



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Hugo César Passos Roque

Estresse Ocupacional e Satisfação dos Utentes nos Cuidados de Saúde Primários

junho de 2014



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Hugo César Passos Roque

Estresse Ocupacional e Satisfação dos Utentes nos Cuidados de Saúde Primários

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia das Organizações e
do Desporto

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Ana Luísa Oliveira Marques Veloso

junho de 2014

Nome:

Hugo César Passos Roque

Endereço electrónico: hugoroque1980@gmail.com

Telefone: 912764783

Número do Bilhete de Identidade: 11838151

Título dissertação:

Estresse Ocupacional e Satisfação dos Utentes nos Cuidados de Saúde Primários.

Orientador:

Professora Doutora Ana Luísa Oliveira Marques Veloso

Ano de conclusão: 2014

Designação do Mestrado:

Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA
EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO,
QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 06/06/2014

Assinatura: _____

Índice

Introdução.....	1
Metodologia.....	5
Procedimentos	5
Amostra	6
Instrumentos	6
Resultados	8
Estresse ocupacional	9
Satisfação dos Utentes.....	12
Análises Preditivas	16
Discussão	18
Referências	21

Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição e taxa de resposta da amostra.	5
Tabela 2: Nível de escolaridade dos utentes.	6
Tabela 3: Fiabilidade das subescalas do QSPS	8
Tabela 4: Níveis de estresse elevado na escala total e nas dimensões do QSPS.....	9
Tabela 5: Itens geradores de estresse "elevado"	10
Tabela 6: Diferenças na experiência global de estresse em função do grupo profissional	11
Tabela 7: Diferenças na experiência global de estresse em função do sexo	11
Tabela 8: Estrutura fatorial e consistência interna do QSU	13
Tabela 9: Níveis de satisfação dos utentes das USF	15
Tabela 10: Diferenças na satisfação global dos utentes em função da idade	16
Tabela 11: Modelo de regressão entre as dimensões da satisfação e o estresse relativo ao “excesso de trabalho”	17
Tabela 12: Modelo de regressão entre as dimensões da satisfação e o estresse global (USF modelo A).....	17

Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Minho

Área de Especialização em Psicologia das Organizações e do Desporto

Título: Estresse Ocupacional e Satisfação dos Utentes nos Cuidados de Saúde Primários.

Autor: Hugo César Passos Roque

Orientadora: Professora Doutora Ana Luísa Oliveira Marques Veloso

Resumo

Os cuidados de saúde primários sofreram alterações decorrentes de uma reforma cujos princípios se podem inscrever num quadro conceptual designado por alguns autores como “New Public Management”. Estas mudanças podem ser geradoras de maiores níveis de estresse ocupacional, sendo este um objeto de estudo pelo seu impacto negativo a nível individual e organizacional. Este estudo analisa a experiência de estresse em 305 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e secretários clínicos) e a satisfação, com os serviços prestados por estes, em 392 utentes. A população em estudo está repartida por 10 Unidades de Saúde Familiar modelo A e 10 modelo B.

Os resultados encontrados mostram que 84.2% dos profissionais relatam um nível moderado a elevado de estresse ocupacional, sendo os enfermeiros que apresentam maiores valores. Os utentes apresentam níveis bons de satisfação, principalmente com os serviços de enfermagem. Não se verificaram diferenças ao nível do estresse entre as USF modelo A e B mas verificam-se ao nível da satisfação dos utentes, estando os utentes das USF modelo B mais satisfeitos. Verificou-se um efeito preditor das dimensões da satisfação dos utentes no estresse relativo ao excesso de trabalho.

Palavras-chave: estresse; satisfação; cuidados de saúde primários.

Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Minho

Área de Especialização em Psicologia das Organizações e do Desporto

Título: Occupational Stress and Users Satisfaction in Primary Healthcare.

Autor: Hugo César Passos Roque

Orientadora: Professora Doutora Ana Luísa Oliveira Marques Veloso

Abstract

Portuguese primary health care sector has suffer changes due to a reform whose principles may enroll in a conceptual framework referred to by some authors as "New Public Management". These changes may be generating higher levels of occupational stress, being this an object of study for its negative impact at individual and organizational levels. This study examines the experience of stress in 305 health professionals (doctors, nurses and clinical secretaries) and satisfaction with the services provided by them in 392 users. This population is spread across 10 Family Health Units (FHU) type A and 10 type B.

The results show that 84.2% of professionals report moderate to high levels of occupational stress, being the nurses who present higher levels. Users have good levels of satisfaction, especially with the nursing services. There were no differences in stress level between FHU type A and B but there were at the level of user satisfaction, being type B FHU users who show higher levels of satisfaction. It's verified that dimensions of user satisfaction present a predictive effect in stress related to excessive work.

Keywords: stress; satisfaction; primary healthcare.

Introdução

Vivemos num mundo em constante crescimento e mudança, o mesmo acontece nas organizações privadas e públicas. Um exemplo disso são as diversas reformas que se tem assistido no sector público. Estas reformas, no sector público, são nomeadas na literatura como *New Public Management* (NPM) e vão no sentido de aproximar a gestão pública da gestão privada. Na maioria dos países da OCDE (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) pode ser caracterizada por uma referência comum para um certo número de princípios: tornar a gestão de recursos humanos (GRH), na esfera pública, orientada por objetivos de negócios; promoção da descentralização dos recursos humanos (RH), dando aos gestores de primeira linha maiores responsabilidades; e atingir um novo equilíbrio entre qualidade e desempenho, dentro da esfera pública, através do desenvolvimento de competências (Pichault, 2007). De uma forma geral o sector público começa a adotar políticas organizacionais do sector privado, diminuindo os níveis de hierarquia e de burocracia, para formas mais simples e mais flexíveis (Morris & Farrell, 2007).

No entanto, estas mudanças encontram obstáculos na sua implementação que, de acordo com Pichault (2007) podem ser caracterizados em três aspetos: a) falta de coerência interna e discursiva, quando não existe uma transformação simultânea de várias variáveis “centrais” dos RH e não há um entendimento claro e comum dos objetivos desde início; b) falta de coerência contextual, quando é inexistente uma reestruturação profunda da forma usual de trabalho do núcleo operacional; c) e falta de coerência processual, quando não se opta por uma mudança mais transaccional. Estes obstáculos exigem da GRH no sector público uma abordagem estratégica e focada em garantir que as organizações têm a capacidade sustentável de que precisam para prestar serviços públicos essenciais de alta qualidade (Royles, 2010).

As organizações da saúde não passam imunes a estas alterações e apresentam também obstáculos ao nível dos RH, principalmente dificuldades em estabelecer práticas eficazes e em transmitir os objetivos da organização (Harris, Cortvriend, & Hyde, 2007); grande variabilidade, e pouco consenso, de indicadores de avaliação dos resultados finais (Bartram, Stanton, & Leggat, 2007); e, algumas vezes, diminuta especialização (as funções dos RH são exercidas por profissionais da saúde, sem formação e que perante a sobrecarga de trabalho, passam para segundo plano) (Hutchinson & Purcell, 2010).

Estas mudanças são fundamentais para uma melhoria contínua dos serviços e podem ser recebidas pelos colaboradores de forma positiva. No entanto, outros podem perceber estas alterações de forma ameaçadora e sentirem insegurança (Neves, 2007). Desta forma, os colaboradores perante um panorama de mudanças constantes, em que as exigências laborais são amplificadas, podem apresentar maiores níveis de estresse (Antón, 2009). Este tipo de estresse é nomeado na literatura de estresse ocupacional e, de acordo com Lazarus (1991), tende a afluir quando os colaboradores experienciam que os seus recursos pessoais não são suficientes para enfrentar as exigências da actividade laboral.

O estresse ocupacional tem sido uma área muito estudada devido aos seus “custos” e efeitos negativos a diversos níveis, desde individual ao organizacional. Verificam-se, a nível individual, problemas de insatisfação e realização, desinteresse e desmotivação, exaustão emocional e física que podem conduzir a problemas de saúde física e mental, mas também podem levar, a nível organizacional, à insatisfação profissional, ao absentismo, baixo rendimento/produktividade, *turnover*, menor qualidade de serviços e a diminuição dos lucros, tudo isto num ambiente organizacional onde se prioriza, cada vez mais, os valores económicos (Gomes, Melo, & Cruz, 1997; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010). Em forma de síntese, o estresse ocupacional impõe-se como uma consequência decorrente da incapacidade do colaborador enfrentar as fontes de tensão laborais, criando problemas a nível individual e organizacional. Os sintomas individuais do estresse ocupacional expressam-se através de problemas de saúde física e mental, de alterações no humor, do consumo excessivo de tabaco e álcool e de diversas queixas sintomáticas (Cooper, 1986).

Englobado no estudo do estresse ocupacional está, também, o estudo dos fatores fontes de estresse no trabalho. Neste tema, o modelo onde se constata maior consenso é o modelo de estresse ocupacional de Cooper (1986) que indica seis fontes principais de estresse no trabalho: 1) fontes intrínsecas ao trabalho (ex: sobrecarga de trabalho); 2) papel que desempenha na organização (ex: ambiguidade de papéis); 3) estresse inerente às relações interpessoais no contexto laboral (ex: relações com superiores); 4) estresse relativo ao desenvolvimento da carreira (ex: segurança no emprego); 5) estresse proveniente do clima e estrutura organizacional (ex: grau de envolvimento); e 6) estresse intrínseco à “interface” casa-trabalho.

Os efeitos negativos do estresse, também, têm sido estudados em vários grupos de profissionais, e tem-se verificado que existem razões especiais para constituir os profissionais da saúde como um grupo particularmente afetado pelo estresse (Melo, Gomes, & Cruz, 1997).

Estes profissionais são considerados um grupo de risco por vários motivos: a tomada de decisão, nesta profissão, é fundamental pois implica um paciente no processo e qualquer erro nessa decisão pode levar a um agravamento do estado de saúde e, em situações extremas, à morte do paciente; o seu próprio estresse pode gerar mal-estar no doente, que é foco da sua atenção; e ainda, devido à natureza do seu trabalho, pois têm contacto com patologias. De uma forma geral, estes profissionais estão expostos a situações de maior exaustão emocional, enfrentando constantemente situações estressantes de casos de lesões graves, sofrimento, dor física, trauma e morte dos pacientes (Quick, Murphy, & Hurrell, 1992; Sauter & Murphy, 1995; Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009). Verifica-se, em estudos portugueses, que entre os profissionais de saúde os enfermeiros parecem ser os que apresentam maiores níveis de estresse (Melo, Gomes, & Cruz, 1997; Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010).

O foco, deste estudo, nos profissionais da saúde centra-se na lógica de que à parte de ser um grupo particularmente afetado pelo estresse ainda tem que lidar com as complicações inerentes do NPM. Neste âmbito, um dos contextos de relevância são as Unidades de Saúde Familiar (USF). As USF, de acordo com o Ministério da Saúde (Dec. Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto), são pequenas unidades operativas com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos utentes um pacote básico de serviços. Há três modelos de USF (A, B e C) de acordo com o grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. O modelo A compreende as USF com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram, com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços e o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as mesmas. O modelo B abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. O modelo C abrange as USF dos setores sociais, cooperativo e privado, sendo o seu funcionamento baseado num contrato-programa. Para este estudo apenas é relevante os modelos A e B, visto que até ao momento não existe nenhuma USF modelo C.

Todas as USF têm origem num projeto de equipas de profissionais que se auto-propõem ao Ministério da saúde, sendo que as USF modelo B são consideradas unidades com maior amadurecimento organizacional em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de limiares de desempenho mais exigentes. É, ainda, de salientar que uma

das metas obrigatórias – para todos os modelos de USF – contratualizadas é a avaliação da satisfação dos utentes.

Este contexto é relevante, principalmente, por dois motivos: 1) a maior parte dos estudos com profissionais de saúde centram-se nos hospitais fazendo com que as organizações dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) sejam pouco estudadas nesta temática; 2) os CSP estão em processo de reforma, sendo as USF parte dessa mesma reforma, o que os coloca num contexto favorável para estudar as diferenças entre os níveis de adaptação a esta reforma, sendo as USF modelo A as que se encontram no processo de adaptação e as modelo B as que já se encontram ajustadas a este novo sistema.

O objetivo deste estudo é analisar o estresse ocupacional nos profissionais da saúde e o seu impacto nos utentes através dos níveis de satisfação. Mais concretamente os objetivos são:

- a) Analisar os níveis do estresse nos profissionais da saúde e averiguar se existem diferenças entre profissionais das USF modelo A e os profissionais do modelo B;
- b) Analisar o efeito do estresse ocupacional dos profissionais no nível de satisfação dos utentes;
- c) Analisar e comparar os níveis de satisfação dos utentes das USF modelo A com os utentes das USF modelo B.

De forma a alcançar estes objetivos o estudo em questão guiou-se pelas seguintes hipóteses:

- I. Os profissionais de saúde, mais concretamente, os enfermeiros, apresentam elevados níveis de estresse.
- II. Os profissionais de saúde das USF modelo B apresentam maiores níveis de estresse que os profissionais de saúde das USF modelo A.
- III. Os utentes das USF modelo B apresentam maiores níveis de satisfação que os utentes das USF modelo A.
- IV. O estresse dos profissionais de saúde têm efeitos preditores na satisfação dos utentes e, por sua vez, esta tem efeitos preditores no estresse dos profissionais de saúde.

Para terminar é fundamental salientar que este estudo está inserido num projeto mais extenso financiado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).

Metodologia

Procedimentos

O estudo foca-se nas USF dos distritos de Braga, Porto e Viana do Castelo. Este foco prende-se com questões de acessibilidade e económicas. De acordo com a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN, 2014), existem 353 USF a operar em Portugal sendo que 172 operam nos distritos de Braga, Porto e Viana do Castelo.

O estudo teve início com a autorização da ARS Norte para a realização do mesmo. Após esta autorização foram contactadas as USF do norte (Braga, Viana do Castelo e Porto) e convidadas a participar no estudo. Das UFS que acederam a participar no estudo foram seleccionadas 20, mais concretamente, 10 USF modelo A e 10 modelo B. Foi agendada uma reunião com o coordenador de cada USF. Nesta reunião foram expostos os objetivos do estudo e foi entregue ao coordenador os questionários para os profissionais. Após duas semanas procedeu-se à recolha dos questionários dos profissionais e à aplicação dos questionários de satisfação dos utentes. Esta aplicação ocorreu de forma presencial, e em formato de hétero e auto relato, junto dos utentes que se encontravam na USF no momento da recolha dos questionários dos profissionais. O formato de hetero-relato apenas ocorreu com os utentes com baixo nível de escolaridade e/ou sem escolaridade.

A recolha ocorreu entre os meses de outubro de 2013 e janeiro de 2014.

A seguir encontra-se a tabela 1 onde é possível observar a distribuição da amostra e a respetiva taxa de resposta no seu total e por modelo de USF.

Tabela 1: Distribuição e taxa de resposta da amostra.

	Profissionais		Utentes	
	Total	Recolha	Total	Válidos
Modelo A	171	125	198	179
Taxa de Resposta	73,10%		90,40%	
Modelo B	206	180	234	213
Taxa de Resposta	87,40%		91,00%	
Amostra Total	377	305	432	392
Taxa de Resposta	80,90%		90,70%	

Amostra

A amostra é constituída por 305 profissionais da saúde e 392 utentes das USF.

Relativamente aos profissionais, estes apresentam idades entre os 28 e 64 anos, com uma média de 42.22 (D.P. = 10.36). A maioria, 241 (79.8%), é do sexo feminino e são casados(as), 214 (71.3%). Ao nível das categorias profissionais estão distribuídos da seguinte forma: 105 (34.7%) médicos(as), 115 (38.0%) enfermeiros(as) e 83 (27.4%) secretários(as) clínicos. Estes exercem funções na mesma USF entre 0 e 7 anos, com uma média de 3.89 anos (D.P. = 1.54).

Os utentes (participantes) apresentam idades entre os 14 e 84 anos, com uma média de 41.67 (D.P. = 15.94). A maioria, 303 (77.3%), é do sexo feminino e são casados(as), 225 (57.4%). Destes utentes a maioria, 385 (98.2%), não é a primeira vez que recorre aos serviços da USF e recorreu no último ano, em média, 4.66 vezes (D.P. = 5.01). Estes utentes estão inscritos na USF entre 0 e 7 anos, com uma média de 3.85 (D.P. = 1.57). É de salientar que apenas 51 (13.0%) dos participantes responderam em formato de hetero-relato.

Na tabela 2 encontra-se a informação relativa ao nível de escolaridade dos utentes.

Tabela 2: Nível de escolaridade dos utentes.

	n	%
Não sabe ler nem escrever	7	1,8
1.º Ciclo do ensino básico	65	16,6
2.º Ciclo do ensino básico	46	11,7
3.º Ciclo do ensino básico	98	25
Ensino Secundário	103	26,3
Ensino Médio	12	3,1
Ensino Superior	61	15,6

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de dados demográfico; Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (Gomes, 2010) e Questionário de Satisfação dos Utentes (Ferreira, Raposo, & Godinho, 2005; Wensing, Mainz, & Grol, 2000).

O questionário de dados demográficos é essencial na recolha de dados. Permite a caracterização da amostra e o estudo de variáveis demográficas relacionadas com os aspetos em estudo.

Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS)

O QSPS é constituído por duas partes distintas. Numa primeira parte é avaliado o nível de estresse global experienciado na realização da atividade profissional. A segunda parte é constituída por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de estresse no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde. Os itens distribuem-se por seis subescalas:

1. Lidar com clientes (4 itens; $\alpha = .81$): refere-se aos sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços;
2. Excesso de trabalho (4 itens; $\alpha = .82$): diz respeito à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço a realizar;
3. Carreira e remuneração (5 itens; $\alpha = .88$): indica os sentimentos de mal-estar relacionados com a falta de perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e de insatisfação com o salário recebido;
4. Relações profissionais (5 itens; $\alpha = .87$): descreve o mal-estar dos profissionais relativamente ao ambiente de trabalho, bem como à relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos;
5. Ações de formação (3 itens; $\alpha = .82$): reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas;
6. Problemas familiares (4 itens; $\alpha = .79$): descreve os problemas de relacionamento familiar e a falta de apoio por parte de pessoas significativas.

Os itens são respondidos numa escala tipo “likert” de 5 pontos (0 = nenhum stress; 5 = elevado stress).

Devido a este estudo estar inserido num projeto mais amplo e de forma a não ocupar demasiado tempo dos participantes, não foi utilizado o item de estresse global nem os itens correspondentes às subescalas “carreira e remuneração” e “ações de formação”, já avaliado por outras escalas, optando-se pela utilização dos itens relativos às escalas mais relacionais. Assim o questionário final ficou constituído por 17 itens que representavam as seguintes subescalas: lidar com clientes, excesso de trabalho, relações profissionais e problemas familiares.

Consistência interna do QSPS.

Através da análise dos valores de *alpha* de *Cronbach* obtidos nas subescalas neste estudo, apresentados na Tabela 3, pode-se afirmar que as subescalas apresentam uma consistência interna razoável, para valores entre .70 e .80, e boa, para os valores entre .80 e

.90 (Pestana & Gageiro, 2005). A escala completa apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha = .91$), sendo que nenhum item altera de forma significativa o valor de *alpha*.

Tabela 3: Fiabilidade das subescalas do QSPS

	Número de itens	α
Lidar com clientes	4	.76
Excesso de trabalho	4	.83
Relações profissionais	5	.84
Problemas familiares	4	.79

Questionário de Satisfação dos Utentes (QSU)

O QSU é um questionário composto por 37 itens que avalia a satisfação do utente em 5 domínios: serviços médicos, serviços de enfermagem, serviços de secretariado clínico, a USF e acessibilidade. Contém, ainda, 3 itens de avaliação geral, mais concretamente, se o utente considera que a USF responde às necessidades dos utentes, se recomendaria a USF e se tem motivos para mudar de USF. Os itens são cotados numa escala tipo “likert” de 5 pontos (0 = mau; 4 = excelente) e nos itens de avaliação geral de “0 = discordo muito” a “4 = concordo muito”. Os indicadores EUROPEP são a base deste questionário. O Europep avalia a satisfação dos utilizadores com os cuidados de saúde primários prestados, a nível europeu. Entre os resultados alcançados por estudos anteriores no âmbito do EUROPEP, encontra-se um questionário de avaliação da satisfação dos utentes dos cuidados primários, validado em vários países europeus, e a definição dum conjunto de indicadores de satisfação relativos aos serviços prestados na área dos cuidados de saúde primários (Ferreira & Raposo, 2006; Grol, et al., 2000; Wensing & Elwyn, 2003).

Resultados

Primeiramente serão apresentados os resultados relativos ao estresse ocupacional, seguido dos resultados relativos à satisfação dos utentes e por fim a interação entre ambos.

O tipo de testes utilizados na análise dos dados dependeu do tipo de variável a analisar e/ou do cumprimento dos pressupostos para o uso de testes paramétricos. Quando estes pressupostos não se verificavam eram utilizados testes não paramétricos.

Relativamente aos *missings* presentes nos dados é possível afirmar que estes valores eram completamente aleatórios (Little’s MCAR test $p > .05$) e, nos casos onde se verificavam,

eram inferiores a 10%. O método de tratamento utilizado foi o de imputação única, substituição pela maximização expectável (Field, 2005).

Foi utilizado, no tratamento e análise dos dados, o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*®, versão 22.

Estresse ocupacional

Considerando o nível global de estresse (escala completa) experienciado pelos profissionais, é possível constatar que 123 (40.3%) dos participantes relatam níveis de estresse elevados (junção dos valores “bastante” e “elevado” da escala), enquanto 134 (43.9%) relatam níveis moderados e 48 (15.7%) assinalam níveis baixos de estresse (junção dos valores “nenhum” e “pouco” da escala).

Realizou-se, relativamente às dimensões do estresse (subescalas do QSPS), uma análise dos profissionais que apresentaram valores extremos na escala “likert” (junção dos valores “bastante” e “elevado”), resultando assim numa indicação da percentagem de profissionais para quem cada uma das dimensões foi avaliada como altamente stressante. Como se poderá verificar na Tabela 4, “lidar com clientes” constituiu o principal problema referenciado pelos profissionais, sendo que os médicos(as) apontam, como principal problema, o “excesso de trabalho” e os enfermeiros(as) e secretários(as) referenciam primeiramente “lidar com clientes” como o principal problema.

Tabela 4: Níveis de estresse elevado na escala total e nas dimensões do QSPS

Dimensões:	Amostra	Profissionais		
	%	Médicos(as) %	Enfermeiros(as) %	Secretários(as) %
Lidar com clientes	68.5	66.7	73.9	65.1
Excesso de trabalho	66.6	72.4	70.4	55.4
Relações profissionais	40.7	35.2	47.0	39.8
Problemas familiares	27.9	25.7	33.0	22.9
Escala Total	40.3	34.3	49.6	36.1

O autor deste instrumento (Gomes, 2010) propõe a apresentação dos 10 itens geradores de maior tensão (cotados como “elevado” na escala). Contudo, como neste estudo não se utilizou a questionário completo será apenas apresentado os 6 itens geradores de maior tensão.

Analisando a Tabela 5, onde estão apresentados os itens geradores de estresse elevado, é possível constatar que a dimensão “excesso de trabalho” não só é a mais representada como, também, todos os itens que compõe esta dimensão estão presentes entre os mais geradores de tensão. Também é possível observar que o item “Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os utentes”, pertencente à dimensão “lidar com clientes”, é o que demonstra maiores percentagens, sendo deste modo considerado o item que mais tensão gera.

Tabela 5: Itens geradores de estresse "elevado"

Itens (Dimensão*)	Global		Médicos(as)		Enfermeiros(as)		Secretários(as)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os utentes. (LC)	154	50.5	53	50.5	69	60.0	32	38.6
O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho. (RP)	77	25.2			34	29.6	26	31.3
Trabalhar muitas horas seguidas. (ET)	82	26.9	27	25.7			25	30.1
O excesso de trabalho, e/ou tarefas, de carácter burocrático. (ET)	85	27.9	34	42.4	32	27.8	19	22.9
Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais. (ET)	81	26.6	32	30.5	33	28.7		
A sobrecarga ou excesso de trabalho. (ET)	106	34.8	40	38.1	38	33.0	28	33.7
Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex. cônjuge, filhos). (PF)	77	25.2	22	21.0	35	30.4	20	24.1

* Dimensões a que correspondem os itens: LD – lidar com clientes; RP – relações profissionais; ET – excesso de trabalho; PF – problemas familiares.

Análises comparativas ao nível da experiência global de estresse.

Foram realizadas análises para observar eventuais diferenças na experiência global de estresse ao nível do tipo de USF, grupo profissional, antiguidade na USF e de características individuais (sexo e idade).

Após as análises é possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas na experiência global de estresse entre profissionais das USF modelo A e profissionais das USF modelo B. Também não se verificam diferenças estatisticamente significativas na experiência global de estresse ao nível da idade e da antiguidade na USF.

Observando a Tabela 6, verifica-se que há diferenças marginalmente significativas na experiência global de estresse em função do grupo profissional ($F(2,300) = 2.50, p = .08$). Testes Post Hoc de Scheffe revelaram que os secretários clínicos tendem a experienciar menos estresse que os enfermeiros.

Tabela 6: Diferenças na experiência global de estresse em função do grupo profissional

	Médicos (n = 105) \bar{x} (D.P.)	Enfermeiros (n = 115) \bar{x} (D.P.)	Secretários (n = 83) \bar{x} (D.P.)	F (2,300)	Médicos Vs Enfermeiros	Secretários Vs Enfermeiros	Secretários Vs Médicos
Nível Global de Estresse	2.26 (.64)	2.38 (.83)	2.13 (.80)	2.50	n.s.	.08 [†]	n.s.

[†] P < .10; n.s. – não significativo

Analisando a Tabela 7 verifica-se, ainda, que há diferenças significativas na experiência global de estresse ao nível do sexo ($t(300) = 2.45, p = .02$), sendo que são os participantes do sexo feminino que relatam maiores níveis de estresse.

Tabela 7: Diferenças na experiência global de estresse em função do sexo

	Masculino (n = 61) \bar{x} (D.P.)	Feminino (n = 241) \bar{x} (D.P.)	t (300)
Nível Global de Estresse	2.05 (.82)	2.32 (.75)	2.45*

* P < .05

Análises comparativas ao nível das dimensões do estresse (subescalas do QSPS).

O objetivo desta análise foi observar eventuais diferenças nas dimensões do estresse ao nível do modelo de USF, grupo profissional, antiguidade na USF e de características individuais (sexo e idade).

Relativamente ao tipo de USF, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão do estresse entre os profissionais das USF modelo A e profissionais das USF modelo B.

Verifica-se que, em função do grupo profissional, há diferenças significativas nas dimensões “excesso de trabalho” ($\chi^2(2) = 6.51, p = .04$) e “problemas familiares” ($\chi^2(2) = 8.48, p = .01$). Ainda se verificam diferenças marginalmente significativas nas dimensões “lidar com clientes” ($\chi^2(2) = 6.00, p = .05$) e “relações profissionais” ($\chi^2(2) = 4.68, p = .09$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni revelaram que o “excesso de trabalho” é percecionado como maior fonte de estresse para os médicos do que para os secretários clínicos ($Z = -2.50, p < .017$). E que os “problemas familiares” são experienciados pelos enfermeiros como geradores de maior estresse do que pelos secretários clínicos ($Z = -2.81, p < .017$).

Relativamente às características individuais, verifica-se que em função do sexo dos participantes, existem diferenças significativas nas dimensões “lidar com clientes” ($Z = -2.12$, $p = .03$) e “excesso de trabalho” ($Z = -2.00$, $p = .04$), sendo que os participantes do sexo feminino percecionam estas dimensões mais geradores de estresse que os participantes do sexo masculino. E, existem diferenças marginalmente significativas na dimensão “relações profissionais” ($Z = -1.90$, $p = .06$), em que os participantes do sexo feminino, em comparação com o masculino, tendem a percecionar esta dimensão como mais geradora de estresse.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão do estresse ao nível da idade e da antiguidade na USF.

Satisfação dos Utentes

Estrutura fatorial e consistência interna do QSU.

A análise da matriz de correlações demonstrou correlações significativas ($p < .001$) com valores entre $r = .24$ e $r = .78$. Não se verificam itens excessivamente ou perfeitamente correlacionados podendo-se afirmar que não existem problemas ao nível da multicolinearidade e da singularidade, respetivamente (Field, 2005).

A análise das comunalidades revela valores entre .46 e .87, apresentando uma média de .65, refletindo, assim, que 65% da variância associada aos itens é comum ou partilhada.

Verifica-se a fatoriabilidade da matriz dos dados, pois o valor de KMO é superior a .60 (KMO = .96) e o teste de esfericidade de Bartlett é significativo ($p = .000$).

A consistência interna, calculada através do coeficiente *alpha de Cronbach*, apresenta um valor alto (.97), para a escala completa, sendo que nenhum item altera, significativamente, o valor de *alpha*.

A análise fatorial exploratória (AFE), método *Principal Axis Factoring*, por meio da rotação ortogonal (procedimento varimax), através do critério de normalização de Kaiser ($\text{eigenvalue} \geq 1$) e de *scree plot*, extraiu 5 fatores que explicam 65.40% da variância.

O fator 1 – Serviços médicos – explica 31.40% da variância e integra os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22 e 31 ($\alpha = .97$).

O fator 2 – Organização dos Cuidados – explica 10.58% da variância e integra os itens 25, 32, 33, 34 e 35 ($\alpha = .89$).

O fator 3 – Acessibilidade – explica 9.92% da variância e integra os itens 26, 27, 28, 29 e 30 ($\alpha = .86$).

O fator 4 – Serviços de enfermagem – explica 7.12% da variância e integra os itens 18, 19 e 23 ($\alpha = .87$).

O fator 5 – Serviços de secretariado clínico – explica 6.39% da variância e integra os itens 20, 21 e 24 ($\alpha=.92$).

Na Tabela 8 são apresentados os valores da saturação fatorial de cada item, percentagem da variância total, consistência interna de cada fator e as comunalidades (h^2).

Para a retenção dos itens em cada uma das escalas foram fixados os seguintes critérios: (1) saturação $\geq .40$ de cada item no fator hipotético e apenas num único fator; (2) a solução fatorial final explicar, pelo menos, 50% da variância total; (3) coerência entre a solução fatorial e os itens que constituem cada fator; e (4) cada fator ser representado por, pelo menos, 3 itens (Costello & Osborne, 2005; Field, 2005; Laros, 2005). No seguimento destes critérios de retenção foram removidos 2 itens: “O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida” e “A rapidez com que os problemas urgentes de saúde foram resolvidos”.

Além do procedimento exposto também foi realizada a AFE através do método de componentes principais e *maximum likelihood* com rotação oblíqua. Estes revelaram resultados similares apenas se constatando diferenças na ordem dos fatores.

Tabela 8: Estrutura fatorial e consistência interna do QSU

	Fatores					h^2
	1	2	3	4	5	
1. Fazê-lo/a sentir que tem tempo durante a consulta.	0.772					0.671
2. Interesse mostrado pela sua situação pessoal.	0.815					0.751
3. Facilidade com que se sentiu à vontade para lhe contar os seus problemas.	0.723					0.603
4. Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou.	0.802					0.698
5. Forma como o médico o/a ouviu.	0.792					0.681
6. Confidencialidade da informação sobre o seu processo.	0.589					0.506
7. Forma como lhe foi prestado alívio rápido dos seus sintomas.	0.748					0.669
8. Ajuda que recebeu para se sentir suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias.	0.766					0.694
9. Atenção dispensada aos seus problemas.	0.793					0.707
10. Exame clínico feito pelo médico.	0.751					0.667
11. Oferta de serviços de prevenção de doenças.	0.649					0.466
12. Explicação sobre os medicamentos, tratamentos e exames prescritos.	0.768					0.701
13. Forma como foi suficientemente informado/a sobre os seus sintomas e a sua doença.	0.775					0.699

14. Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado de saúde.	0.788					0.683
15. Apoio que recebeu para compreender porque é importante seguir os conselhos do seu médico.	0.744					0.686
16. Conhecimento sobre o que foi feito e dito em anteriores contactos nesta Unidade de Saúde Familiar.	0.666					0.619
17. Preparação sobre o que esperar dos cuidados hospitalares, de outros especialistas ou outros prestadores de cuidados.	0.658					0.599
18. Tempo que lhe foi dedicado pelo pessoal de enfermagem.				0.771		0.741
19. As explicações dadas pelos enfermeiros sobre os procedimentos e cuidados executados.				0.844		0.865
20. O tempo que lhe foi dedicado no atendimento administrativo.					0.733	0.850
21. A forma como foi esclarecido/a quando solicitou uma informação ao Secretariado Clínico.					0.684	0.804
22. A competência, cortesia e carinho do pessoal médico.	0.586					0.623
23. A competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem.				0.542		0.594
24. A competência, cortesia e carinho do pessoal do Secretariado Clínico.					0.618	0.770
25. Apoio, em geral, que recebeu do pessoal desta USF, além dos médicos.		0.480				0.687
26. Facilidade em marcar uma consulta que lhe convenha nesta USF.			0.580			0.578
27. Possibilidade de falar pelo telefone para esta USF.			0.763			0.670
28. Possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família.			0.683			0.606
29. O horário de atendimento desta USF.			0.482			0.567
30. Tempo que esperou na sala de espera.			0.492			0.463
31. A liberdade de escolha de profissional de saúde e a possibilidade de segunda opinião.	0.460					0.685
32. O conforto geral desta USF.		0.718				0.651
33. A limpeza das instalações desta USF.		0.746				0.482
34. Os serviços ao domicílio fornecidos por esta USF.		0.539				0.639
35. A organização geral dos serviços oferecidos por esta USF.		0.580				0.514
Percentagem da Variância	31.40	10.58	9.92	7.12	6.39	
α	.97	.89	.86	.87	.92	

Níveis de Satisfação

A satisfação global (escala completa) e as subescalas são calculadas através da média dos itens que as constituem.

A primeira análise realizada, após a AFE, foi verificar as diferenças significativas no nível de satisfação em função do tipo de relato, que se confirmou existirem ($Z = -6.86$, $p = .000$). Os hetero-relato demonstram maiores níveis de satisfação. Como estes níveis elevados de satisfação podem ter origem em outros fenómenos (ex: desejabilidade social) e de forma a evitar vieses nos dados, estes participantes ($n = 51$, 13.0%) foram retirados das análises posteriores.

Analisando a Tabela 9 é possível constatar que, em geral, os utentes estão satisfeitos, sendo a média de satisfação global de 3.02 (D. P. = .71). Dos aspetos mais satisfatórios, avaliados pelos utentes, ressaltam os serviços de enfermagem com uma média de 3.28 (D. P. = .78).

Tabela 9: Níveis de satisfação dos utentes das USF

		Média	D.P.
Subescalas	Serviços Médicos	3.12	.82
	Serviços de Enfermagem	3.28	.78
	Serviços de Secretariado Clínico	2.90	.99
	Organização dos Cuidados	3.04	.72
	Acessibilidade	2.51	.98
Satisfação Global		3.02	.71

Analisando os 3 itens de avaliação geral (junção de “concordo” e “concordo muito” da escala) verifica-se o seguinte: 284 (83.3%) participantes afirmam que a USF responde às necessidades dos utentes; 297 (87.1%) participantes recomendariam a USF a familiares e amigos; e 299 (87.7%) participantes não veem razões para mudar de USF.

Análises comparativas ao nível da satisfação global dos utentes.

O objetivo desta análise foi verificar eventuais diferenças na satisfação global dos utentes com os serviços prestados pelas USF ao nível de características individuais (sexo e idade) e ao nível da USF (tempo inscrito, número de visitas no último ano e modelo). Neste sentido, apenas foram verificadas diferenças na idade e no modelo de USF.

Observando a Tabela 10, verificam-se diferenças significativas na satisfação global dos utentes em função da idade ($\chi^2(3) = 18.06, p = .000$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni ($.05/6 = .0083$) revelaram que os participantes com mais de 45 anos apresentam maiores níveis de satisfação que os participantes com idades inferiores a 25 anos ($Z = -3.07, p < .0083$) e que os participantes com idades entre os 25 e 35 anos ($Z = -3.94, p < .0083$).

Tabela 10: Diferenças na satisfação global dos utentes em função da idade

	≤ 25 anos (n = 54) Ordem média	> 25 ≤ 35 anos (n = 110) Ordem média	> 35 ≤ 45 anos (n = 85) Ordem média	> 45 anos (n = 92) Ordem média	$\chi^2(3)$
Satisfação Global	152.10	148.68	176.42	203.77	18.06***

*** p < .001

Verificam-se diferenças significativas na satisfação global dos utentes em função do modelo de USF que frequentam ($Z = -1.97, p = .04$), sendo que os utentes das USF modelo B apresentam maiores níveis de satisfação.

Análises Preditivas

O objetivo deste nível de análise foi compreender qual o efeito preditor do estresse na satisfação e desta no estresse. As primeiras análises foram realizadas com os indicadores globais, através duma regressão linear simples, e depois foram realizadas análises com as fontes de estresse e as dimensões da satisfação.

A regressão linear simples mostrou que .05% da variância da satisfação global é explicada pelo estresse global, sendo não significativo ($R^2_{aj} = -.009, n.s.$) ($F(4,299) = .34, n.s.$). Também foi possível observar que .01% da variância do estresse global é explicada pela satisfação global, sendo não significativo ($R^2_{aj} = -.002, n.s.$) ($F(1,302) = .40, n.s.$).

A regressão linear múltipla revelou que 4 das 5 dimensões da satisfação dos utentes explicam 4.9% da variância do estresse relativo ao “excesso de trabalho” ($R^2_{aj} = .04, p < .01$) ($F(4,299) = 3.86, p < .01$). A satisfação com a “acessibilidade” é o preditor mais significativo do estresse relativo ao “excesso de trabalho” ($t = -2.98, p < .01$), sendo que quanto menor a satisfação com a “acessibilidade” maiores são os níveis de estresse relativo ao excesso de trabalho (tabela 11).

Tabela 11: Modelo de regressão entre as dimensões da satisfação e o estresse relativo ao “excesso de trabalho”

Fonte de estresse “excesso de trabalho”				
Dimensões da Satisfação:	R ² (R ² aj.)	F (4,299)	β	t
Serviços Médicos			.05	.63
Serviços de Enfermagem			.20	2.75**
Serviços de Secretariado Clínico	.049 (.036)	3.86**	.07	.86
Acessibilidade			-.24	-2.98**

** p < .01

Uma análise focada no modelo de USF exhibe, apenas nas USF modelo A, um efeito preditivo das dimensões da satisfação no estresse dos profissionais. Assim, estas dimensões explicam 10.1% do estresse dos profissionais (R²aj = .06, p < .03) (F (5,118) = 2.64, p < .03). A satisfação com a acessibilidade (t = -2.91, p < .01) e com os serviços de secretariado (t = 2.91, p < .01) são os preditores mais significativos do estresse global, quanto maior a satisfação com os serviços de secretariado e menor com a acessibilidade, maiores níveis de estresse global.

Tabela 12: Modelo de regressão entre as dimensões da satisfação e o estresse global (USF modelo A)

Estresse Global				
Dimensões da Satisfação:	R ² (R ² aj.)	F (5,118)	β	t
Serviços Médicos			-.02	-.19
Serviços de Enfermagem			.01	.04
Serviços de Secretariado Clínico	.101 (.062)	2.64**	.39	2.91**
Organização dos Cuidados			.11	.75
Acessibilidade			-.41	-2.91**

** p < .01

Discussão

O estudo do estresse ocupacional em profissionais de saúde tem suscitado a atenção de investigadores que pretendem compreender como este fenómeno afeta colaboradores e bem como os serviços que estes prestam. É também de grande interesse para muitos investigadores entender as mudanças que o NPM aporta consigo. É nesta lógica, de entender o fenómeno do estresse mas, também, as mudanças inerentes ao NPM, que se insere este estudo. Neste sentido, a investigação levada a cabo pretende compreender o fenómeno do estresse mas também as diferenças no processo de adaptação à reforma nos cuidados de saúde primários e o impacto nos resultados finais.

Relativamente ao estresse ocupacional 84.2% dos profissionais relatam níveis moderados a elevados de estresse. O que representa uma elevada perceção do nível de exigência colocada pela prática profissional. Em referência aos níveis elevados de estresse expressos pelos profissionais, verifica-se que os enfermeiros são os que apresentam indicadores mais altos (48.6%), seguidos pelos secretários clínicos (36.1%) e por fim os médicos (34.3%). No que concerne aos enfermeiros, estudos portugueses mostram valores mais baixos, entre 18.5% a 30% (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010), e estudos internacionais mostram valores mais elevados, cerca de 80% (Pettersson, Arnetz, Arnetz, & Horte, 1995). Os valores apresentados pelos médicos encontram-se acima de outros estudos internacionais (Firth-Cozens, 2003) mas abaixo de outros estudos portugueses (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010). Relativamente às diferenças encontradas em relação ao sexo dos participantes, em que o sexo feminino demonstra maiores níveis de estresse, estas encontram paralelismo em outros estudos (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010; Narayan, Menon, & Spector, 1999). É de salientar que estas comparações são com estudos realizados em contextos hospitalares e que até à finalização deste estudo não se encontraram estudos sobre estresse no contexto dos cuidados de saúde primários. Por este motivo estas comparações devem ser tomadas com alguma precaução e, também por este motivo, não é possível comparar os resultados dos secretários clínicos. Quanto aos indicadores encontrados relativamente às fontes de estresse, estes encontram correspondências noutros estudos nacionais e internacionais (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010; Narayan, Menon, & Spector, 1999).

É de salientar os resultados encontrados na validação do instrumento utilizado para a avaliação da satisfação dos utentes, uma vez que as metodologias de avaliação nesta população é escassa. Assim, o QSU apresentou 5 dimensões robustas que permitem um entendimento bastante lato da satisfação dos utentes. Duas destas dimensões, “Acessibilidade” e “Serviços médicos” encontram correspondência com outras validações do

instrumento EUROPEP (Grol, et al., 2000), contudo este instrumento engloba mais itens, que o instrumento EUROPEP, que vão de encontro à realidade dos Cuidados de Saúde Primários portugueses. As análises realizadas ao questionário demonstram que os itens constituem bons indicadores dos construtos que se pretendem medir e que os fatores se encontram bem individualizados. Desmonstram, ainda, ausência de problemas ao nível da singularidade e da multicolinearidade. Por outro lado, este instrumento apresenta valores de alpha entre .86 e .97 considerado como indicador de uma boa consistência interna.

A avaliação realizada com o QSU mostra que os utentes se encontram muito satisfeitos com os serviços obtidos, em especial com os serviços de enfermagem, sendo a “acessibilidade” o aspeto menos satisfatório para os utentes.

Para este estudo foram elaboradas inicialmente quatro hipóteses das quais apenas uma se verifica. Relativamente à primeira hipótese, verifica-se que os enfermeiros apresentam maiores níveis de estresse que os médicos. No entanto estas diferenças não são significativas, não se confirmando a hipótese. Contudo é de salientar que os secretários clínicos apresentam menores níveis de estresse, principalmente em relação aos enfermeiros e aos médicos (na dimensão “excesso de trabalho”). Uma explicação para este fenómeno pode ser o facto de o trabalho dos secretários clínicos – administrativo – se distinguir claramente em termos do conteúdo funcional dos restantes grupos profissionais.

A segunda hipótese não foi confirmada pois não se verificam diferenças significativas entre os níveis de estresse dos profissionais das USF modelo A e os profissionais das USF modelo B. Contudo, verificam-se diferenças na satisfação dos utentes das USF modelo A e modelo B (terceira hipótese), sendo que os utentes das USF modelo B apresentam maiores níveis de satisfação. Uma possível explicação para estes resultados pode ser o facto de que para os profissionais o tipo de trabalho e exigências é o mesmo independentemente do modelo de USF. No entanto, as USF modelo B já se encontram mais adaptadas ao novo sistema e, em princípio, um maior foco no cumprimento das metas, sendo uma destas a satisfação do cliente/utente. Esta grau de adaptação e focalização pode conduzir a uma melhor perceção da qualidade dos serviços por parte dos utentes.

A quarta hipótese não foi confirmada. As análises realizadas não demonstraram efeitos preditivos do estresse na satisfação nem da satisfação no estresse. Contudo, a regressão linear múltipla demonstrou um efeito das dimensões da satisfação na fonte de estresse relativa ao “excesso de trabalho”, sendo mais evidente o efeito da satisfação com a “acessibilidade”, quanto menor os níveis de satisfação nesta dimensão maior os níveis de estresse relativos ao “excesso de trabalho”. É de salientar que os resultados relativos a estas duas dimensões podem revelar algo mais em futuros estudos pois o estresse devido ao “excesso de trabalho”

foi uma das dimensões com níveis mais altos e a mais cotada, nos itens, como estresse elevado. E a satisfação relativa à “acessibilidade” foi a dimensão mais penalizada entre todas as dimensões da satisfação. É, ainda, de salientar que uma análise focada no modelo de USF mostra que nas USF modelo A existe um efeito preditivo das dimensões da satisfação no estresse dos profissionais, sendo a satisfação com a acessibilidade e com os serviços de secretariado os preditores mais significativos do estresse.

Concluindo, os resultados apresentados por este estudo reforçam a necessidade de obter uma maior compreensão da relação do estresse com a atividade laboral dos profissionais de saúde e com os resultados finais da sua atividade, de forma a se poder elaborar e implementar medidas de remediação e prevenção ao nível individual e organizacional. Este estudo, também, reforça a necessidade de mais estudos na área dos cuidados de saúde primários e nas organizações públicas que atravessam as mudanças que o NPM acarreta.

É de salientar que este estudo teve como uma das principais limitações a homogeneidade da amostra – todas as USF pertencem ao norte do país- e que futuros estudos poderiam recorrer a uma amostra mais heterogénea envolvendo UFS do norte ao sul do país. Outra limitação deste estudo foi ter recorrido apenas a um indicador dos resultados finais da atividade laboral (a satisfação dos utentes). Futuros estudos poderiam englobar mais indicadores como, por exemplo, o tempo de espera ou o número de reclamações. Contudo este estudo tem um caráter inovador pela sua focalização numa área negligenciada pela investigação – os cuidados de saúde primários – e pelo estudo das relações entre problemáticas do colaborador e da organização (estresse ocupacional) e os resultados finais (satisfação dos utentes).

Referências

- Antón, C. (2009). The impact of role stress on workers behaviour through job satisfaction and organizational commitment. *International Journal of Psychology*, 44(3), 187-194.
- Bartram, T., Stanton, P., & Leggat, S. (2007). Lost in translation: exploring the link between HRM and performance in healthcare. *Human Resource Management Journal*, Vol 17, no 1, 21-41.
- Cooper, C. L. (1986). Job Distress: Recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325-331.
- Costello, A., & Osborne, J. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10 (7), 1-9.
- Decreto-lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. *Diário da República n.º 161/2007 – 1.ª Série*.
Ministério da Saúde. Lisboa.
- Ferreira, P., & Raposo, V. (2006). A Governação em Saúde e a Utilização de Indicadores de Satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 285-296.
- Ferreira, P., Raposo, V., & Godinho, P. (2005). *A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (2nd Edition)*. London: Sage.
- Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal*, 326, 670-671.
- Firth-Cozens, J. (2009). Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal*, 326, 670-671.
- Gomes, A. R. (2010). *Questionário de Stress para Profissionais de Saúde*. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional, Saúde e Absentismo: Estudo com Quadros Médios e Superiores de uma Empresa Têxtil. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 5, 499-509.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H., Ferreira, P., Hearnshaw, H., . . . Szecsenyi, J. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice*, 50, 882-887.

- Harris, C., Cortvriend, P., & Hyde, P. (2007). Human resource management and performance in healthcare organisations. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 21 Iss: 4 pp. 448 - 459.
- Hutchinson, S., & Purcell, J. (2010). Managing ward managers for roles in HRM in the NHS: overworked and under-resourced. *Human Resource Management Journal*, 20: 4, 357–374.
- Laros, J. (2005). O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In J. Laros, *Análise fatorial para pesquisadores*. (pp. 163-184). Petrópolis: Vozes.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Melo, B., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-71.
- Morris, J., & Farrell, C. (2007). The ‘post-bureaucratic’ public sector organization. New organizational forms and HRM in ten UK public sector organizations. *The International Journal of Human Resource Management*, 18:9, 1575-1588.
- Narayan, L., Menon, S., & Spector, P. (1999). Stress in the Workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behaviour*, 20, 63-73.
- Neves, P. (2007). *Can I trust when we change? Antecedents, consequences and moderators of interpersonal trust within organizational change interventions*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petterson, I., Arnetz, B., Arnetz, J., & Horte, L. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64 (1), 20-31.
- Pichault, F. (2007). HRM-based Reforms in Public Organisations: Problems and Perspectives. *Human Resource Management Journal*, vol 17, 3, 265-282.
- Quick, J., Murphy, L., & Hurrell, J. (1992). *Stress & Well-being at work: Assessments and interventions for occupational mental health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ribeiro, L., Gomes, A. R., & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercer em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, . . . M. C. Taveira, *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.

- Royles, D. (2010). Commentary: A point of inflection for HR in the NHS. *Human Resource Management Journal*, 20: 4, 329–331.
- Sauter, S., & Murphy, L. (1995). *Organizational risk factors for job stress*. Washington DC: American Psychological Association.
- USF-AN. (14 de 04 de 2014). *USF-AN*. Obtido de <http://www.usf-an.pt/index.php/unidades>
- Wensing, M., & Elwyn, G. (2003). Improving the Quality of Health Care: Methods for Incorporating Patients' Views in Health Care. *Britain Medical Journal*, 326, 877-879.
- Wensing, M., Mainz, J., & Grol, R. (2000). A Standardised Instrument for Patient Evaluations of General Practice Care in Europe. *European Journal of General Practice*, 6 (3), 82-87.