo I) assenta num questionário, já largamente testado e validado em Portugal e desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), inserido no Projecto IASP – Instrumentos de Avaliação da Satisfação Profissional. Segue um esquema com o modelo conceptual do estudo, apresentado da seguinte forma:



Fonte: Adaptado do “Monitorização da Satisfação dos Profissionais das USF”, 2009

Os dados socio-demográficos recolhidos incluem o sexo, a idade e habilitações académicas, visam ser apenas considerados variáveis de controlo. Com este modelo conceptual pretendeu-se medir, sob uma perspectiva dos profissionais de saúde, as seguintes dimensões (Quadro n.º 2):

Quadro n.º 3 – Descrição das Dimensões, Sub-dimensões e facetas em estudo

	Dimensões	Sub-dimensões	Facetas	Questões
Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP)	Qualidade do Local de Trabalho (QLT)	Política de Recursos Humanos (PRH)	Órgãos de Gestão (OG)	13a -13d
			Recursos Humanos (RH)	9a-9c 10a-10b
		Moral (M)	Coordenação (C)	7a-7k
			Estado de Espírito (EE)	11a-11b
		Recursos Tecnológicos e Financeiros (RTF)	Vencimento (V)	12a-12c
			Local de Trabalho e Equipamentos (LTE)	8a-8d
	Qualidade da Prestação dos Serviços/Cuidados (QP)	-	-	14a-14g
	Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ)	-	-	15a-15h

Fonte: Adaptado do “Monitorização da Satisfação dos Profissionais das USF”, 2009

E ainda inclui um grupo de perguntas “recomendações e sugestões”, com respostas em aberto para que os profissionais expressem livremente a sua opinião, por forma a se conhecer a “voz” dos profissionais.

Os dados recolhidos correspondem a uma sondagem sendo composto por 27 questões medidas, perfazendo um total de 63 variáveis medidas por escalas tipo *Likert* de 1 a 5, a que corresponde **1** má qualidade e **5** qualidade **excelente**. Para cada item esta escala de 1 a 5 foi transformada numa escala de 0 a 100 de acordo com o seguinte critério:

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau
100%	90%	70%	50%	0%

Para as questões 17, 18 e 19, a pontuação foi igualmente feita numa escala tipo *Likert*, de 1 a 4, com a inversão da pontuação atribuída onde o 1 significava a situação mais satisfatória e a 4 a situação menos satisfatória.

Às questões 16 e 23 correspondem uma escala dicotómica de sim/não e feminino/masculino respectivamente. As questões 20, 21 e 27 são de respostas abertas.

A sondagem teve como período de duração uma semana e decorreu de 21 a 25 de Março p.p., após devida autorização e aprovação do estudo pela Directora Executiva e respectivo Conselho Clínico do ACES, respeitando todos os princípios da confidencialidade/anonimato dos dados recolhidos para o estudo.

Este é um estudo de investigação realizado mediante pesquisa, de carácter exploratório-descritivo, onde se descreve os fenómenos (variáveis) e procura-se descobrir possíveis relações entres.

2. População e Amostra

A população em estudo visa os profissionais de um ACES da Administração Regional de Saúde do Norte, com uma área de jurisdição que compreende três freguesias.

O ACES em estudo é dirigido pela Directora Executiva (DE) que é assessorada por uma Unidade de Apoio à Gestão, por um Conselho Clínico e estando a aguardar a aprovação do representante do Conselho da Comunidade, conta ainda com duas Equipas Coordenadoras de Cuidados Continuados Integrados (ECLCCI) e um Gabinete de Cidadão Actualmente integra duas Unidades de Saúde Familiar (USF) e sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP),tem uma Unidade de Saúde Publica em pleno funcionamento, uma Unidade Móvel de Intervenção e duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) a aguardar autorização.

Em relação à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) ainda não está formalmente constituída, no entanto os recursos humanos já adstritos a esta unidade estão a integrar as unidades supramencionadas, desta apenas se excepciona o serviço de medicina física e de reabilitação que tem edifício próprio junto de uma UCSP.

Para o presente estudo de investigação foi necessário fazer-se uma caracterização real dos recursos humanos existentes e sua distribuição por categoria e por unidade funcional. (Apêndice I – ver quadro de distribuição dos recursos humanos por Unidades Funcionais).

Entretanto é importante fazer algumas considerações que foram equacionadas aquando da distribuição dos questionários, nomeadamente a um elemento do grupo profissional dos TDT's, assim como a dois Técnicos Superiores da Unidade de Saúde Pública que estão afectos ao serviço mas não exercem funções nas respectivas UCSP's.

Como a URAP ainda não está constituída e para não se replicar grupos profissionais, foi considerado o critério dos registos de presenças nas várias unidades (e.g.: um médico pediatra foi considerado no grupo profissional “médico” afecto à unidade onde exerce funções e iguais procedimentos foram tidos para os técnicos superiores, técnicos superiores de saúde, enfermeiros e assistentes operacionais).

Assim a população em estudo é composta, de acordo com a distribuição do quadro n.º 4.

Quadro n.º 2 – Distribuição dos Recursos Humanos

Grupo Profissional	RH Existentes	RH Efectivos *	RH (Portaria n.º 273/2009)
Asst. Operacionais	35	31	37
Asst. Técnicos	61	56	100
Enfermeiros	82	77	106
Médicos	87	80	98
TDT's	13	13	15
Téc. Superior	12	9	20
Téc. Sup. Saúde	6	5	
Total	296	273	376

* Foram excluídos os profissionais que se encontravam de atestado e/ou doença prolongada, a aguardar a aposentação ou ainda estavam de férias na semana que foi realizado o estudo.

Este ACES tem no seu mapa de pessoal 296 profissionais saúde, sendo que apenas tem a trabalhar efectivamente 273 (92,3%) dos recurso humanos existentes, de referir a que 23 (7,7%)

profissionais encontravam-se ausentes aquando da passagem do estudo por motivos de doença e/ou atestados, ou estão a aguardar a aposentação e uma pequena fracção entrava-se de férias. Dos recursos humanos que se encontravam a exercer funções apenas 147 profissionais responderam à sondagem, revelando assim uma taxa de resposta 53,85%.

A amostra, quanto ao tipo de amostragem, foi considerada aleatória e não probabilística, sendo a sua técnica adoptada por conveniência.

Ser de referir que os profissionais de saúde são maioritariamente do sexo feminino, cerca de 114 dos respondentes, cumpre uma carga horária de 35 horas/semanais e estão a desempenhar funções por contrato por tempo indeterminado em funções públicas.

Como critérios de inclusão, participaram profissionais de saúde que exercem funções directas nas várias unidades funcionais em estudo.

3. Hipóteses de Investigação

Em relação às hipóteses que se pretende testar são as seguintes:

Hipótese I: Verificar se existem diferenças na satisfação entre profissionais por, grupo profissional, tempo de serviço, tipo de vínculo, Grau de Habilitações e Sexo

Hipótese II: Verificar se existem diferenças na satisfação entre profissionais, por Unidades de Saúde (CS)

Hipótese III: Verificar se existem diferenças na satisfação entre profissionais, por Unidades funcionais (USF, UCSP e outras)

4. Procedimentos e Instrumentos de Recolha

Em relação ao procedimentos e instrumentos de recolha tinha-se inicialmente pensado passar o IASP (questionário) via *on-line*. Porém essa ideia foi abandonada porque iria provocar um viés no estudo, pois não chegaria a todos os profissionais, visto que nem todos trabalham com

equipamentos informáticos e não têm acesso aos E-mails; Decidiu-se então comunicar a todos os Coordenadores das várias Unidades Funcionais que na semana de 21 a 25 de Março p.p., a investigadora iria operacionalizar a passagem dos questionários; Para facilitar a adesão e fomentar a taxa de resposta, os dados foram ser recolhidos numa caixa criada para o efeito e colocada em cada edifício estrategicamente num total de 7 (sete) caixas. Em todas as caixas havia uma explicação sintetizada do estudo com contacto telefónico da investigadora para esclarecimentos adicionais. As caixas foram todas seladas para não permitir a adulteração e garantir a confidencialidade dos questionários respondidos.

5. Tratamento estatístico dos dados

Para se verificar as hipóteses de investigação levantadas, recorreu-se a interpretação de testes estatísticos com um nível de significância de 0.05.

Na aplicação das técnicas estatísticas para testar as hipóteses aplicaram-se de um modo geral, recorreu-se aos testes paramétricos: teste *t de student para* as amostras independentes. Na comparação entre a satisfação com as várias dimensões, sub-dimensões e facetas nos grupos com três ou mais categorias, utilizou-se o teste *ANOVA*.

Capítulo II

Análise dos Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados e respectiva apreciação crítica. Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização as tabelas de frequências das distribuições com valores verificados assim como para as variáveis das várias dimensões, sub-dimensões e facetas em estudo.

1. Descrição da amostra

Em relação a caracterização da amostra, seguidamente representa-se os dados sócio-demográficos:

Tabela 1 – Dados pessoais

DADOS PESSOAIS					
(P23) Sexo			(P26) Habilitações Literárias		
Feminino	114	83,2%	1º Ciclo do ensino básico	9	6,4%
Masculino	23	16,8%	2º Ciclo do ensino básico	4	2,8%
N/R	10	137	3º Ciclo do ensino básico	9	6,4%
			Ensino secundário	31	22,0%
			Ensino médio	3	2,1%
			Ensino superior	85	60,3%
			N/R	6	141
(P24) Idade			(P22) Distrito		
18 - 24	2	1,6%	Aveiro	2	1,6%
25 - 34	38	29,9%	Coimbra	1	0,8%
35 - 44	27	21,3%	Porto	125	96,9%
45 - 54	25	19,7%	Viana do Castelo	1	0,8%
55 - 64	34	26,8%	N/R	18	129
65 - 74	1	0,8%	Concelho do Distrito do Porto		
N/R	20	127	Gondomar	18	14,4%
			Maia	6	4,8%
(P25) Situação familiar			Matosinhos	9	7,2%
Casado com registo	85	63,4%	Porto	89	71,2%
União Facto	12	9,0%	Valongo	3	2,4%
Total	97	72,4%	N/R	22	
Solteiro/a	27	20,1%			
Viúvo/a	3	2,2%			
Divorciado/a	4	3,0%			
Separado/a	3	2,2%			
N/R	13	134			

Como se observa a maioria dos respondentes é do sexo feminino, em relação a distribuição de idade, esta é bi-modal com maior frequência dos grupos etários dos 25 aos 35 anos e dos 55 aos 64 anos, apresentando uma média de 44 anos aproximadamente numa amplitude de 22 aos 66 anos. De referir que 60,3% dos respondentes detêm habilitações superiores

Quanto ao local de residência a maioria (96,9%) dos respondentes (125) residem no distrito do Porto, apenas 2 profissionais residem no distrito de Aveiro e 1 profissional do distrito de Coimbra, houve 18 que optaram por não responder; Quanto a sua distribuição por concelhos 71,2% (89) dos profissionais residem no Porto, 14,4% (18) residem no concelho de Gondomar, 4,8% (6) no concelho da Maia e 2,4% (3) profissionais residem no concelho da Trofa, 22 não responderam.

Em relação à distribuição dos profissionais que responderam ao questionário, apresentam-se distribuídos de acordo com a tabela 2. Chama-se a atenção para facto de que todos os profissionais em estudo identificaram a Unidade onde exercem funções.

Tabela 2 – Distribuição dos respondentes por Unidades de Saúde

UNIDADE DE SAÚDE				
P1				
CS Freguesia A	UCSP 1		22	15,0%
	UCSP 2		1	0,7%
	USF		17	11,6%
CS Freguesia B	UCSP 1		19	12,9%
	UCSP 2		6	4,1%
	UCSP 3		30	20,4%
CS Freguesia C	UCSP 1		9	6,1%
	UCSP 2		15	10,2%
	USF		11	7,5%
Unidade de Saúde Pública			13	8,8%
Gabinete do Cidadão			0	0,0%
Unidade de Apoio à Gestão			3	2,0%
Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados			0	0,0%
Outra			1	0,7%
N/R			0	
			147	100,0%

No sentido de se descrever e caracterizar o tipo de vínculo, horário laboral e se desempenham ou não funções de chefia, coordenação ou gestão, apresenta-se a tabela 3:

Tabela 3 – Distribuição dos respondentes por funções, horário e vínculo

FUNÇÃO/HORÁRIO/VÍNCULO					
P2 Horário de Trabalho			P4 Funções:		
Menos de 35 horas semanais	2	1,4%	Sim	20	14,3%
35 horas semanais	118	81,9%	Não	120	85,7%
40 horas semanais	5	3,5%	N/R	7	140
42 horas semanais	16	11,1%			
Outro	3	2,1%			
N/R	3	144			
P3 Tipo de Vínculo					
Contrato por tempo indeterminado em funções públicas	90	62,9%			
Contrato individual de trabalho por tempo certo	30	21,0%			
Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado	6	4,2%			
Outro	17	11,9%			
N/R	4	143			

Como se pode constatar pela tabela acima, a maioria dos respondentes têm vínculo à função pública e um horário de 35 horas semanais. Em relação ao tempo de serviço na unidade e nos cuidados de saúde primários segue-se a tabela 4 com a distribuição dos dados obtidos:

Tabela 4 – Distribuição dos respondentes em relação ao tempo de serviço:

TEMPO DE SERVIÇO					
ACES			CSP		
[0-- 5[anos	58	44,4%	[0 - 5[anos	22	16,9%
[5 -10[anos	33	25,4%	[5 - 10[anos	22	16,9%
≥ 10 anos	39	30,1%	≥10 anos	68	52,1%
N/R	17	130	N/R	35	112

Com uma média aproximadamente de 9 anos de tempo de serviço da unidade de saúde e de 16 anos nos cuidados de saúde primários. A distribuição dos profissionais respondentes por grupo profissional foi considerada uniforme com uma ligeira predominância dos assistentes técnicos, veja-se a seguinte tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos respondentes em relação ao tempo de serviço:

GRUPO PROFISSIONAL		
P5 Profissão		
Assistente Operacional	19	13,1%
Assistente Técnico/a	45	31,0%
Enfermeiro/a	33	22,8%
Gestor/a ou Administrador/a	1	0,7%
Médico/a	34	23,4%
Técnico/a de Diagnóstico e Terapêutica	6	4,1%
Técnico/a Superior	3	2,1%
Técnico/a Superior de Saúde	1	0,7%
Outra	3	2,1%
N/R	2	145

2. Descrição da Avaliação da Satisfação Profissional

Em relação ao se verificar quais os valores médios gerais das pontuações atribuídas pelos profissionais de saúde em estudo, no que diz respeito as dimensões, sub-dimensões e facetas, esquematiza-se da seguinte forma:

Dimensões	Sub-dimensões	Facetas
QLT = 57,7%	PRH=53,2%	OG=50,2%
		RH=55,5%
	M=67,1%	C=67,4%
		EE=65,8%
	RTF=45,9%	V=35,2%
		LTE=53,8%
QP=65,0%	-	-
MCQ=66,8%	-	-

Os profissionais em geral manifestam uma maior satisfação com os processos existentes da “*melhoria contínua da qualidade*” (66,8%), consideram as suas unidades saúde prestam cuidados - “*qualidade na prestação*” acima da média (65,0%); recorda-se que para os profissionais de saúde 50% é o normal ou seja regular. Consideram que os seus locais de trabalho – “*qualidade do local de trabalho*” apresentam alguns défices de qualidade (57,5%).

São profissionais com o “*moral*” (67,1%)relativamente elevado, muito embora ainda considerem desajustados os “*vencimentos*” (35,2%) que auferem em relação à responsabilidade, à experiência e ao desempenho que exercem.

As facetas avaliadas mais positivamente destacam-se a avaliação que é feita à “*coordenação*” (67,4%) e ao “*estado de espírito*” (65,8%). Para além da situação referenciada relativamente aos “*vencimentos*” existe uma outra faceta avaliada mais negativamente os “*órgãos de gestão*” (50,2%) associada a “*política*” do ACES e aos equipamentos e condições dos locais de trabalho – “*locais de trabalho e equipamentos*” (53,8%).

Em relação à “*qualidade na prestação*” dos cuidados ou serviços desenvolvidos no ACES, foram avaliados mais positivamente a forma como os profissionais de saúde desempenham as suas funções (71,3%) e a sensibilidade (71,3%) que manifestam em relação aos problemas e preocupações dos utentes – informação (67,1%).

Por fim a “*melhoria contínua da qualidade*”, os profissionais em estudo apresentam valores muito elevados no que respeita ao orgulho (76,1%) que sentem no desempenho da sua profissão, na compreensão da missão e objectivos da unidade onde exercem a par com as expectativas de qualidade (68,9%) e com o esforço que a sua unidade desenvolve na melhoria continua (68,4%) na relação com os utentes e profissionais.

A “*Satisfação Global*”, com este grupo que pretendeu avaliar de forma mais global as atitudes dos profissionais e contribui para a compreensão se estes estão satisfeitos, se as suas habilitações são as adequadas ao desempenho das funções, se utilizariam e recomendariam a unidade de saúde onde exerce funções e se pudessem voltar a escolher, se exerceriam funções nessa mesma unidade. Observe-se a tabela 6.

Para consultar todos resultados na íntegra ver Anexo II.

Tabela 6 – Distribuição dos respondentes em relação à satisfação global:

SATISFAÇÃO GLOBAL	
-------------------	--

P16 Formação adequada

Sim		127	90,1%
Não		14	9,9%
N/R	6	141	100,0%

P17 Recomendaria

Claro que sim		79	55,2%	Sim	86,7%
Provavelmente sim		45	31,5%	Não	13,3%
Provavelmente não		16	11,2%		
Claro que não		3	2,1%		
N/R	4	143	100,0%		

ratio = 7 / 1

P18 Utilizaria esta unidade de saúde se necessário

Claro que sim		81	57,4%	Sim	87,9%
Provavelmente sim		43	30,5%	Não	12,1%
Provavelmente não		17	12,1%		
Claro que não		0	0,0%		
N/R	6	141	100,0%		

ratio = 7 / 1

P19 Voltaria

Claro que sim		72	50,7%	Sim	72,5%
Provavelmente sim		31	21,8%	Não	27,5%
Provavelmente não		28	19,7%		
Claro que não		11	7,7%		
N/R	5	142	100,0%		

ratio = 3 / 1

São profissionais que consideram ter “formação adequada” para o desempenho das funções que exercem, revelam atitudes muito francamente positivas, 86,7 5 dos profissionais recomendariam os cuidados ou serviços prestados pelo ACES, assim como referem que utilizariam os serviços caso necessitassem (87,9%). Confrontados com a questão hipotética “voltar a escolher de novo este local para trabalhar” a grande maioria manifestou uma atitude positiva (72,5%).

3. Verificação das Hipóteses de Investigação

Hipótese I: Verificar se existem diferenças na satisfação profissional entre profissionais por, tipo de vínculo, grau de habilitações, sexo, idade, grupo profissional e tempo de serviço,.

Procurando-se testar hipótese I quanto às várias dimensões, sub-dimensões e facetas por tipo de vínculo, categorizou-se da seguinte forma: “função pública” se **sim (FP)**, tendo sido considerados os profissionais que estão a contrato por tempo indeterminada em funções públicas e se **não (NFP)** todos os outros tipos de vínculos referido no questionário.

Tabela 7 – Resultado da HI para o tipo de vínculo

Funções Públicas		N	Média	Desvio Padrão	t	Sig
órgãos de gestão e política	sim	88	,480	,237	-1,443	,151
	não	51	,538	,219		
recursos humanos	sim	90	,553	,230	-,126	,900
	não	50	,558	,216		
estado de espírito	sim	90	,640	,233	-,842	,401
	não	51	,674	,217		
coordenador/a	sim	87	,668	,280	-,169	,866
	não	48	,675	,213		
vencimento	sim	89	,377	,307	1,524	,130
	não	49	,294	,304		
local de trabalho e equipamento	sim	89	,516	,197	-1,886	,061
	não	51	,579	,178		
política de recursos humanos	sim	90	,516	,193	-,970	,334
	não	51	,548	,185		
moral	sim	90	,655	,226	-,472	,637
	não	52	,673	,207		
recursos tecnológicos e financeiros	sim	90	,444	,213	,069	,945
	não	52	,442	,204		
qualidade do local de trabalho	sim	90	,539	,181	-,399	,690
	não	52	,551	,175		
qualidade da prestação dos cuidados	sim	89	,625	,187	-2,223	,028
	não	51	,694	,156		
melhoria contínua da qualidade	sim	89	,660	,208	-,509	,612
	não	51	,678	,162		

Observando os resultados constata-se que em relação ao tipo de vínculo **há uma diferença significativa** que apenas se faz sentir na “*qualidade da prestação dos cuidados*”, onde os funcionários com contrato em funções públicas apresentam menos satisfação do que os restantes profissionais sem vínculo à função pública.

Procurando agora testar a nossa hipótese I quanto às várias dimensões, sub-dimensões e facetas mas desta vez por grau de habilitações, categorizou-se da seguinte forma: “habilitações académicas” **não superiores** (NS) engloba as habilitações desde o 1.º ciclo do ensino básico até ao ensino médio, **superior** (S) engloba ensino universitário ou politécnico.

Tabela 8 – Resultado da HI para o grau de habilitações

Habilitações		N	Média	Desvio Padrão	t	Sig
órgãos de gestão e política	não superior	54	,510	,238	,139	,889
	superior	84	,504	,230		
recursos humanos	não superior	54	,588	,182	1,313	,191
	superior	85	,541	,241		
estado de espírito	não superior	55	,638	,224	-,859	,392
	superior	85	,671	,221		
coordenador/a	não superior	55	,661	,227	-,492	,623
	superior	78	,683	,276		
vencimento	não superior	53	,392	,294	1,193	,235
	superior	84	,328	,317		
local de trabalho e equipamento	não superior	54	,561	,154	,998	,320
	superior	85	,527	,214		
política de recursos humanos	não superior	55	,549	,171	,826	,410
	superior	85	,522	,199		
moral	não superior	56	,645	,204	-,992	,323
	superior	85	,682	,223		
recursos tecnológicos e financeiros	não superior	56	,471	,192	1,166	,246
	superior	85	,430	,220		
qualidade do local de trabalho	não superior	56	,552	,162	,232	,817
	superior	85	,545	,187		
qualidade da prestação dos cuidados	não superior	55	,651	,159	-,229	,819
	superior	84	,658	,178		
melhoria contínua da qualidade	não superior	55	,678	,151	,342	,733
	superior	84	,667	,213		

Quanto ao se testar hipótese I em relação às várias dimensões, sub-dimensões e facetas mas desta vez por sexo, categorizou-se da seguinte forma: feminino (F), masculino (M).

Tabela 9– Resultado da HI para o sexo

Sexo		N	Média	Desvio Padrão	t	Sig
órgãos de gestão e política	Feminino	111	,500	,222	-,589	,557
	Masculino	23	,530	,252		
recursos humanos	Feminino	111	,552	,212	-1,332	,185
	Masculino	23	,616	,203		
estado de espírito	Feminino	112	,667	,215	,751	,454
	Masculino	23	,630	,217		
coordenador/a	Feminino	106	,672	,262	-,657	,512
	Masculino	22	,711	,210		
vencimento	Feminino	111	,348	,306	-,703	,483
	Masculino	21	,400	,316		
local de trabalho e equipamento	Feminino	112	,536	,193	-,406	,686
	Masculino	23	,554	,194		
política de recursos humanos	Feminino	112	,526	,178	-1,155	,250
	Masculino	23	,573	,188		
moral	Feminino	113	,671	,216	-,032	,974
	Masculino	23	,672	,179		
recursos tecnológicos e financeiros	Feminino	113	,443	,200	-,918	,360
	Masculino	23	,486	,229		
qualidade do local de trabalho	Feminino	113	,545	,171	-,830	,408
	Masculino	23	,577	,168		
qualidade da prestação dos cuidados	Feminino	111	,655	,165	-,539	,591
	Masculino	23	,676	,180		
melhoria contínua da qualidade	Feminino	111	,674	,185	-,105	,916
	Masculino	23	,679	,195		

Quanto ao se testar hipótese I em relação às várias dimensões, sub-dimensões e facetas mas desta vez por idade categorizou-se da seguinte forma: até aos 35 anos, dos 35 aos 55 anos e mais de 55 anos.

Tabela 10– Resultado da HI para a idade

Idade		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
órgãos de gestão e política	[- 35[39	,5274	,23884	,415	,661
	[35 - 55[	51	,4897	,23607	
	[55 - [	34	,5294	,21877	
	Total	124	,5124	,23126		
recursos humanos	[- 35[39	,5950	,20426	,488	,615
	[35 - 55[	50	,5568	,22184	
	[55 - [	35	,5496	,22772	
	Total	124	,5668	,21727		
estado de espírito	[- 35[40	,7050	,20375	1,686	,190
	[35 - 55[	50	,6210	,23735	
	[55 - [	35	,6729	,20911	
	Total	125	,6624	,22049		
coordenador/a	[- 35[36	,7080	,23838	,408	,666
	[35 - 55[	50	,6664	,26947	
	[55 - [	32	,7123	,26777	
	Total	118	,6915	,25861		
vencimento	[- 35[40	,3017	,30278	1,548	,217
	[35 - 55[	47	,3730	,30698	
	[55 - [	35	,4243	,30210	
	Total	122	,3643	,30559		
local de trabalho e equipamento	[- 35[39	,5154	,19539	1,933	,149
	[35 - 55[	51	,5289	,20618	
	[55 - [	35	,5971	,16425	
	Total	125	,5438	,19335		
política de recursos humanos	[- 35[39	,5612	,18005	,452	,637
	[35 - 55[	51	,5237	,19779	
	[55 - [	35	,5382	,17311	
	Total	125	,5395	,18487		
moral	[- 35[40	,7017	,20941	,777	,462
	[35 - 55[	51	,6492	,22305	
	[55 - [	35	,6935	,21625	
	Total	126	,6782	,21654		
recursos tecnológicos e financeiros	[- 35[40	,4021	,21160	2,659	,074
	[35 - 55[	51	,4609	,20780	
	[55 - [	35	,5107	,19059	
	Total	126	,4561	,20712		

Idade (cont.)		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
qualidade do local de trabalho	[- 35[40	,5503	,17183	,478	,621
	[35 - 55[	51	,5446	,18359	
	[55 - [	35	,5808	,16754	
	Total	126	,5565	,17483		
qualidade da prestação dos cuidados	[- 35[39	,6855	,16234	,700	,499
	[35 - 55[	50	,6433	,17170	
	[55 - [	35	,6577	,16848	
	Total	124	,6606	,16749		
melhoria contínua da qualidade	[- 35[39	,7032	,16495	,561	,572
	[35 - 55[	51	,6667	,21751	
	[55 - [	35	,6608	,17948	
	Total	125	,6764	,19126		

Analisando os resultados das tabelas 8, 9 e 10 não foram encontradas diferenças significativas em relação à satisfação dos profissionais relativamente às habilitações, sexo e idade.

Quanto ao testar-se hipótese I em relação às várias dimensões, sub-dimensões e facetas mas desta vez por grupo profissional, categorizou-se da seguinte forma: médico, enfermeiro, assistente técnico e todos os restantes grupos profissionais (assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores, técnicos superiores de saúde e outros) em outros.

Tabela 11– Resultado da HI para o grupo profissional

Grupo Profissional		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
órgãos de gestão e política	médico	34	,546	,221	1,646	,182
	enfermeiro	33	,441	,220		
	assistente técnico	44	,488	,271		
	outra	30	,548	,173		
	Total	141	,503	,231		
recursos humanos	médico	34	,567	,255	,850	,469
	enfermeiro	33	,502	,245		
	assistente técnico	44	,572	,185		
	outra	31	,577	,214		
	Total	142	,556	,223		

Grupo Profissional (cont)		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
estado de espírito	médico	34	,691	,222	,928	,429
	enfermeiro	33	,624	,235		
	assistente técnico	45	,672	,196		
	outra	31	,613	,262		
	Total	143	,653	,227		
coordenador/a	médico	31	,757	,230	1,690	,172
	enfermeiro	33	,622	,279		
	assistente técnico	43	,649	,211		
	outra	29	,664	,304		
	Total	136	,671	,256		
vencimento	médico	34	,483	,287	6,858	,000
	enfermeiro	33	,181	,289		
	assistente técnico	43	,405	,297		
	outra	30	,312	,279		
	Total	140	,351	,307		
local de trabalho e equipamento	médico	34	,596	,190	3,253	,024
	enfermeiro	33	,460	,207		
	assistente técnico	44	,563	,169		
	outra	31	,532	,185		
	Total	142	,540	,191		
política de recursos humanos	médico	34	,556	,196	1,578	,198
	enfermeiro	33	,471	,206		
	assistente técnico	44	,530	,180		
	outra	32	,560	,170		
	Total	143	,529	,189		
moral	médico	34	,726	,202	1,388	,249
	enfermeiro	33	,623	,238		
	assistente técnico	45	,657	,187		
	outra	32	,647	,248		
	Total	144	,663	,218		
recursos tecnológicos e financeiros	médico	34	,539	,194	7,879	,000
	enfermeiro	33	,320	,188		
	assistente técnico	45	,483	,187		
	outra	32	,423	,213		
	Total	144	,446	,208		

Grupo Profissional (cont)		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
qualidade do local de trabalho	médico	34	,607	,177	3,463	,018
	enfermeiro	33	,472	,190		
	assistente técnico	45	,553	,168		
	outra	32	,543	,158		
	Total	144	,545	,178		
qualidade da prestação dos cuidados	médico	34	,670	,163	,932	,427
	enfermeiro	32	,650	,196		
	assistente técnico	44	,666	,162		
	outra	32	,606	,193		
	Total	142	,650	,177		
melhoria contínua da qualidade	médico	33	,670	,220	,655	,581
	enfermeiro	33	,662	,225		
	assistente técnico	44	,695	,150		
	outra	32	,633	,174		
	Total	142	,667	,191		

Para esta hipótese **há diferenças significativas** em relação às facetas “*vencimentos*”, “*local de trabalho*” e “*equipamentos tecnológicos e financeiros*” com sub-dimensão “*política de recursos humanos*” e consequentemente a dimensão “qualidade local de trabalho”, estas diferenças resultam da maior satisfação dos médicos e da menor satisfação dos enfermeiros.

Ao se testar hipótese I quanto às várias dimensões, sub-dimensões e facetas mas desta vez por tempo de serviço apenas em cuidados de saúde primários, estabeleceu-se a seguinte escala intervalar:

Tabela 12– Resultado da HI para o tempo de serviço em CSP

Anos de Serviço CSP		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
órgãos de gestão e política	[0 - 5[22	,4614	,21804	,414	,662
	[5 - 10[	22	,4758	,24241	
	[10 - [	67	,5093	,24065	
	Total	111	,4932	,23551		

Anos de Serviço CSP (cont.)		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
recursos humanos	[0 - 5[22	,4705	,22383	1,806	,169
	[5 - 10[	22	,5755	,25395	
	[10 - [	68	,5695	,21164	
	Total	112	,5512	,22435		
estado de espírito	[0 - 5[22	,6523	,17285	,168	,846
	[5 - 10[	22	,6886	,23600	
	[10 - [	68	,6669	,21294	
	Total	112	,6683	,20903		
coordenador/a	[0 - 5[22	,6072	,22461	1,700	,188
	[5 - 10[	22	,6721	,29689	
	[10 - [	64	,7194	,24021	
	Total	108	,6869	,25131		
vencimento	[0 - 5[22	,2394	,25792	4,545	,013
	[5 - 10[	22	,2894	,34662	
	[10 - [	66	,4371	,29548	
	Total	110	,3680	,30904		
local de trabalho e equipamento	[0 - 5[22	,5284	,20344	2,623	,077
	[5 - 10[	22	,4386	,17724	
	[10 - [	68	,5456	,19127	
	Total	112	,5212	,19386		
política de recursos humanos	[0 - 5[22	,4659	,17682	1,235	,295
	[5 - 10[	22	,5256	,24009	
	[10 - [	68	,5389	,17525	
	Total	112	,5220	,19016		
moral	[0 - 5[22	,6297	,17372	,848	,431
	[5 - 10[	22	,6804	,24724	
	[10 - [	68	,6955	,20080	
	Total	112	,6796	,20557		
recursos tecnológicos e financeiros	[0 - 5[22	,3839	,17096	4,888	,009
	[5 - 10[	22	,3640	,23936	
	[10 - [	68	,4923	,18932	
	Total	112	,4458	,20350		
qualidade do local de trabalho	[0 - 5[22	,4932	,15208	2,345	,101
	[5 - 10[	22	,5233	,20412	
	[10 - [	68	,5756	,15857	
	Total	112	,5491	,16916		

Anos de Serviço CSP (cont.)		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
qualidade da prestação dos cuidados	[0 - 5[22	,6306	,19338	,431	,651
	[5 - 10[	22	,6702	,19643	
	[10 - [	68	,6664	,14742	
	Total	112	,6601	,16646		
melhoria contínua da qualidade	[0 - 5[21	,6107	,21280	1,639	,199
	[5 - 10[	22	,7166	,18616	
	[10 - [	68	,6765	,19144	
	Total	111	,6720	,19571		

Nesta hipótese **há diferenças significativas** em relação novamente às facetas “*vencimentos*”, “*local de trabalho*” e “*equipamentos tecnológicos e financeiros*” e conseqüentemente a dimensão “qualidade local de trabalho”, desta feita as diferenças resulta, dos profissionais que estão há mais tempo nos CSP estão mais satisfeitos.

Hipótese II: Verificar se existem diferenças na satisfação entre profissionais, por unidades de saúde. Procurando-se testar hipótese II quanto às várias dimensões, sub-dimensões e facetas por centros de saúde, categorizou-se da seguinte forma: Centro de Saúde da Freguesia A (CS1), Centro de Saúde da Freguesia B (CS2), Centro de Saúde da Freguesia C (CS3) e as todas as outras Unidades,

Tabela 13– Resultado da HII comparação da satisfação dos profissionais nas várias U.F.

Unidades de Saúde		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
órgãos de gestão e política	CS1	40	,4898	,24837	2,998	,033
	CS2	49	,4434	,22729		
	CS3	35	,5514	,18786		
	Outra	17	,6103	,23784		
	Total	141	,5035	,23068		
recursos humanos	CS1	40	,6335	,22819	12,025	,000
	CS2	50	,4263	,19736		
	CS3	35	,5809	,19734		
	Outra	17	,7004	,13923		
	Total	142	,5556	,22330		

Unidades de Saúde (cont.)		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
estado de espírito	CS1	40	,7463	,17809	9,146	,000
	CS2	51	,5363	,21956		
	CS3	35	,6700	,23708		
	Outra	17	,7471	,18326		
	Total	143	,6528	,22672		
coordenador/a	CS1	40	,7405	,22511	15,447	,000
	CS2	49	,5129	,24318		
	CS3	34	,7198	,21963		
	Outra	13	,9203	,11767		
	Total	136	,6705	,25648		
vencimento	CS1	38	,3956	,36467	1,955	,124
	CS2	50	,2913	,26228		
	CS3	35	,4252	,27972		
	Outra	17	,2765	,31552		
	Total	140	,3513	,30682		
local de trabalho e equipamento	CS1	40	,5875	,14698	7,398	,000
	CS2	50	,4460	,19433		
	CS3	35	,6114	,17398		
	Outra	17	,5574	,21337		
	Total	142	,5400	,19142		
política de recursos humanos	CS1	40	,5616	,18844	8,580	,000
	CS2	51	,4371	,18139		
	CS3	35	,5661	,15897		
	Outra	17	,6553	,15698		
	Total	143	,5295	,18908		
moral	CS1	40	,7434	,17886	16,073	,000
	CS2	52	,5253	,20288		
	CS3	35	,6975	,20410		
	Outra	17	,8269	,13617		
	Total	144	,6633	,21811		
recursos tecnológicos e financeiros	CS1	40	,5004	,22057	5,603	,001
	CS2	52	,3641	,19713		
	CS3	35	,5183	,16298		
	Outra	17	,4169	,21712		
	Total	144	,4457	,20825		

Unidades de Saúde (cont.)		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
qualidade do local de trabalho	CS1	40	,6018	,17103	12,030	,000
	CS2	52	,4394	,17145		
	CS3	35	,5940	,14757		
	Outra	17	,6330	,11431		
	Total	144	,5449	,17768		
qualidade da prestação dos cuidados	CS1	40	,7313	,12843	18,738	,000
	CS2	51	,5258	,16867		
	CS3	35	,6888	,16766		
	Outra	16	,7565	,09426		
	Total	142	,6499	,17745		
melhoria contínua da qualidade	CS1	40	,7534	,13456	14,015	,000
	CS2	50	,5492	,19756		
	CS3	35	,6858	,16600		
	Outra	17	,7750	,15675		
	Total	142	,6674	,19115		

Há diferenças significativas em todas as dimensões, sub-dimensões e facetas, excepto para os “*vencimentos*”, de uma maneira geral são os profissionais que foram considerados como outras unidades (USP, UAG, Gabinete de cidadão...) que estão mais satisfeitos com o ACES como local de trabalho.

Hipótese III: Verificar se existem diferenças na satisfação entre profissionais, por Unidades funcionais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Saúde Familiares e Outras Unidades. Procurando-se testar hipótese III quanto às várias dimensões, sub-dimensões e facetas por unidades funcional, categorizou-se da seguinte forma: UCSP, USF e Outras Unidades.

Tabela 14– Resultado da HIII comparação da satisfação dos profissionais da USF e UCSP

Unidades Funcionais		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
órgãos de gestão e política	usf	28	,5345	,26778	2,855	,061
	ucsp	96	,4755	,21306		
	outro	17	,6103	,23784		
	Total	141	,5035	,23068		
recursos humanos	usf	28	,7800	,12208	39,678	,000
	ucsp	97	,4654	,19798		
	outro	17	,7004	,13923		
	Total	142	,5556	,22330		
estado de espírito	usf	28	,8196	,12862	15,629	,000
	ucsp	98	,5888	,22664		
	outro	17	,7471	,18326		
	Total	143	,6528	,22672		
coordenador/a	usf	28	,8582	,14090	26,895	,000
	ucsp	95	,5810	,24454		
	outro	13	,9203	,11767		
	Total	136	,6705	,25648		
vencimento	usf	28	,6726	,21755	26,139	,000
	ucsp	95	,2700	,26498		
	outro	17	,2765	,31552		
	Total	140	,3513	,30682		
local de trabalho e equipamento	usf	28	,5893	,16797	1,403	,249
	ucsp	97	,5227	,19294		
	outro	17	,5574	,21337		
	Total	142	,5400	,19142		
política de recursos humanos	usf	28	,6573	,14780	18,482	,000
	ucsp	98	,4711	,17681		
	outro	17	,6553	,15698		
	Total	143	,5295	,18908		
moral	usf	28	,8389	,12433	27,640	,000
	ucsp	99	,5856	,20635		
	outro	17	,8269	,13617		
	Total	144	,6633	,21811		
recursos tecnológicos e financeiros	usf	28	,6310	,15679	16,881	,000
	ucsp	99	,3982	,19127		
	outro	17	,4169	,21712		
	Total	144	,4457	,20825		

Unidades Funcionais (cont.)		N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
qualidade do local de trabalho	usf	28	,7090	,10732	27,322	,000
	ucsp	99	,4834	,16702		
	outro	17	,6330	,11431		
	Total	144	,5449	,17768		
qualidade da prestação dos cuidados	usf	28	,8234	,08248	34,200	,000
	ucsp	98	,5829	,16556		
	outro	16	,7565	,09426		
	Total	142	,6499	,17745		
melhoria contínua da qualidade	usf	28	,8308	,08454	25,108	,000
	ucsp	97	,6014	,18253		
	outro	17	,7750	,15675		
	Total	142	,6674	,19115		

Apenas a satisfação para as facetas “*órgão de gestão e política*” e “*locais de trabalho e equipamentos*” são as que não são significativas, em todas as outras dimensões, sub-dimensões e facetas existem **diferenças significativas**. Os profissionais das USF estão fundamentalmente mais satisfeitos, com os “*recurso humanos*”, “*estado de espírito*” e “*vencimento*”, assim como nas dimensões de “*qualidade na prestação*” e “*melhoria contínua da qualidade*”.

Capítulo III

Discussão dos Resultados

1. Discussão dos Resultados

Neste capítulo pretende-se compreender a percepção e as atitudes dos profissionais de saúde num ACES do Grande Porto que mais contribuíram significativamente para estabelecer as diferenças entre os grupos.

Discussão dos resultados para a Hipótese I

Em relação à HI observou-se que **há uma diferença significativa** quanto ao tipo de vínculo, que apenas se faz sentir na “*qualidade da prestação dos cuidados*”, onde os funcionários com contrato em funções públicas apresentam menos satisfação do que os restantes profissionais sem vínculo à função pública, julga-se portanto que os profissionais com contratos mais instáveis ou seja com um carácter mais temporário e transitório, percebem que o ACES presta bons cuidados aos utentes.

Para esta hipótese **há diferenças significativas** entre os grupos profissionais em relação às facetas “*vencimentos*”, “*local de trabalho*” e “*equipamentos tecnológicos e financeiros*” com sub-dimensão “*política de recursos humanos*” e conseqüentemente a dimensão “qualidade local de trabalho”, estas diferenças resultam da maior satisfação dos médicos e da menor satisfação dos enfermeiros, na tentativa de melhor explicar este resultados julga-se que a classe dos enfermeiros sente que os seus vencimentos não são compatíveis com o desempenho e em termos de condições físicas os seus locais de trabalho (salas de tratamento e/ou gabinetes de enfermagem), são exíguos e têm de partilhar os espaços com os seus pares. Esta última situação não é percebida pelos médicos, visto que todos eles têm gabinete próprio, sem ter a necessidade de partilha de espaços entre pares.

Quanto ao tempo de serviço também foi constatado que **há diferenças significativas** em relação novamente às facetas “*vencimentos*”, “*local de trabalho*” e “*equipamentos tecnológicos e financeiros*” e conseqüentemente a dimensão “qualidade local de trabalho”, desta feita as diferenças resulta, dos profissionais que estão há mais tempo nos CSP estão mais satisfeitos, julga-se que os profissionais mais antigos, com mais anos de serviço efectivo, já passaram seguramente por muitas mudanças e são os que estão mais conformados com a administração pública, onde, por vezes é na arte de improvisar e no bom senso que se consegue prestar um bom serviço ou cuidado aos utentes.

Discussão dos resultados para a Hipótese II

Há diferenças significativas em todas as dimensões, sub-dimensões e facetas, excepto para os “*vencimentos*”, de uma maneira geral são os profissionais que não estão a integrar os Centros de Saúde (e.g. USP, UAG, Gabinete de cidadão...) que estão mais satisfeitos com este ACES como local de trabalho. Está é uma hipótese que é simples de explicitar quanto aos vencimentos que cada profissional aufer, visto que todas as carreiras profissionais estão devidamente regulamentadas e o seu valor base estão contemplados em dispostos legais. Em relação às restantes dimensões, sub-dimensões e facetas as diferenças fazem-se sentir visto que existem infra-estruturas muito antigas, adaptadas (antigas habitações) e com um desajustamento do mobiliário ao espaço, isto por um lado, por outro lado existem construção recente, arquitectadas para a prestação de serviços de saúde. No entanto ressalva-se que este ACES está a reestruturar todas as suas infra-estruturas, na verdade e aquando a passagem dos questionários, a Sede do Agrupamento e o Centro de Saúde da Freguesia C, estavam a mudar de instalações para um edifício recentemente concluído, onde vão funcionar duas UCSP afecta a freguesia C, a USP que ainda está num outro edifício, Gabinete do Cidadão. A Sede com as suas unidades de apoio a gestão regressa ao edifício principal após o término das obras de restauro e adaptação.

Discussão dos resultados para a Hipótese III

Apenas a satisfação para as facetas “*órgão de gestão e política*” e “*locais de trabalho e equipamentos*” são as que não são significativas, em todas as outras dimensões, sub-dimensões e facetas existem **diferenças significativas**. Os profissionais das USF estão fundamentalmente mais satisfeitos, com os “*recurso humanos*”, “*estado de espírito*” e “*vencimento*”, assim como nas dimensões de “*qualidade na prestação*” e “*melhoria contínua da qualidade*”. Julga-se que este é o resultado mais expectável, a implementação das USF que foram uma boa experiencia quer do ponto de vista de equipa de trabalho, onde ressalta a sensibilidade na hierarquia/coordenação, com melhorias significativas dos recursos tecnológicos e financeiros, conseqüentemente com uma prestação de serviços muito próxima dos cidadãos, valorizando os profissionais como actores principais numa gestão de recursos humanos. Quanto aos profissionais das UCSP apenas vê esta mudança/reforma como uma mudança no nome do local de trabalho (centro de saúde ou extensão de saúde passa a ser

UCSP), não estão motivados e não entendem a reforma dos CSP, vivem num clima de instabilidade e desconfiança, julga-se que não foi, de uma maneira geral, explicado a todos os profissionais as novas políticas em saúde.

Em suma:

A dimensão que mais se destacou “*melhoria contínua da qualidade*” os profissionais acreditam que podem melhorar a qualidade dos serviços que prestam, grande parte explicada pelo *ambiente de trabalho* e pelas *expectativas de qualidade*, acreditando que conseguem fazer *bem à primeira* .

Uma das situações que se entendeu ser mais curiosa, está relacionada com a “**qualidade do local de trabalho**” - satisfação profissional e com a “**satisfação global**” ser mais elevada da categoria “outras unidades” do que nas UCSP dos três Centros de Saúde das Freguesias A,B e C, sendo que foi as 2 UCSP que se localizam mais na periferia da cidade que obtiveram os piores resultados, aponta-se como justificação o facto que os profissionais que trabalham nas “outras unidades” estão mais próximos dos órgãos de decisão e têm mais autonomia administrativa e técnica.

Capítulo IV

Conclusão

1. Conclusões

Nos últimos 30 anos, foi-se registando um progressivo reconhecimento da importância de se envolverem os diferentes actores do sistema de saúde e de se valorizar a voz e a opinião dos cidadãos, enquanto dimensão relevante no processo de produção em saúde. Actualmente, é consensual que a participação representa uma estratégia incontornável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do desempenho global dos sistemas de saúde, constituindo-se como um princípio-chave a ser incorporado em todos os processos de reforma das políticas de saúde.

Promover e melhorar os níveis de literacia em saúde, capacitar os cidadãos para efectuarem escolhas informadas, orientar os utilizadores no sistema, o direito à informação são, considerado como um instrumento de democratização do sistema de saúde, a par do financiamento, da organização e da gestão dos serviços

A crise económico-financeira mundial e o escasso crescimento económico em Portugal fazem prever alguma contenção nos recursos a afectar ao sector da saúde no futuro próximo, o que apela à capacidade de planeamento, organização e gestão dos sistemas de saúde no sentido de ficar assegurado o princípio da solidariedade no acesso a cuidados de saúde.

Todavia, a globalização, a crescente urbanização das sociedades e o envelhecimento da população, entre outros factores estão a fazer mudar a natureza dos problemas de saúde e a intensificar a necessidade de cuidados, na medida em que contribuem para acelerar a propagação de doenças transmissíveis e para aumentar a carga das doenças crónicas, impõe-se, mais do que nunca, que se implemente a mudança necessária nos sistemas de saúde, tornando os serviços mais eficazes, eficientes e equitativos.

No entanto, este desiderato só será concretizável com as pessoas, ou seja, com profissionais devidamente enquadrados, envolvidos no projecto organizacional, motivados para a acção – está será a primeira conclusão que se retira deste estudo que se relevou ser bastante interessante, de uma maneira geral são profissionais satisfeitos com o seu ACES.

De uma maneira geral os resultados obtidos foram muito positivos e indicam uma boa aposta na coordenação do ACES, muito embora se deva melhorar a comunicação descendente e

ascendente, valorizando e envolvendo mais os profissionais nos processos para a tomada de decisões, ou seja ouvir a “voz” de todos os profissionais sem exceções. Assim cita-se alguns comentários recolhidos no estudo:

- *“Formação contínua dos profissionais. Melhoria contínua nas aplicações informáticas. Aposta contínua junto da população para demonstrar a importância dos cuidados em saúde”.*
- *“Melhorar a interligação entre os vários profissionais de saúde”.*
- *“Acho urgente o aumento das instalações, visto estarmos com o mesmo espaço inicial quando neste momento já estamos com 14 000 utentes. Além do que, na Unidade Saúde do piso inferior, área de instalação é sensivelmente a mesma, embora o nº de profissionais e utentes sejam muito inferiores. Por isso acho urgente "reformulação" do espaço”.*
- *“Definitivamente: melhorar a qualidade do local de trabalho e melhorar a contratualização da carteira básica de serviços. Expandir espaço e permitir o diálogo, respectivamente”*
- *“Aumento do rácio de profissionais. Formação conjuntas com todos os grupos profissionais. Melhoria de equipamento e aumento do material. Mudança de metodologia de trabalho para área geográfica. Agendamento de todas as atitudes não agudas. Evitar a livre circulação dos utentes pela unidade”.*
- *“Coordenação de cuidados, melhor trabalho em equipa, melhorar a comunicação entre profissionais, reuniões de serviço entre profissionais”.*
- *“Haveria de haver mais trabalho de equipa; melhor comunicação entre colegas de trabalho”.*
- *“Com mais autonomia administrativa, com formação na área da gestão”.*
- *“A qualidade dos cuidados prestados melhoravam com a modificação do sistema de funcionamento da consulta de reforço; Modificava a forma como o utente tem de pedir a renovação da medicação crónica; Formação no atendimento ao utente. A qualidade como local melhorava com melhor limpeza; Fornecer equipamento fundamental para as funções exercidas e Sistema Operativo que é usado em outros ACES; Existência de pelo menos outro profissional da área para repartir trabalho”.*
- *“Mais formação; Reuniões periódicas entre profissionais; Uniformização de procedimentos”*
- *“É muito cansativo e muito repetitivo a acção que os Assistentes. Técnicos têm que desempenhar quando estão a solicitar para que os utentes sejam atendidos. É uma acção diária que por mais que se diga que a situação irá alterar-se nunca se altera. Todos os dias "pedimos" para que atendam os utentes. Sentimo-nos impotentes e muitas vezes sem soluções para dar ao utente. Somos insultados e injuriados porque somos a cara da Unidade de Saúde. É difícil!!!”*

É importante referenciar alguns constrangimentos observados, nomeadamente o tempo que levou a iniciar o estudo. Após a autorização a informação da difusão do estudo também apresentou-se limitada, não tendo chegado a todos os profissionais a informação de que iria ser levado a cabo um estudo para verificar a satisfação profissional. No entanto é de ressaltar que foi colocado uma nota explicativa na tampa das caixas para eventuais dúvidas ou esclarecimentos adicionais (conforme se veio a constatar).

Em termos metodológicos, o constrangimento detectado foi o facto de que o período de uma semana ter sido insuficiente, mas é de prever para estudos futuros que este tempo seja considerado bom, pois julga-se que e os resultados assim o provam que, vencido este primeiro impacto face a avaliação profissional, dá-se uma desmistificação do estudo e os profissionais deixam as desconfianças de lado. Lembra-se que a taxas de respostas das USF's foram bastantes superiores à das outras unidades funcionais.

Seria considerado um viés na investigação se se tivesse comparado as unidades funcionais em estudos com os padrões nacionais obtidos em 2009 pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, visto que esse estudo referências apenas avaliou as UFS's.

Face ao exposto, julga-se ser de considerar este estudo como inovador na área dos Cuidados de Saúde Primários, ao nível de um ACES, assim como ser de todo o interesse fazer outros estudos comparativos no futuro, no sentido de se avaliar a evolução e a aceitação desta reforma que está a ocorrer no SNS que irá seguramente ter muita resistência por parte dos profissionais.

Acredita-se que este ACES está a caminhar largamente para o sucesso.

Referências Bibliográficas:

Aasland, O. G., Olff, M., Falkum, E., Schweder, T. & Ursin, H. (1997). Health complaints and job stress in norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Social Science and Medicine*, 45 (11), 1615-1629.

Abouserie, R. (1996). Stress, coping strategies and job satisfaction in university academic staff. *Educational psychology*, 16 (1), 49-56.

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

Alcobia, Paulo (2002). Atitudes e Satisfação no trabalho. In *Manual de Psicossociologia das Organizações* (Orgs). J.M. Carvalho Ferreira e António Caetano. Lisboa McGraw-Hill, p. 290-314.

Almeida, L. S. & Freire, T. (2000). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Araújo, A. P. (1985). Motivação e satisfação no trabalho: uma pesquisa junto aos empregados de uma instituição bancária, a partir da teoria da motivação e higiene formulada por F. Herzberg. Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Argyris, C. (1969). A atitude da direção e seu impacto sobre os empregados. In *Personalidade e organização: o conflito entre o sistema e o indivíduo* (pp.121-157). Rio de Janeiro: Renes.

Begley, T. M. & Czajka, J. M. (1993). Panel analysis of the moderating effects of commitment on job satisfaction, intent to quit, and health following organizational change. *Journal of Applied Psychology*, 78 (4), 552-556.

Bernoux, Ph. (S/data). *A sociologia das Organizações*. Porto: RES.

Biscaia, A.R et al (2005). *Cuidados de Saúde Primário em Portugal*. (2.^a edição).Padroes Culturais Editora. Fundação AstraZeneca.

Biscaia A.R. (2009)In *A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento*, Médico de Família no Centro de Saúde de Cascais, Investigador no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa Artigo disponível na Internet: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529101934515774.pdf>

Brief, A. P. & Roberson, L. (1989). Job attitude organization: an exploratory study. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (9), 717-727.

Campbell, K. N. (1999). Adult education: helping adults begin the process of learning. *AAOHN Journal*, 41 (1), 31-40. Artigo disponível na Internet: <http://www.aaohn.org/cemodules/jan99.art.htm> [9 julho 1999].

Cavanagh, S. J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (6), 704-711.

Chan, K. B., L., G., Ko, Y. C. & Boey, K. W. (2000). Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Social Science and Medicine*, 50,1415-1432.

Chiavenato, I. (1995). *Recursos Humanos*. São Paulo. Atlas S.A.

Coda, R. (1986). *Satisfação no trabalho e características das políticas de recursos humanos para executivos*.Tese de doutorado, Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Cohen F. (1987). Measurement of coping. In S. V. Kasl, C. L. Cooper (Eds.), *Stress and health: issues in research methodology* (pp. 283-305). Great Britain: John Wiley & Sons.

Comissão das Comunidades Europeias (2008) Livro Verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde - na internet em: http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/cross_border_healthcare/index_pt.htm

Cuidados de Saúde Primários (ex-Missão para os Cuidados de Saúde Primários). na Internet: <http://www.mcsp.min-saude.pt>

Cura, M. L. A. D. (1994). *Satisfação profissional do enfermeiro*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Dejours, C. (1987). Que sofrimento? In *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (pp. 48-62). São Paulo: Cortez e Oboré.

Dejours, C. (1994). A carga psíquica do trabalho (I. Domingues, trad.). In C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet (Orgs.) *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (3ª ed.) (pp. 21-32). São Paulo: Atlas.

Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho (D. M. R. Glina, trad.). In C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet (Orgs.), *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (3ª ed.) (pp. 119- 145). São Paulo: Atlas.

Ferreira, J. M. et al (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa:McGraw-Hill.

Ferreira, Virgínia (1986). O Inquérito por Questionário na Construção de Dados Sociológicos. In *Metodologia das Ciências Sociais*. (Orgs.) Silva e Pinto. 8.ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

Fraser, T. M. (1983). *Human stress, work and job satisfaction: a critical approach*. German: International Labour Office.

Harris, R. B. (1989). Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaption framework. *ANS: Advances in Nursing Science*, 11 (2), 12-28.

Henne, D. & Locke, E. A. (1985). Job dissatisfaction: what are the consequences? *International Journal of Psychology*, 20, 221-240.

Herzberg, F. (1971). The Motivation-hygiene theory. In *Work and the nature of man* (4th ed.) (pp. 71-91). Cleveland: World Publishing.

Judge, A. T., Bono, J. E. & Locke, E. A. (2000). Personality and job satisfaction: the mediating role of job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 85 (2), 237-49.

Klijn, T. M. P. (1998). *Satisfação no trabalho de mulheres acadêmicas da Universidade de Concepción, Chile*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

Licht, R. H. (1990). *Satisfação, responsabilidade e sentido no trabalho: um estudo preliminar de associação*, Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lino, M. M. (1999). *Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

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

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

Locke, E. A. & Whiting, R. L. (1974). Sources of satisfaction and dissatisfaction among solid wastemanagement employees. *Journal of Applied Psychology*, 59 (2), 145-156.

Maslow, A. H. (1970). A theory of human motivation. In *Motivation and personality* (2.^a edição.) (pp. 35-58). New York: Harper & Row.

Observatório Português dos Sistemas de Saude, Relatório Primavera. (2003). *Saúde que rupturas?*, Mar da Palavra – Edições Ld^a. Coimbra. Também disponível na Internet em <http://www.observaport.org>

Observatório Português dos Sistemas de Saude, Relatório Primavera. (2004). *Incertezas...Gestão da mudança na Saúde*, Mar da Palavra – Edições Ld^a. Coimbra. Também disponível na Internet em <http://www.observaport.org>

Observatório Português dos Sistemas de Saude, Relatório Primavera. (2005). *Novo Serviço Público da Saúde, Novos Desafios*, Mar da Palavra – Edições Ld^a. Coimbra. Também disponível na Internet em <http://www.observaport.org>

Observatório Português dos Sistemas de Saude, Relatório Primavera. (2007). *Luzes e Sombras- A Governação da Saúde*, Mar da Palavra – Edições Ld^a. Coimbra. Também disponível na Internet em <http://www.observaport.org>

Observatório Português dos Sistemas de Saude, Relatório Primavera. (2007). *Luzes e Sombras- A Governação da Saúde*, Mar da Palavra – Edições Ld^a. Coimbra. Também disponível na Internet em <http://www.observaport.org>

Observatório Português dos Sistemas de Saude, Relatório Primavera. (2008). *Sistema de Saúde Português: Risco e Incertezas*, Mar da Palavra – Edições Ld^a. Coimbra. Também disponível na Internet em <http://www.observaport.org>

Observatório Português dos Sistemas de Saude, Relatório Primavera. (2009). *10 anos de OPSS, 30 anos de SNS, razões para continuar*, Mar da Palavra – Edições Ld^a. Coimbra. Também disponível na Internet em <http://www.observaport.org>

Observatório Português dos Sistemas de Saude, Relatório Primavera. (2010). *Desafios em Tempos de Crise*, Mar da Palavra – Edições Ld^a. Coimbra. Também disponível na Internet em <http://www.observaport.org>

Organização Internacional do Trabalho – International Labour Office (1984). *Psychosocial factors at work: recognition and control*. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session. Geneva: International Labour Office.

Paraguay, A. I. B. B., (2003). Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In R. Mendes (Org.), *Patologia do Trabalho* (pp. 811-823). São Paulo: Editora Atheneu. Parker, S. K., Chmiel, N. & Wall, T. D. (1997).

Pereira, O.G. (2008). *Fundamentos de Comportamento Organizacional*. (3.^a edição) Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

Pérez-Ramos, J. (1980). *Satisfação no trabalho: metas e tendências*. Tese de Livre-docência, Instituto de Psicologia de Assis, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis.

Pérez-Ramos, J. (1990). Motivação no trabalho: abordagens teóricas. *Psicologia-USP*, 1 (2), 127-140.

Peterson, M. & Dunnagan, T. (1998). Analysis of a worksite health promotion program's impact on job satisfaction. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40 (11), 973-979.

Pestana, M.H. et al (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. (4.^a edição). Edições Sílabo. Lisboa

Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A. & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347, 724-728.

Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009),
Acontecimento Extraordinário- SNS Proximidade com Qualidade.

Rocha, L. E. (1996). Estresse ocupacional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistemas. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Tavares O.M.C. (2008). *Avaliação da satisfação de Profissionais de Saude*. No Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Vala, J. et al (1995). *Psicologia social das organizações*. 2ª edição Oeiras: Celta editores.

Vroom, V. H. (1967). *Work and motivation*. New York: John Wiley & Sons.

Wright, T. A. & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 84-94.

Zalewska, A. M. (1996). Health promotion among bank workers: who is primarily in need of health promotion and what types of promoting activities they necessitate. In Z. Juczynski & N. Oginska-Bulik (Eds.), *Health promotion: A psychosocial perspective* (pp. 135-143). Poland: University of Łódź Press.

Zalewska, A. M. (1999a). Achievement and social relations values as conditions of the importance of work aspects and job satisfaction. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 5 (3), 395-416.

Zalewska, A. M. (1999b). Job satisfaction and importance of work aspects related to predominant values and reactivity. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 5 (4), 485-511.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS E REGULAMENTARES:

Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008, Decreto Lei n.º 28/2008 — Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES)

Diário da República, 1.ª série — N.º 54 — 18 de Março de 2009, Portaria n.º 273/2009 — Cria os vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), que integram a ARS Norte.

Anexos

Anexo I

Questionário “satisfação dos profissionais”

Anexo II

Resultados Estadísticos

Estatística Descritiva

QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO									
		Excelente	MBom	Bom	Regular	Mau			
		1,00	0,90	0,70	0,50	0,00			
		Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	Média
	órgãos de gestão e política								
p13a	Reconhecimento dos órgãos de gestão	2	10	41	67	18	3	141	53,0%
		1,4%	7,2%	29,7%	48,6%	13,0%			
p13b	Comunicação	2	9	42	66	21	2	142	51,8%
		1,4%	6,4%	30,0%	47,1%	15,0%			
p13c	Queixas e objecções	1	8	34	66	28	5	142	47,4%
		0,7%	5,8%	24,8%	48,2%	20,4%			
p13d	Planificação de actividades	2	8	36	64	27	4	141	48,5%
		1,5%	5,8%	26,3%	46,7%	19,7%			
		7	35	153	263	94	14	566	50,2%
		1,3%	6,3%	27,7%	47,6%	17,0%			
	Recursos humanos								
p9a	Continuidade do pessoal	8	14	46	49	23	1	141	55,2%
		5,7%	10,0%	32,9%	35,0%	16,4%			
p9b	Proporção hierárquica	10	21	52	47	10	1	141	63,4%
		7,1%	15,0%	37,1%	33,6%	7,1%			
p9c	Número de profissionais	4	11	30	53	41	2	141	44,2%
		2,9%	7,9%	21,6%	38,1%	29,5%			
p10a	Trabalho de equipa	6	19	46	51	18	1	141	57,7%
		4,3%	13,6%	32,9%	36,4%	12,9%			
p10b	Comunicação	5	16	49	53	18	1	142	56,9%
		3,5%	11,3%	34,8%	37,6%	12,8%			
		33	81	223	253	110	6	706	55,5%
		4,7%	11,6%	31,9%	36,1%	15,7%			
	Estado de espírito								
p11a	Dos outros	6	25	60	43	6	1	141	65,7%
		4,3%	17,9%	42,9%	30,7%	4,3%			
p11b	Do seu	11	36	43	40	12	0	142	65,8%
		7,7%	25,4%	30,3%	28,2%	8,5%			
		17	61	103	83	18	1	283	65,8%
		6,0%	21,6%	36,5%	29,4%	6,4%			

Continuação

QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO (cont.)

Coordenador/a		Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	
p7a	Abertura	37	24	34	35	5	8	143	74,0%
		27,4%	17,8%	25,2%	25,9%	3,7%			
p7b	Razoabilidade	28	23	37	40	7	8	143	70,1%
		20,7%	17,0%	27,4%	29,6%	5,2%			
p7c	Inovação	28	15	34	34	15	15	141	65,3%
		22,2%	11,9%	27,0%	27,0%	11,9%			
p7d	Liberdade	32	18	34	39	8	12	143	69,8%
		24,4%	13,7%	26,0%	29,8%	6,1%			
p7e	Atitude positiva	29	22	32	32	13	15	143	68,1%
		22,7%	17,2%	25,0%	25,0%	10,2%			
p7f	Atitude construtiva	22	19	39	38	10	15	143	66,7%
		17,2%	14,8%	30,5%	29,7%	7,8%			
p7g	Investimento na qualidade	25	24	30	41	14	8	142	65,7%
		18,7%	17,9%	22,4%	30,6%	10,4%			
p7h	Apoio	27	19	33	38	12	13	142	66,8%
		20,9%	14,7%	25,6%	29,5%	9,3%			
p7i	Expectativas	22	25	34	35	18	8	142	64,0%
		16,4%	18,7%	25,4%	26,1%	13,4%			
p7j	Conhecimentos	25	23	37	32	15	10	142	66,4%
		18,9%	17,4%	28,0%	24,2%	11,4%			
p7k	Circulação da informação	26	24	26	37	19	10	142	63,9%
		19,7%	18,2%	19,7%	28,0%	14,4%			
		301	236	370	401	136	122	1566	67,4%
		20,8%	16,3%	25,6%	27,8%	9,4%			
Vencimento		Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	Média
p12a	Em relação à sua responsabilidade	0	9	24	41	62	4	140	33,4%
		0,0%	6,6%	17,6%	30,1%	45,6%			
p12b	Em relação à sua experiência	3	7	29	41	58	4	142	36,3%
		2,2%	5,1%	21,0%	29,7%	42,0%			
p12c	Em relação ao seu desempenho	2	11	26	39	60	5	143	35,9%
		1,4%	8,0%	18,8%	28,3%	43,5%			
		5	27	79	121	180	13	425	35,2%
		1,2%	6,6%	19,2%	29,4%	43,7%			

Continuação

QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO (cont.)								Média	
p8a	Limpeza	4	13	45	68	11	2	143	57,6%
		2,8%	9,2%	31,9%	48,2%	7,8%			
p8b	Segurança	1	12	65	48	14	2	142	58,1%
		0,7%	8,6%	46,4%	34,3%	10,0%			
p8c	Organização do espaço	2	16	41	58	24	1	142	52,6%
		1,4%	11,3%	29,1%	41,1%	17,0%			
p8d	Equipamento	3	8	41	52	34	3	141	47,0%
		2,2%	5,8%	29,7%	37,7%	24,6%			
		10	49	192	226	83	8	568	53,8%
		1,8%	8,8%	34,3%	40,4%	14,8%			
Política de recursos humanos		Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	Média
	rec_hum + gest_pol	40	116	376	516	204	20	1272	53,2%
		3,2%	9,3%	30,0%	41,2%	16,3%			
Moral		Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	Média
	sup_hier + est_esp	318	297	473	484	154	123	1849	67,1%
		18,4%	17,2%	27,4%	28,0%	8,9%			
Recursos tecnológicos e financeiros		Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	Média
	venc + local equip	15	76	271	347	263	21	993	45,9%
		1,5%	7,8%	27,9%	35,7%	27,1%			
Qualidade do local de trabalho		Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	Média
		373	489	1120	1347	621	164	4114	57,5%
		9,4%	12,4%	28,4%	34,1%	15,7%			

QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS NA SUA UNIDADE

	Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	Média
p14a Atendimento	10	31	51	38	7	4	141	67,6%
	7,3%	22,6%	37,2%	27,7%	5,1%			
p14b Coordenação dos cuidados	10	29	44	40	18	2	143	61,6%
	7,1%	20,6%	31,2%	28,4%	12,8%			
p14c Capacidade dos profissionais	13	37	51	37	3	2	143	71,3%
	9,2%	26,2%	36,2%	26,2%	2,1%			
p14d Sensibilidade	16	39	41	43	3	1	143	71,3%
	11,3%	27,5%	28,9%	30,3%	2,1%			
p14e Condições das instalações	3	15	49	63	12	1	143	58,0%
	2,1%	10,6%	34,5%	44,4%	8,5%			
p14f Informações	7	33	46	38	7	12	143	67,1%
	5,3%	25,2%	35,1%	29,0%	5,3%			
p14g Custos dos cuidados	2	14	49	48	14	16	143	57,4%
	1,6%	11,0%	38,6%	37,8%	11,0%			
	61	198	331	307	64	38	999	65,0%
	6,3%	20,6%	34,4%	31,9%	6,7%			

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

	Exc	Mbom	Bom	Reg	Mau	N/A	S	Média
p15a Melhoria da qualidade	12	34	50	39	7	1	143	68,4%
	8,5%	23,9%	35,2%	27,5%	4,9%			
p15b Bem à primeira vez	10	31	45	47	8	2	143	65,9%
	7,1%	22,0%	31,9%	33,3%	5,7%			
p15c Conhecimentos sobre qualidade	3	20	60	46	10	3	142	61,9%
	2,2%	14,4%	43,2%	33,1%	7,2%			
p15d Ambiente de trabalho	16	21	58	39	7	2	143	67,4%
	11,3%	14,9%	41,1%	27,7%	5,0%			
p15e Diminuir desperdício	7	25	61	36	13	1	143	63,5%
	4,9%	17,6%	43,0%	25,4%	9,2%			
p15f Partilha de ideias	9	31	49	31	20	3	143	61,9%
	6,4%	22,1%	35,0%	22,1%	14,3%			
p15g Orgulho da profissão	31	44	37	23	7	1	143	76,1%
	21,8%	31,0%	26,1%	16,2%	4,9%			
p15h Expectativas na qualidade	12	31	53	39	5	3	143	68,9%
	8,6%	22,1%	37,9%	27,9%	3,6%			
	100	237	413	300	77	16	1143	66,8%
	8,9%	21,0%	36,6%	26,6%	6,8%			

Apêndices

Apendência I

Unidades de Saúde Familiares (USF)

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. Nem todas as USF estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico.

Modelo A.

Este modelo corresponde na prática a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar.

Modelo B.

Este modelo é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente.

Modelo C.

Este modelo tem como característica a existência de um contrato programa. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio.

O processo de construção de candidaturas a USF por parte das equipas multi profissionais constitui, de facto, uma oportunidade especial de reflexão e balanço sobre a qualidade dos cuidados prestados e também sobre as práticas organizacionais que têm moldado o funcionamento dos Centros de Saúde.

Até ao dia 09 de Maio de 2011 entraram 479 candidaturas. Desistiram ou foram excluídas por não cumprirem os requisitos definidos no Decreto-Lei n.º 298/2007 e no Despacho Normativo n.º 9/2006, 78 candidaturas. De acordo com a metodologia de avaliação definida foram aceites para avaliação pelas ETO (Equipas Técnicas Operacionais) 358 candidaturas e estão emitidos 316 pareceres técnicos. Destes, estão confirmados positivamente pelos conselhos directivos das ARS, IP 305 equipas.

Quadro n.º A.1– Ponto da situação das USF, segundo o *site* dos Cuidados de Saúde Primários

Ponto da situação - 09 Maio de 2011	
Entradas	479
Aceites para avaliação	358
Aguarda-se documentos complementares	15
Em avaliação pelas ETO	27
Aguardam aprovação pelas ARS	11
Aprovadas pelas ARS e a aguardar abertura	16

Fonte: adaptado do *site* www.mcsp.min-saude.pt

Em termos gerais estão em actividade por regiões as seguintes USF's: NORTE (146),CENTRO (30), LVT (89), ALENTEJO (8) e ALGARVE (9).

Actualmente está a ser desenvolvido um novo conceito de USF as chamadas “UFS-*Like*”, visa balizar as USF dos moldelos A e B que cumpriram com os requisitos de aceitação nos ultimos 4 anos e extinguir as que por algum motivo não atingiram o score proposto (ver <http://www.csp.min-saude.pt> – Documento de trabalho “ **Unidades de Saúde Familiar:Princípios, regras e critérios para transição entre modelos organizativos e manutenção das respectivas situações**”)

Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

À Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), à qual compete, à luz do disposto no artigo 10º do Decreto-Lei n.º 28/2008, prestar cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Pode-se de uma forma aligeirada dizer que são a nova designação dos antigos centros de saúde e extensões de saúde, e assenta em princípios como sendo:

- a) Garantia de acessibilidade
- b) Globalidade de cuidados;
- c) Continuidade de cuidados;
- d) Qualidade.

A constituição será feita pela Direcção do ACES, sendo que as UCSP têm uma dimensão idêntica à prevista para as USF, abrangendo a área geodemografia de influência desse centro de saúde, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional.

O ACES afecta à UCSP os recursos físicos e humanos necessários ao cumprimento das metas definidas e procede à partilha de recursos, segundo o princípio de economia de meios, que deve ser comum às diversas unidades funcionais.

As instalações a disponibilizar deverão reunir as condições necessárias ao tipo de cuidados de saúde a prestar, com vista a garantir a respectiva qualidade de cuidados.

Os recursos humanos serão os adequados para cada grupo profissional, destacando-se na equipa multidisciplinar os médicos, os enfermeiros e os administrativos em rácios previstos para as USF.

Os utentes inscritos em cada médico são designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar.

Cada UCSP tem um coordenador designado de entre os médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitado com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efectiva na especialidade (de acordo com o artigo 15º do decreto-lei 28/2008 de 22 de Fevereiro), designado pelo Director Executivo do ACES, depois de ouvido o seu Conselho Clínico.

Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)

A UCC é uma das unidades funcionais dos ACES, desenvolvendo a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão.

Os programas e projectos integram-se no plano de acção do ACES, em estreita articulação com as USF, UCSP, USP e com a Equipa Coordenadora Local (ECL), no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de acordo com as orientações técnicas. As actividades, projectos ou programas a seguir enunciados e que integram a carteira de serviços da UCC são realizadas em conformidade com o diagnóstico efectuado:

- a) Diagnóstico de saúde da comunidade em parceria com a USP e a Rede Social.
- b) Projectos de Intervenção Comunitária em parceria com outras instituições da comunidade como projectos de luta contra a pobreza e exclusão social, contractos de desenvolvimento Social, no âmbito da Rede Social e outras intervenções previstas no Plano Nacional Apoio aos Idosos, projectos previstos no plano de desenvolvimento social e outras intervenções territoriais de âmbito nacional ou comunitário
- c) Protecção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, através dos programas já instituídos como sejam: Programa Nacional de Saúde Escolar; Programa Nacional de Saúde Oral; Protecção dos trabalhadores contra riscos de exposição aos agentes biológicos; Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde nos Locais de Trabalho e Plano de Promoção e Vigilância da Saúde dos Trabalhadores em articulação com a USP.

E ainda desenvolve as outras que podem se desenvolver da seguinte forma:

- A intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência como seja o:
 - a) Acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade;
 - b) Cooperar com outras unidades funcionais no tocante a acções dirigidas aos utentes, às

suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial com recurso a unidades móveis e na criação de redes de apoio às famílias;

c) Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado;

d) Participar nas actividades inerentes à Rede Social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos sócio económicos;

e) Participar nas actividades do programa de intervenção precoce a crianças.

- As intervenções com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam:

a) Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas;

b) Cuidados de reabilitação física;

c) Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;

d) Educação para a saúde dos doentes, familiares e cuidadores informais;

e) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;

f) Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

- A promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existente em parceria com outras instituições que podem ajudar na aquisição de hábitos de saúde saudáveis da população ao longo do ciclo de vida como exemplo: Programa Europeu de Cidades Saudáveis; combate às substâncias indutoras de dependências; combate à obesidade e ao sedentarismo; Prevenção de acidentes domésticos e rodoviários;
- A Prestação de cuidados especializados, designadamente a preparação para parentalidade; acompanhamento de comunidades de utentes do foro psiquiátrico, entre outros.

A UCC está sediada nas instalações de cada centro de saúde pertencente ao respectivo ACES, abrangendo a área geodemografia de influência desse centro de saúde, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional.

O coordenador da UCC é designado de entre os enfermeiros, com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista com experiência na respectiva área funcional. As competências do coordenador são as constantes do Artigo 14º do já referido decreto.

Actualmente estão em actividade 94 UCC das 270 UCC que apresentaram a candidatura.

Quadro n.º B.1 – Ponto da situação das UCC, segundo o *site* dos Cuidados de Saúde Primários

Ponto da situação - 09 Maio de 2011	
Entradas	270
A aguardar Plano	74
A aguardar Avaliação	24
Revisão do Plano de Acção	34
A aguardar início	21

Fonte: adaptado do *site*: www.mcsp.min-saude.pt

Unidades de Saúde Pública (USP)

Em cada Agrupamento de Centros de Saúde, a Unidade de Saúde Pública (USP) vai funcionar como observatório de saúde da população (encarada como um todo). Dotadas de uma organização flexível que, graças a uma maior concentração de recursos, os rentabiliza, permitindo uma detalhada caracterização da área geodemografia e das necessidades de saúde da população sob sua dependência, em estreita e directa articulação com os serviços e instituições prestadoras de cuidados de saúde. Está também em ligação com o serviço de Saúde Pública do nível regional (Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde) e com as demais USP dos outros Agrupamentos de Centros de Saúde. Esta articulação é inerente à sua missão, de modo a que a sua intervenção seja mais adaptada e célere a responder a desafios de uma realidade que

deixou de conhecer fronteiras e perante uma população que se espera ser tornou mais informada e exigente.

Sendo a Saúde Pública entendida como um bem e um recurso comum, diz respeito a todos os sectores e actores sociais, devendo a USP posicionar-se como elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais, de forma a darem corpo a uma real e participada protecção e promoção da saúde, fundamentada nas funções e nas actividades de vigilância e investigação epidemiológica, de prevenção da doença e da avaliação do impacte das intervenções no nível de saúde da comunidade.

A USP participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua. Pauta-se por orientar e organizar a sua actividade visando:

- Assegurar, obrigatoriamente, a realização do conjunto de actividades essenciais definidas no artigo 6º do decreto-lei n.º 28/2008;
- Articular com as restantes unidades funcionais do ACES construindo redes locais de cooperação com os serviços e sectores com importância em saúde;
- Desenvolver, segundo níveis de desempenho definidos, disciplinados e monitorizados, no contexto de um processo de garantia da qualidade.

A actividade da USP desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, na área do ACES, em inter cooperação com as demais unidades funcionais integradas no mesmo.

A USP situa-se, preferencialmente, na sede do respectivo ACES, sem prejuízo da deslocalização dos seus serviços dentro da área geográfica de influência do respectivo ACES.

A USP intervém no âmbito comunitário e de base populacional e, de acordo com a legislação específica, no apoio ao exercício das funções de autoridade de saúde. O delegado de saúde e os delegados de saúde adjuntos encontram-se sedeados na USP, exercendo as suas competências na área do respectivo ACES. Nos concelhos com mais do que um ACES, o delegado de saúde concelhio e os delegados de saúde adjuntos exercem as suas competências no âmbito geodemográfico do respectivo concelho.

A USP assenta em equipas técnicas multidisciplinares, constituídas por médicos de saúde pública, por técnicos de saúde ambiental e por enfermeiros de saúde pública ou saúde comunitária, integrando ainda, em permanência ou em colaboração parcial, quando possível, outros profissionais considerados necessários para o cumprimento dos programas e actividades. A USP pode integrar pessoal próprio da carreira administrativa, nomeadamente, para o apoio ao exercício das funções de autoridade de saúde.

A autoridade de saúde a nível da USP do ACES integra-se na cadeia hierárquica directa das autoridades de saúde, de acordo com as competências exaradas no disposto no Decreto-lei n.º 82/2009 de 02 de Abril.

O coordenador da USP, designado nos termos do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, para além das competências próprias previstas neste normativo é, simultaneamente, o delegado de saúde do âmbito geodemográfico do ACES/ULS pelo que tem ainda as funções que lhe forem atribuídas pela legislação específica das autoridades de saúde.

Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)

A Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (URAP), presta serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

A URAP presta os seus serviços tendo presente os seguintes princípios:

- a) Cooperação com as outras unidades funcionais;
- b) Acessibilidade dos cidadãos;
- c) Autonomia técnica;
- d) Rentabilização dos recursos instalados;

- e) Articulação com outras instituições com destaque para os hospitais de referência, privilegiando o estabelecimento de protocolos.

A URAP congrega vários profissionais, com competências diversas, nomeadamente médicos de especialidades que não de medicina familiar e de saúde pública, os quais já se encontram integrados noutras unidades funcionais do ACES, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos com competências diferentes das enumeradas, que estejam ou venham a ser integrados no ACES. Dependendo do histórico dos centros de saúde, integrarão esta unidade todos os técnicos das áreas de meios complementares de diagnóstico já existentes ou que venham a ser afectos. Estes profissionais poderão disponibilizar a totalidade ou parte do seu horário de trabalho às actividades inerentes a esta unidade, sendo o restante afectado ao desenvolvimento de intervenções ou programas da responsabilidade de outras unidades funcionais.

O Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) (nos casos em que exista na área de influência do ACES) deverá ser integrado nesta unidade, respeitando-se a especificidade da sua intervenção e autonomia funcional. De entre as suas competências, a de maior prioridade diz respeito à intervenção no âmbito da prevenção e controlo da tuberculose, onde se dará cumprimento às orientações estratégicas e objectivos do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose.

É de promover parte da sua actividade em estreita articulação com os hospitais de referência, podendo esta assumir várias formas que vão desde a consultadoria por especialistas hospitalares, à existência de consultas de especialidade asseguradas por médicos hospitalares, ou mesmo por celebração de protocolos de referência.

Os recursos físicos (instalações) e técnicos (equipamentos) deverão ser adequados e responderem às exigências do desempenho das diferentes áreas e competências existentes no ACES, garantindo a máxima acessibilidade.

A URAP tem um coordenador escolhido pela direcção do ACES, com conhecimentos e experiência (pelo menos cinco anos de experiência profissional, de acordo com o artigo 15º do decreto-lei 28/2008 de 22 de Fevereiro) adequadas ao exercício da função, designado pelo director executivo do ACES, depois de ouvido o conselho clínico.

Em todas as unidades funcionais descritas os processos de monitorização e avaliação é da competência do ACES devendo incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação e podem contemplar especificidades e características de carácter local ou regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional.

No caso da USP depende igualmente e do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde respectiva, tendo em vista uma uniformidade da intervenção regional e nacional em termos de saúde pública;

Apendência II

Distribuição dos Recursos Humanos por unidades funcionais, na Freguesia A, B,C e outras

Centro de Saúde da Freguesia A			
Grupo Profissional	UCSP designada 1	UCSP designada 2	USF designada 0
Assistentes Operacionais	5	3	1
Assistentes Técnicos	8	4	6
Enfermeiros	9	6	7
Médicos	14	6	10
Técnico Superior	1	-	-
Téc. Superior de Saúde	1	-	-
Total	38	19	24
Centro de Saúde da Freguesia B			
Grupo Profissional	UCSP designada 1	UCSP designada 2	UCSP designada 3
Assistentes Operacionais	2	4	6
Assistentes Técnicos	3	6	9
Enfermeiros	5	9	15
Médicos	4	14	9
Técnico Superior	1	-	2
Téc. Superior de Saúde	2	-	-
Total	17	33	41
Centro de Saúde da Freguesia C			
Grupo Profissional	UCSP Designada 1	UCSP Designada 2	USF Designada 0
Assistentes Operacionais	3	6	1
Assistentes Técnicos	8	15	5
Enfermeiros	9	15	8
Médicos	11	14	12
Técnico Superior	2	2	-
Téc. Superior de Saúde	-	2	-
Total	33	54	26
Outras Unidades			
Gestor/Dir. Executiva - 1 Técnico Superior			
Grupo Profissional	Saúde Pública	Apoio Gestão	Medicina Física e Reabilitação/ Unid. Móvel/ UCC
Assistentes Operacionais	2	-	2
Assistentes Técnicos	-	4	-
Enfermeiros	2	-	3
Médicos	4	-	1
TDT's	7	-	6
Técnico Superior	3	1	-
Téc. Superior de Saúde	-	-	-
Total	18	5	12

Nota: Aos profissionais médicos foram contabilizados os internos em medicina

Trata-se da formulação de políticas públicas baseadas em metas que sejam abordadas como compromissos sociais concretos. É importante distinguir sempre governação no sentido de *governance* (governança) e governação no sentido de execução da acção do governo. A primeira concepção de governação (*governance*), está relacionada com os princípios que regem relações de poder capazes de promover os interesses efectivos do cidadão – os procedimentos segundo os quais se identificam, negociam, estabelecem e avaliam as regras de decisão colectiva. A segunda concepção de governação refere os aspectos operacionais de governo – legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão. Podem ser identificados os elementos que caracterizam uma “boa governação da saúde”: “investir em resultados” – ganhos em saúde, desempenho das organizações, do sistema de saúde e justiça financeira; cidadania, valores, preferências, necessidades – coesão social; direcção estratégica e explicitação das agendas dos actores sociais; responsabilização vertical e horizontal; atitude prospectiva – prever o impacto futuro das decisões de hoje; coerência através de sistemas de regulação a vários níveis; soluções que funcionam (baseadas na evidência); gestão da informação e do conhecimento e aprendizagem continuada; transparência, diferenciação e democratização das administrações públicas; análise independente e comunicação efectiva do que está a acontecer.

Partindo desta perspectiva novos desafios se advinham, ainda integrando no mesmo ciclo político a reintrodução de processos de contratualização entre a administração em saúde e as instituições prestadoras de cuidados que integram o SNS, volta-se a ter uma tendência para a adopção de políticas contratuais com as entidades prestadoras de cuidados de saúde, com o propósito de se assegurar a manutenção dos princípios básicos da sustentação dos sistemas de saúde, nomeadamente: o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade na prestação dos cuidados.(WHO, World Health Report 2000).