

**RENATA MOREIRA CAMPOS**

**SATISFAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS (SAMU) NO AMBIENTE  
DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Glauceia Maciel de Farias

**Natal - RN  
2005**

**RENATA MOREIRA CAMPOS**

**SATISFAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
MÓVEL ÀS URGÊNCIAS (SAMU) NO AMBIENTE DE TRABALHO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como exigência para obtenção de título de Mestre.

Aprovada em 02 de setembro de 2005, pela banca examinadora:

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Glauce Maciel de Farias (Orientadora)**

**Departamento de Enfermagem da UFRN**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Miriam Lima da Nóbrega (Titular)**

**Departamento de Enfermagem da UFPB**

---

**Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Gilson de Vasconcelos Torres (Titular)**

**Departamento de Enfermagem da UFRN**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raimunda Medeiros Germano (Suplente)**

**Departamento de Enfermagem da UFRN**

Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCS

Campos, Renata Moreira.

Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) no ambiente de trabalho / Renata Moreira Campos. – Natal, RN, 2005.  
128 f. : il.

Orientadora: Glauce Maciel de Farias.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde.

1. Equipe de enfermagem – Satisfação profissional - Dissertação. 2. Recursos humanos em enfermagem – Dissertação. 3. Prática de enfermagem – Dissertação. 4. Enfermagem em emergência – Natal - Dissertação. I. Farias, Glauce Maciel de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616-083(813.2Natal)(043.3)

## DEDICATÓRIA

*“Percebe e entende que os melhores amigos são aqueles que estão em casa esperando por ti. Acredita, nos momentos mais difíceis da vida, eles sempre estarão por perto, pois só sabem te amar. E se por acaso a dor chegar, ao teu lado vão estar, para te acolher e te amparar, pois não há nada como um lar”.*

*(Dalvimar Gallo)*

*Dedico este trabalho a minha filha Maria Clara, presente que Deus enviou para iluminar e alegrar a minha vida, e que me ajuda a ver o mundo, com os olhos de criança.*

*À minha mãe Conceição, meu exemplo de vida, pelo amor incondicional e infinito, compreensão, e estímulo em todos os momentos de minha vida.*

*Ao meu pai Josué, pelo amor e confiança depositados em mim a vida inteira e todo o apoio e auxílio durante o desenvolvimento deste trabalho.*

*À minha irmã Raíssa, pelo amor, cuidado e carinho, dedicados a mim e principalmente a Maria Clara nos momentos ausentes, decorrentes dessa trajetória.*

*Ao meu irmão Campos e a minha cunhada Christianne, pela cumplicidade, estímulo e confiança constantes a mim dedicados.*

*À professora Dr<sup>a</sup> Glaucea Maciel de Farias, por me conduzir e apoiar desde a academia, transmitindo ensinamentos, estimulando e partilhando do grande amor pelo cuidar em urgência, e sobretudo, por acreditar em mim e ter me mostrado que o impossível não existe. A você, minha eterna gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus (acima de tudo), pelas oportunidades que me concede, pela força e coragem para realizar tudo que desejo em minha vida.

À coordenação geral e de enfermagem do SAMU/Natal, pelo consentimento e oportunidade que me foi concedida em realizar a coleta de dados que possibilitou a concretização desse estudo.

À equipe de enfermagem do SAMU/Natal, pela disponibilidade e atenção durante o período da coleta de dados.

Ao corpo docente e funcionários da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, pelo apoio durante o desenvolvimento do Curso de Mestrado.

Aos professores Dr<sup>o</sup> Gilson de Vasconcelos Torres, Dr<sup>a</sup> Raimunda Medeiros Germano e Dr<sup>a</sup> Bertha Cruz Enders, pelas valiosas sugestões por ocasião da qualificação do projeto de pesquisa.

Às alunas de iniciação científica, Glória e Albíria, que participaram da coleta de dados.

À enfermeira Cristiane da Silva Ramos pelo estímulo e amizade e pela disponibilidade em estar sempre pronta para ajudar.

Às minhas amigas Aída, Flávia, Niedja, Débora e Isaura, por terem partilhado momentos de alegrias, ansiedades, muitas horas de estudo, e por sua ajuda e incentivo constante.

Aos demais colegas do mestrado, Ana Tânia, Cleide, Djailson, Simone, Juliana, Cilene, Sandra, Jovanka e Adriana, pela oportunidade do convívio e pelo enriquecimento conquistado.

Ao estatístico Kleber Farias Junior, pela orientação estatística.

A Hélio Takahashi Maciel de Farias, pela colaboração na realização do Abstract.

Ao professor Dr<sup>o</sup> Gilson de Vasconcelos Torres, pela sua colaboração na aquisição de material bibliográfico e na revisão das referências.

A professora Dr<sup>a</sup> Margarete Marques Lino, pela autorização da utilização do instrumento Índice de Satisfação Profissional (ISP), por ter cedido e enviado material bibliográfico e sua valiosa contribuição no decorrer deste estudo.

A toda a equipe de saúde e direção da Unidade Integrada de Saúde da Cidade da Esperança, pelo apoio, incentivo e compreensão nesse processo do Mestrado.

## EPIGRAFE

Morre lentamente...

quem se transforma em escravo do hábito,  
repetindo todos os dias os mesmos trajetos,  
quem não muda de marca

Não se arrisca a vestir uma nova cor ou não  
conversa com quem não conhece.

Morre lentamente...

quem faz da televisão o seu guru.

Morre lentamente...

quem evita uma paixão,  
quem prefere o negro sobre o branco  
e os pontos sobre os "is" em detrimento de um  
redemoinho de emoções, justamente as que  
resgatam o brilho dos olhos,  
sorrisos dos bocejos, corações aos tropeços e  
sentimentos.

Morre lentamente ...

quem não vira a mesa quando está infeliz com  
o seu trabalho, quem não arrisca o certo pelo  
incerto para ir atrás de um sonho,  
quem não se permite pelo menos uma vez na  
vida, fugir dos conselhos sensatos.

Morre lentamente ...

quem não viaja, quem não lê,  
quem não ouve música,  
quem não encontra graça em si mesmo.

Morre lentamente...

quem destrói o seu amor-próprio,  
quem não se deixa ajudar.

Morre lentamente,

quem passa os dias queixando-se da sua  
má sorte ou da chuva incessante.

Morre lentamente,

quem abandona um projeto antes de  
iniciá-lo, não pergunta sobre um assunto  
que desconhece ou não responde quando  
lhe indagam sobre algo que sabe.

Evitemos a morte em doses suaves,  
recordando sempre que estar vivo exige  
um esforço muito maior  
que o simples fato de respirar. Somente a  
perseverança fará com  
que conquistemos um estágio esplêndido  
de felicidade”

Pablo Neruda

## SUMÁRIO

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**LISTA DE GRÁFICOS**

**LISTA DE QUADROS**

**LISTA DE TABELAS**

**LISTA DE FIGURAS**

**LISTA DE ANEXOS**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>HISTÓRICO DO SAMU.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>COMO FUNCIONA O SAMU .....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>MOTIVAÇÃO RELACIONADA AO TRABALHO.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>SATISFAÇÃO NO TRABALHO.....</b>	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>SATISFAÇÃO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>TIPO DE ESTUDO.....</b>	<b>48</b>
<b>5.2</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3</b>	<b>POPULAÇÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>5.4</b>	<b>VARIÁVEIS DO ESTUDO... ..</b>	<b>49</b>
<b>5.4.1</b>	<b>Variável de caracterização.....</b>	<b>49</b>
<b>5.4.2</b>	<b>Variável independente.....</b>	<b>50</b>
<b>5.4.3</b>	<b>Variável dependente.....</b>	<b>51</b>
<b>5.5</b>	<b>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>5.6</b>	<b>PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>54</b>
<b>5.7</b>	<b>PROCESSAMENTO DOS DADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>5.8.</b>	<b>TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....</b>	<b>56</b>
<b>5.8.1</b>	<b>Procedimentos para determinação dos Escores do ISP.....</b>	<b>56</b>
<b>5.8.2</b>	<b>Avaliação da confiabilidade.....</b>	<b>59</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>64</b>

<b>6.1</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>64</b>
<b>6.2</b>	<b>NÍVEL DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....</b>	<b>83</b>
<b>6.2.1</b>	<b>A importância atribuída aos componentes.....</b>	<b>84</b>
<b>6.2.2</b>	<b>A satisfação profissional percebida.....</b>	<b>86</b>
<b>6.2.3</b>	<b>Índice de Satisfação Profissional.....</b>	<b>102</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>110</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>112</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>114</b>
<b>10</b>	<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>127</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>129</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
EAQVF	Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FN	Flight Nurses
GSE	Grupo de Socorro de Emergência
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
IQV	Índice de Qualidade de Vida
ISP	Índice de Satisfação Profissional
IST	Índice de Satisfação no Trabalho
IWS	Index of Work Satisfaction
PNAD	Pesquisa Nacional de Domicílio
PNW	Perceptions of the Nurses Workplace
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
RHP	Rede Hospitalar Privada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SSP	Secretaria Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTE	Unidade Tática de Emergência

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 01</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo o sexo. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>65</b>
<b>GRÁFICO 02</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo a idade. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>67</b>
<b>GRÁFICO 03</b>	<b>Distribuição da população estudada, quanto ao estado conjugal. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>68</b>
<b>GRÁFICO 04</b>	<b>Distribuição da população estudada, quanto à formação profissional. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>70</b>
<b>GRÁFICO 05</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo tempo de formação. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>71</b>
<b>GRÁFICO 06</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo a formação complementar. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>72</b>
<b>GRÁFICO 07</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo o tempo que trabalha na urgência. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>75</b>
<b>GRÁFICO 08</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo o horário de trabalho atual/fixo. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>76</b>
<b>GRÁFICO 09</b>	<b>Distribuição da população estudada, quanto a gostar e estar satisfeito com o serviço. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>79</b>
<b>GRÁFICO 10</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo o salário líquido mensal. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>80</b>

<b>GRÁFICO 11</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo o salário líquido mensal. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>82</b>
<b>GRÁFICO 12</b>	<b>Proporção entre o nível de importância atribuída e o nível atual de satisfação identificado, em relação aos componentes da satisfação profissional, pela equipe de enfermagem do SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>104</b>
<b>GRÁFICO 13</b>	<b>Classificação dos componentes segundo nível de satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>108</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 01</b>	<b>Valores do coeficiente Alfa de Cronbach, com a exclusão de itens, por componentes, do ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>61</b>
<b>TABELA 02</b>	<b>Escores numéricos e variações do ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>63</b>
<b>TABELA 03</b>	<b>Distribuição da população estudada, segundo o motivo porque trabalha no SAMU e as atividades que realiza predominantemente. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>78</b>
<b>TABELA 04</b>	<b>Resultados numéricos dos escores da escala de atitudes do ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>102</b>
<b>TABELA 05</b>	<b>Escores numéricos e variações do ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>106</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 01</b>	<b>Hierarquia das Necessidades – Pirâmide Motivacional.....</b>	<b>27</b>
<b>FIGURA 02</b>	<b>Esquema para inversão dos escores da Escala de Atitudes.....</b>	<b>58</b>
<b>FIGURA 03</b>	<b>Classificação dos componentes do ISP, por ordem de importância atribuída pela equipe de enfermagem do SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>85</b>
<b>FIGURA 04</b>	<b>Classificação dos componentes do ISP, por ordem do nível atual de satisfação, considerando-se o componente interação como único, percebido pela equipe de enfermagem do SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>103</b>
<b>FIGURA 05</b>	<b>Classificação dos componentes do ISP, por ordem do nível atual de satisfação, considerando-se os sub-componentes da interação, percebida pela equipe de enfermagem do SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005.....</b>	<b>103</b>

## **LISTA DE ANEXOS**

- ANEXO I**      **Ofício ao coordenador geral do SAMU/Natal.**
- ANEXO II**      **Ofício à coordenadora de enfermagem do SAMU/Natal.**
- ANEXO III**      **Termo de compromisso.**
- ANEXO IV**      **Autorização da Instituição**
- ANEXO V**      **Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.**
- ANEXO VI**      **Autorização para utilização do ISP.**
- ANEXO VII**      **Termo de consentimento livre e esclarecido.**
- ANEXO VIII**      **The index of Work Satisfaction Questionnaire©.**
- ANEXO IX**      **Índice de Satisfação Profissional: Satisfação com o Trabalho em UTI.**
- ANEXO X**      **Instrumento de Coleta de Dados: Índice de Satisfação Profissional.**
- ANEXO XI**      **Matrizes de frequências utilizadas para o cálculo dos coeficientes de ponderação dos componentes.**
- ANEXO XII**      **Matrizes de frequências utilizadas para o cálculo do escore médio e total da escala calculadas pelas respostas da escala de atitudes.**

Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCS

Campos, Renata Moreira.

Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) no ambiente de trabalho / Renata Moreira Campos. – Natal, RN, 2005.  
128 f. : il.

Orientadora: Glauce Maciel de Farias.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde.

1. Equipe de enfermagem – Satisfação profissional - Dissertação. 2. Recursos humanos em enfermagem – Dissertação. 3. Prática de enfermagem – Dissertação. 4. Enfermagem em emergência – Natal - Dissertação. I. Farias, Glauce Maciel de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616-083(813.2Natal)(043.3)

CAMPOS, Renata Moreira. **Satisfação da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho.** Dissertação (mestrado). 127p. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2005.

## RESUMO

Estudo exploratório descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa, realizado na Central de Regulação Médica do SAMU/Natal, com vistas a identificar o nível de satisfação profissional dos membros da equipe de enfermagem que trabalham no SAMU/Natal; e verificar o grau de importância atribuída pelos profissionais de enfermagem a cada um dos componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. A população foi de 60 profissionais, com dados coletados de janeiro a fevereiro de 2005. Utilizamos um instrumento traduzido e validado por Lino, em 1999, para a língua portuguesa, o Índice de Satisfação Profissional (ISP). Os resultados mostram que houve uma discreta predominância do sexo feminino (54,9%); com faixa etária entre 36 a 45 anos (60,8%); casada (58,8%), 82,4% possuem filhos, e 30,8% na faixa etária entre 05 e 09 anos. Quanto à formação, observamos que 78,4% eram técnicos de enfermagem e 21,6% enfermeiros, formados entre 11 a 15 anos (27,5%). Dos 11 enfermeiros, 09 (81,8%) informam ter especialização, 29, 4% da equipe trabalha de 11 a 15 anos na área de urgência, 58,8% trabalha há mais de 02 anos no SAMU, 72,6% membros da equipe possuem horário fixo de trabalho. Houve homogeneidade no que se refere ao turno de trabalho: 41,2% no período diurno e 53% no período noturno. Quanto ao motivo de trabalhar no SAMU, 84% escolheram trabalhar neste serviço, e destes 76,3% realizam predominantemente cuidados diretos aos pacientes, 96,1% gostam e estão satisfeitos em trabalhar no serviço. Quanto à remuneração dos enfermeiros, 90,9% informaram receber de 05 a 10 salários mínimos; 70% dos técnicos, disseram receber de 02 a 05 salários mínimos, 50,1% não recebem nenhum benefício adicional. Quanto à análise da confiabilidade do ISP pelo Coeficiente Alfa de Cronbach resultou no valor de 0,94 e pelo Coeficiente Tau de Kendall em 0,87, demonstrando ser um instrumento confiável para medir o nível de satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU, em nosso meio. Quanto ao nível de importância atribuída aos componentes da satisfação profissional, identificamos que a equipe de enfermagem considerou o componente Autonomia como mais importante, seguido do componente Remuneração, Interação, Requisitos do trabalho, Normas Organizacionais e “Status” Profissional. Em relação ao nível atual de satisfação profissional, identificamos que estavam mais satisfeitos com “Status” Profissional, Autonomia, Interação, Remuneração, Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais. Mas, o nível real de satisfação profissional, calculado através da estatística, diz que estes profissionais estão mais satisfeitos com Autonomia, Remuneração, Interação, Requisitos do Trabalho, “Status” profissional e Normas organizacionais. O ISP em nosso trabalho foi de 8,6, indicando que a equipe de enfermagem do SAMU/Natal está pouco satisfeita no ambiente de trabalho.

Palavras-chaves: Satisfação Profissional, Equipe de Enfermagem, SAMU.

CAMPOS, Renata Moreira. **Satisfaction of Mobile Emergency Service (SAMU) nursing team on the work environment.** Dissertação (mestrado). 127p. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2005.

### ABSTRACT

Descriptive exploratory study, prospective with quantitative approach, performed on the Medical Regulation Central of SAMU/Natal, aiming to identify the level of professional satisfaction of the members of the nursing team working at SAMU/Natal; and verify the degree of importance attributed by the professionals to each of the components Professional Satisfaction: autonomy, interaction, professional "status", work requirements, organizational rules and remuneration. The population was of 60 professionals, with data collected from January to February 2005. We used an instrument translated and validated by Lino (1999) to the Portuguese language, the Professional Satisfaction Rate (PSR). The results demonstrate that there was a slight predominance of the female gender (54,9%); aged between 36 and 45 years old (60,8%); married (58,8%), 82,4% with children, 30,8% aged between 05 and 09. Regarding formation, we observed that 78,4% were nursing technicians and 21,6% nurses, formed for 11 to 15 years (17,5%). From the 11 nurses, 09 (81,8%) informed they have specialization, 29,4% of the team has been working for 11 to 15 years on the urgency area, 58,8% works for more than 02 years on SAMU, 72,6% of the team members have fixed work schedules. There was homogeneity on the work shifts: 41,2% on the day shift and 53% on the night shift. Regarding the reason to be working on SAMU, 64% chose to work in the service, and among these 76,3% predominantly perform direct care to the patients, 96,1% like and are satisfied to work in the service. Regarding the remuneration, 90,9% informed they receive 05 to 10 minimum wages; 70% of the technicians informed they receive -2 to 05 minimum wages, 50,1% informed they receive no additional benefit. The analysis of PSR through Cronbach's Alpha Coefficient resulted on the value of 0,94 and through Kendall's Tau Coefficient on 0,87, demonstrating to be a trustworthy instrument to measure the level of professional satisfaction of the SAMU nursing team, in our environment. As for the level of importance attributed to the components of professional satisfaction, we identified that the nursing team considered the Autonomy component as the most important, followed by the component Remuneration, Interaction, Work Requirements, Work Requirements, Organizational Rules and Professional "Status". Regarding the current level of professional satisfaction, we identified they were most satisfied with the Professional "Status", Autonomy, Interaction, Remuneration, Work Requirements and Organizational Rules. The real professional satisfaction level, calculated through statistics, however, tells these professionals are more satisfied with Autonomy, Remuneration, Interaction, Work Requirements, professional "Status" and Organizational Rules. The PSR in our work was of 8,6, indicating the SAMU Natal nursing team has little satisfaction on their work environment.

Keywords: Professional Satisfaction, Nursing Team, SAMU.

*“Na vida, é comum descobrirmos que nossa maior satisfação não vem da realização de alguma coisa, mas sim do esforço para consegui-la”.*

*(Marcílio Sampaio Santos)*

*INTRODUÇÃO*

# 1 INTRODUÇÃO

Pessoas fora do ambiente hospitalar com agravos à saúde, incluindo os acidentes e violências ou quadros clínicos agudos, no Brasil e no mundo, configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, tendo em vista o seu forte impacto na morbi-mortalidade da população (BRASIL, 2002a, BRASIL, 2003b).

Por esta razão, o transporte de pessoas para o ambiente hospitalar constitui uma necessidade entre todos os povos. A preocupação em associar os cuidados iniciais para manter a vida, ao transporte das vítimas até a chegada em um hospital, surgiu na França durante a Revolução Francesa no Século XVII, por iniciativa do estudante de medicina Dominique Larrey (SÃO PAULO, 2001a).

Em tempos atuais, no Brasil, a área de urgência é um importante componente de assistência à saúde. Isto tem resultado em uma crescente demanda por cuidados da equipe de saúde nesta área e contribuído para a sobrecarga de trabalho. O atendimento de urgência vem funcionando como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de real urgência, aqueles com quadros percebidos como urgência, as urgências sociais, assim como os desgarrados da atenção primária e especializada (CAMPOS et al., 2002, BRASIL, 2003b).

As necessidades imediatas, agudas ou de urgência da população são pontos de pressão que exigem respostas rápidas. O sistema de saúde deve ser capaz de acolher esta clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados de tratamento (BRASIL, 2003b).

Com base nesta necessidade, foi instituído, no Brasil, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) que corresponde aos cuidados prestados na cena do acidente e transporte da vítima até

chegar no Hospital de Referência\*. Esta assistência deve ser de tal qualidade que permita ao paciente chegar na instituição com vida e o mínimo de consequência possível (BRASIL, 2003b).

Com esta visão, o Ministério da Saúde, em consonância com o panorama da saúde no país, implementou a assistência pré-hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da portaria nº 1864/GM de 29/09/2003, estabelecendo, assim, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2003b).

Nesse contexto, este serviço surge como ordenador da assistência, enquanto forma de resposta às demandas de urgência, seja no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas, ou aonde o paciente vier a precisar. Atende os eventos traumáticos, clínicos, pediátricos, cirúrgicos, gineco-obstétricas e psiquiátricos.

O SAMU conta com equipes de Suporte Básico de Vida (SBV)\*\*, capacitadas para assistir os casos com risco moderado e Suporte Avançado de Vida (SAV)\*\* para os casos graves, que necessitam de resposta imediata e intervenção mais complexa. Funciona com uma regulação médica como elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar e faz o enlace com o nível hospitalar, podendo ser acionado pela população sempre que se fizer necessário.

A recepção, análise e priorização do atendimento acontecem através de uma Central de Regulação Médica que estabelece uma porta aberta de comunicação do público com o sistema de saúde, sendo o pedido de socorro acolhido no menor intervalo de tempo possível (BRASIL, 2003a, b).

---

\* O termo hospital de referência diz respeito à instituição de saúde que atende as urgências específicas de acordo com a área.

\*\* O termo SBV refere-se ao reconhecimento da parada cardíaca, acesso ao sistema de serviços médicos de urgência e a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) básica.

\*\*\* O termo SAV refere-se a RCP básica, manejo avançado de vias aéreas e intubação endotraqueal, desfibrilação de drogas e fluidos (MARTINS; SOUTO, 1999).

As autoridades municipais e estaduais de Natal/RN, compreendendo a importância de um serviço da natureza do SAMU, a crescente demanda de pacientes com agravo à saúde e as repercussões desta situação na sociedade em nossa realidade, tomaram condutas para instituir este atendimento na nossa cidade.

Após estudos preliminares, e seguindo as normas da Portaria nº 814/GM de 01/06/2001 do Ministério da Saúde, foi criado o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel SAMU/Natal, em 17 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002b).

Este serviço, sendo parte do Sistema de Saúde, deve ter um papel integrador das ações realizadas nas instâncias da assistência, academia, comunidade e colaborar na formulação de medidas e intervenção nas diferentes áreas do Sistema, como trânsito, locais de trabalho, educação e nos poderes públicos. Além disso, deve atuar como um sinalizador de problemas a serem enfrentados, na perspectiva de melhorar e qualificar o atendimento às urgências, diminuir o tempo de internação hospitalar e os prognósticos de reabilitação (SÃO PAULO, 2001a, b, BRASIL, 2003b).

Para atingir esse objetivo é necessário que o serviço trabalhe com uma equipe multiprofissional integrada e preparada para refletir positivamente sobre o paciente, uma vez que as possibilidades de sua recuperação estão diretamente relacionadas com a rapidez e eficiência dos serviços prestados na urgência.

De acordo com as diretrizes do SAMU, essa equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e o motorista. Estes profissionais, com exceção do motorista, que prestam os cuidados diretos às vítimas, devem ter, além da capacitação em SBV e SAV, disposição pessoal para a atividade, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa, equilíbrio emocional e autocontrole, atuando dentro dos limites e critérios necessários na prestação de um cuidado humanizado.

O médico é o profissional responsável pela Central de Regulação Médica e pelo atendimento às vítimas graves no pré-hospitalar, fazendo também parte da equipe que integra as viaturas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O enfermeiro faz parte desta equipe, prestando o atendimento ao paciente grave juntamente com o médico, o técnico de enfermagem e o motorista (condutor de veículo de urgência); atua também na supervisão e avaliação das ações de enfermagem da equipe no APH.

O técnico/auxiliar de enfermagem é o profissional que integra as viaturas de suporte básico ou avançado de vida, auxilia na assistência e presta cuidado direto ou à distância, sob supervisão do enfermeiro, observa, reconhece e descreve sinais e sintomas, de acordo com a sua competência, ministra medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina ou por aquele que está na ambulância, faz curativo, presta cuidados de conforto ao paciente e zela por sua segurança, realiza manobras de extração manual de vítimas (SÃO PAULO, 2001a).

O motorista (condutor de veículo de urgência) é um profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência, tanto o de suporte básico como o avançado.

Com estas funções pré-estabelecidas pelas Portarias nº 814/GM de 01/06/01 e 2.048/GM de 05/11/02 do Ministério da Saúde, os profissionais que trabalham nesta área sofrem de intensa pressão pela necessidade de ter respostas rápidas em relação aos casos com que se deparam em seu dia-a-dia. Enfrentam também situações limítrofes de vida e sofrimento, e, portanto, estão num processo constante de ajustes e reajustes para alcançarem o equilíbrio. Esta exigência de manter a sintonia se deve ao ritmo acelerado de trabalho e à constante presença de fatores intervenientes que colaboram com o desgaste destes profissionais, podendo gerar insatisfação no trabalho (CHAVES, 1994, ANTUNES; SANT ANNA, 1996, BRASIL, 2002b, BRASIL, 2003b).

Em algumas pesquisas realizadas, foi observado que vários fatores podem levar à insatisfação e entre eles destaca-se a incorporação de atividades cada vez mais técnicas e especializadas, a necessidade de priorizar as urgências, de tomar decisões e resolver problemas; a exigência de habilidades e competências devido à qualidade de trabalho desenvolvido e a busca pela satisfação profissional dentro do processo de cuidar. Somam-se ainda as características peculiares no atendimento às urgências, em que o profissional lida direta ou indiretamente com questões ligadas à vida e à morte, a responsabilidade legal pela segurança dos pacientes. Todas essas variáveis contribuem para o desgaste emocional da equipe de saúde (CHAVES, 1994, ANTUNES; SANT ANNA, 1996).

Por todas estas razões é reconhecido que a atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida, é também uma forma de inserção social, onde aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados e que o trabalho pode ser fonte de prazer e satisfação, mediador de saúde, ou, ao contrário, atuar como potencial nocivo na vida das pessoas. Nesse último caso, podem surgir diversos fatores relacionados às doenças da sociedade moderna, como hipertensão, infarto agudo do miocárdio, insônia, alcoolismo, entre outros (LUNARDI FILHO, 1997, AGUIAR et al., 2000).

Dentro dessa abordagem, compreendemos que o ser humano é, ao mesmo tempo, objeto e agente do cuidar, passível de ser influenciado pelas características e elementos ocupacionais do trabalho, em seu bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, entendemos que o indivíduo pode estar tecnicamente qualificado para ocupar determinada função na equipe, mas pode não se ajustar às condições psicossociais que a mesma exige. É visto, pois, que algumas coisas percebidas e vividas por uns como um desafio estimulante e gratificante, para outros pode representar uma ameaça a ser enfrentada. Percebemos, porém, que o equilíbrio interno de uma instituição de saúde pode ser afetado pelo nível de satisfação dos profissionais que ali trabalham e concluímos que a satisfação das necessidades psicossociais

na situação de trabalho é de fundamental importância para melhorar a sua produtividade e está diretamente ligada à motivação (DI LASCIO, 1980, LIMA, 1996, LINO, 2004).

Partindo do pressuposto de que a motivação leva à satisfação, Lima (1996) define satisfação como o estado em que o trabalhador tem disposição e vontade de trabalhar produtivamente. Já a motivação é o impulso para a satisfação, e, em geral, visa ao crescimento e desenvolvimento pessoais e, como consequência, o organizacional, sendo vista como o grau de vontade e dedicação de uma pessoa na tentativa de desempenhar bem uma tarefa. O indivíduo só se motiva quando se sente estimulado para isso, sendo a necessidade que energiza o comportamento, a disposição ou vontade para trabalhar produtivamente.

Tomando por base as definições acima, compreendemos que a satisfação das necessidades no trabalho pode levar a motivar a equipe de saúde influenciando, assim, os demais membros de forma positiva. Sendo assim, as tarefas poderão ser desempenhadas de forma harmoniosa e produtiva e, conseqüentemente, melhorarão o desempenho profissional. Um membro da equipe insatisfeito, desmotivado, desgastado pode desestruturar todo o grupo, tornando o clima no ambiente de trabalho difícil de ser controlado, “contaminando” os outros membros e, conseqüentemente, isso refletirá no seu relacionamento e cuidado com o paciente.

Mesmo considerando de grande importância o cuidado prestado, pela equipe de saúde e, em especial, a de enfermagem que exerce as suas atividades no SAMU à população, identificamos como sendo fundamental que trabalhem motivados de modo a apresentarem satisfação das suas necessidades básicas. Sendo assim, conseguirão atingir o seu limiar e, com isto, prestar um cuidado mais humanizado. É importante lembrar que, de acordo com a Teoria de Maslow, a satisfação das necessidades humanas segue uma hierarquia de importância e de influência no homem. E somente quando um nível inferior de necessidades está satisfeito é que o nível imediatamente mais elevado surge no comportamento humano (OLGUÍN, 2003; SERRANO, 2003).

Por estas razões, e por ser o SAMU um serviço de atividades tão complexas e estressantes, que demandam um desgaste físico e emocional tão intenso, entendemos como de extrema relevância diagnosticar a satisfação dos profissionais de enfermagem dentro do seu contexto de trabalho no SAMU/Natal, a fim de entender os fatores que podem levar à satisfação de suas necessidades, melhorando, assim, a qualidade de suas vidas e os cuidados prestados à sociedade.

Partindo do pressuposto de que a motivação pode levar à satisfação, elaboramos alguns questionamentos:

- Qual o nível de satisfação dos membros da equipe de enfermagem que trabalham no SAMU?
- Qual o grau de importância atribuída pelos profissionais de enfermagem do SAMU a cada um dos componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração?

Para medirmos o nível de satisfação destes profissionais, buscamos na literatura subsídios para elaborar um instrumento capaz de responder os nossos questionamentos. Tivemos acesso a vários questionários como os que se seguem: Job Satisfaction Index (BRAYFIELD; ROTHE, 1951 apud WAKEFIELD et al., 1988); Job Descriptive Index (SMITH; KENDALL; HULIN, 1969 apud HARRISON; MCLAUGHLIN, 1993); Job Satisfaction Tool (MUNSON-HEDA, 1974 apud LINO, 1999); Job Diagnostic Survey (HACKMAN; OLDHAN, 1975 apud BOUMANS; LANDEWEERD, 1994); Job Characteristics Inventory (SIMS; SZILAGYI; KELLER, 1976 apud MISENER et al. 1996); Price and Mueller’s Satisfaction Instrument (PRICE; MUELLER, 1986 apud BOYLE; POPKESS-VAWTER; TAUNTON, 1996); Nursing Job Satisfaction Scale (TORRES, 1988); McClaskey/Mueller Satisfaction Scale (MUELLER; MCCLOSKEY, 1990); Perceptions of

the Nurses' Workplace (PNW) Questionnaire (DODDS; LAWRENCE; WEARING, 1991); Satisfaction with the Clinical Ladder Scale (CORLEY et al., 1994); Work Quality Index (WHITLEY; PUTZIER, 1994); Job Satisfaction Questionnaire (MATRUNOLA, 1996), Index of Work Satisfaction (IWS) (STAMPS, 1997a, b).

De acordo com os autores consultados, não há consenso sobre qual instrumento utilizar. Entendemos, porém, que a escolha irá depender da base teórica utilizada na investigação e que possa ser aplicado em culturas e locais diferentes, o que facilita comparações.

Dentre os vários instrumentos que medem satisfação, destacamos o **Index of Work Satisfaction (IWS)**, construído e validado por Paula L. Stamps (STAMPS, 1997a, b). Trata-se de um instrumento destinado ao estudo da satisfação profissional de enfermeiras, com um histórico de vinte e cinco anos, desde sua criação em 1972, até a publicação de sua última versão revisada, em 1997 (ANEXO VII). Foi traduzido e validado no Brasil por Lino (1999), como um dos seus objetivos da dissertação de Mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, denominado Índice de Satisfação Profissional (ISP) (ANEXO VIII) (LINO, 1999).

O interesse em utilizar o ISP se deve ao fato do seu desenho corresponder aos objetivos da nossa pesquisa. E também pela razão da existência de um instrumento validado, confiável, de fácil aplicação, que meça o nível de satisfação entre profissionais de enfermagem, garantir a confiabilidade do instrumento e, conseqüentemente, dos dados obtidos.

Sendo assim, decidimos por usá-lo com os seguintes objetivos: identificar o nível de satisfação dos profissionais de enfermagem do SAMU/ Natal e verificar o grau de importância atribuída pelos profissionais de enfermagem a cada um dos componentes da satisfação

profissional: autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração.

O desenvolvimento deste trabalho justifica a preocupação em garantir um ambiente de trabalho que traga satisfação ao profissional de enfermagem e, conseqüentemente, a melhoria do profissional como cuidador.

É importante ressaltar a significância desta pesquisa para a enfermagem, tendo em vista que não encontramos trabalhos publicados que vislumbrem esta temática no Brasil, especificamente no SAMU. Identificamos na literatura internacional a pesquisa realizada por Sarella; Paravic (2002), que trata da satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no SAMU/Chile.

Chaboyer; Najman; Dunn (2001) ressaltam a importância de estudos como este, que buscam uma maior compreensão dos componentes do trabalho, para que influenciem a equipe de enfermagem positivamente, valorizando seu trabalho e aumentando sua satisfação em relação a ele. Schmidt (2004) enfoca que estudos desta natureza são restritos, principalmente envolvendo toda a equipe de enfermagem.

Esperamos que os resultados deste trabalho possam trazer subsídios para ajudar os dirigentes das unidades de saúde compreenderem melhor os fatores desencadeantes de satisfação da equipe de enfermagem. Conhecendo esses dados possam trabalhar cada vez mais a motivação nestes profissionais para que as suas necessidades sejam satisfeitas, melhorando a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, a assistência prestada. Pretendemos também que os resultados possam estimular e subsidiar pesquisas futuras nesta área.

## 2 OBJETIVOS

Compreendendo a importância de um instrumento que possa medir o Índice de Satisfação Profissional (ISP), pretendemos com ele:

- Identificar o nível de satisfação profissional dos membros da equipe de enfermagem que trabalham no SAMU/Natal;
- Verificar o grau de importância atribuída pelos profissionais de enfermagem do SAMU/Natal a cada um dos componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Para melhor compreendermos o nosso objeto de estudo, neste capítulo realizamos um breve histórico sobre os modelos de atenção pré-hospitalar (APH) da França e Estados Unidos (EUA), chegando aos nossos dias, no Brasil. Trouxemos à tona a importância do SAMU, suas diretrizes, a composição da equipe e a função atribuída a cada um.

#### **3.1 HISTÓRICO DO SAMU**

A assistência e o transporte de pessoas feridas surgiu na França, durante a Revolução Francesa e foi idealizada por Dominique Larrey, estudante de medicina. Isso ocorreu após observar a negligência por parte dos cirurgiões no atendimento aos feridos nos campos de batalha ao serem transportados para os hospitais em pesadas carruagens. O estudante, preocupado com esta atitude, equipou carroças de duas rodas e começou a utilizá-las no campo de batalha junto aos soldados, ao mesmo tempo provendo medidas imediatas de primeiros socorros e transporte para os hospitais de campanha (SÃO PAULO, 2001a).

Porém, só em 1955, foram criadas, nesse país (França), as primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como missão inicial à assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito, a manutenção da vida e as transferências inter-hospitalares. Com o desenvolvimento do SAMU já na década de 60, os médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar pacientes clínicos e traumatizados nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Foi, então, constatada a necessidade de um treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando pelos cuidados básicos e avançados

essenciais, centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequada (LOPES; FERNANDES, 1999).

O modelo francês de APH ora citado tem como pilar o médico, tanto na Regulação do Sistema como no atendimento e monitoramento do paciente, até à recepção hospitalar. É um serviço ligado ao Sistema de Saúde, hierarquizado e regionalizado, ligado aos centros hospitalares. Vem sendo validado há vários anos, como um importante instrumento de ações em saúde, na medida em que permite o conhecimento das reais necessidades do paciente, e dos recursos disponíveis para a prestação da assistência. Tem servido de modelo para a construção dos serviços de urgência brasileiros (SÃO PAULO, 2000, FERNANDES, 2004).

Diferente do modelo francês, o modelo americano trabalha com paramédicos e, com a experiência de combate na Coreia e no Vietnã, foram criados serviços de APH em algumas cidades dos EUA, utilizando-se pessoas treinadas. O médico não se desloca em ambulâncias, exceto em desastres de massa. Através do número 911 é enviado o SBV, do qual participam policiais, bombeiros e ambulância ou, se necessário, SAV, que além desses profissionais, inclui também os técnicos de emergência médica (CUNHA; SANTOS, 2003).

Inserido nesse modelo de APH dos EUA é ressaltada a participação das Flight Nurses (FN), que se iniciou na década de 40, onde as enfermeiras militares atuavam no transporte de feridos durante os conflitos, e, mais tarde, na década de 60, as FN começaram a fazer parte das equipes de APH civis (SÃO PAULO, 2000).

Em 1970, foi criada a Associação de Enfermagem em Emergência, com o objetivo de fornecer programas de instrução para que houvesse uma linguagem comum entre esses profissionais. O nome desta entidade foi mudado em 1985 para Associação da Enfermeira da Emergência, ressaltando o papel desta profissional na urgência. Entre as proposições desta associação está o desenvolvimento dos protocolos de atendimento ao trauma, que possibilitem

ao enfermeiro atuar com um maior grau de independência nos cuidados prestados aos pacientes de trauma (THOMAZ; LIMA, 2000, FERNANDES, 2004).

No Brasil, por muitos anos, as ambulâncias foram consideradas mais como Sistema de Transportes do que como unidade de atendimento e cuidados precoces. Estas atividades tiveram início a partir de 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa, passando a funcionar nos moldes do serviço europeu, por meio de carruagens. Desde então o Estado procurou responsabilizar-se pela missão do transporte de vítimas e acidentados para os hospitais (SÃO PAULO, 2001b).

Porém, só em 1893, o Senado da jovem República Brasileira aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública. Neste período, o Rio de Janeiro, capital do país, contava com uma população em torno de 522 mil habitantes. Poucos anos depois, em 1904, foram instalados postos de Pronto Socorro, quando o então Prefeito Pereira Passos encomendou na Europa várias ambulâncias (SÃO PAULO, 2001b).

Estas ambulâncias eram distribuídas como uma moeda política, com grande identificação do doador, e também do governante que a havia conseguido. E foi a partir de 1975, com a Lei 6229, que o município ficou com a responsabilidade do atendimento às urgências, através de serviços próprios, conveniados ou transferidos para localidades com recursos. Esta função de transporte foi cumprida até recentemente, independente do estado do paciente, pois contava como recurso humano apenas um motorista “ágil” no volante (SÃO PAULO, 2001b).

Este tipo de atividade se prolongou por quase uma década, e só em 1982 foi implantado o serviço de Resgate no Distrito Federal sob responsabilidade do Corpo de Bombeiros e operacionalizado através de viaturas Unidade Tática de Emergência (UTE). Quatro anos depois (1986), criou-se no Rio de Janeiro o Grupo de Socorro de Emergência

(GSE), operacionalizado por viaturas com uma equipe composta por médico e dois enfermeiros da própria equipe de saúde do Corpo de Bombeiros (SÃO PAULO, 2001b).

Nessa mesma década foi instituído o SAMU, através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por solicitação do Ministério da Saúde. O modelo francês de APH possui viaturas de suporte avançado e exige a presença do médico e do enfermeiro, diferentemente dos moldes americanos em que as atividades de resgate são exercidas primariamente por profissionais paramédicos (profissional este não existente no Brasil). Com a criação desse serviço, o conceito de ambulância, nas grandes cidades, deixa de ser o de Sistema de Transporte e Remoção e se incorpora, como parte do Sistema de Saúde, com a função de diminuir o intervalo terapêutico nas urgências (LOPES; FERNANDES, 1999).

São Paulo foi um dos primeiros Estados da Confederação a utilizar o APH tendo tomado grande impulso a partir de 1989, após ter sido instituído oficialmente o SAMU – RESGATE, através de Resolução conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria de Segurança Pública (SSP) – Corpo de Bombeiros. Gradativamente ao longo da década de 90 vários outros Estados implantaram seus serviços de APH, sempre em parceria com o Corpo de Bombeiros (SÃO PAULO, 2001b).

Ainda nessa década, ocorreram alguns eventos importantes para a formulação de políticas nacionais de atenção às urgências, como o Fórum de Discussão para a implantação dos sistemas de urgência em 1993, na cidade de Brasília-DF. Dois anos depois (1995), ocorreu o I Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar - Urgências e Trauma, realizado em Porto Alegre-RS, quando foi criada a Rede 192, denominada Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE). No ano seguinte (1996), em Campinas-SP, houve o Seminário Anual da RBCE e em 1997, também em Campinas-SP, aconteceu o primeiro curso nacional de regulação médica, durante o III Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar às Urgências, promovido pela RBCE (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001).

Durante o IV Congresso Internacional da RBCE, já no ano 2000, na cidade de Goiânia-GO, foram desenvolvidas as bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências. Três anos depois, o Ministério da Saúde lança no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Sistema de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) (DE NEGRI FILHO et al., 2000, FERNANDES, 2004).

Hoje, são 70 os SAMUs implantados e em funcionamento no país. Ao todo são 266 municípios atendidos, num total de 62 milhões de pessoas. Entre as capitais brasileiras, este serviço está presente em São Paulo, Recife, Natal, Fortaleza, Belém, Curitiba, Porto Alegre, Belo Horizonte, Aracaju, João Pessoa, Goiânia, Maceió, São Luís, Teresina, Palmas, Campo Grande, Rio de Janeiro, Porto Velho, Rio Branco e Salvador (BRASIL, 2005a).

### **3.2 COMO FUNCIONA O SAMU**

Para compreendermos melhor o SAMU e sua composição, fizemos um resgate do seu papel social, sua estrutura e equipe deste serviço.

O SAMU é entendido como uma atribuição da área de saúde, vinculado a uma central de regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades da população de um município ou região. Deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde devidamente regulada, conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

O componente pré-hospitalar móvel, composto pelos Serviços de Atendimento Móveis às Urgências - SAMU-192, foi eleito, pelo governo federal, como primeira ação no enfrentamento às urgências pelo alto potencial de impacto de preservação da vida, capacidade de "observatório do sistema e da saúde da população" e capacidade de intervenção nos fluxos

de pacientes urgentes em todos os níveis do sistema, por meio da regulação médica (BRASIL, 2003b).

A Regulação Médica é um neologismo criado para uma nova função e conceito no que concerne à gestão dos fluxos de oferta de cuidados médicos. Consiste em uma forma organizada de responder a toda situação de urgência que necessite de meios médicos a fim de evitar o uso inadequado de recursos. É considerada a gestão do fluxo de oferta de cuidados médicos urgentes de forma harmônica, proporcional, regularizada, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como finalidade o ato de regular, isto é, guiar, orientar, ajustar, sujeitando a regras, de forma organizada, todas as respostas às situações de urgência em um município ou região (SÃO PAULO, 2001a, b).

A Regulação Médica é ainda o elemento ordenador e orientador do APH e faz o enlace com o nível hospitalar e incluem duas dimensões de competência: a decisão técnica em torno dos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis. O profissional médico responsável por essa função tem a competência técnica de julgar e decidir sobre a gravidade do caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, e enviar os recursos necessários ao atendimento. Monitora e orienta também o atendimento realizado por outro profissional de saúde habilitado, por médico intervencionista ou por um popular (pessoa da comunidade). Define e aciona o Hospital de Referência ou outro meio necessário ao atendimento (SÃO PAULO, 2001a, b).

A outra competência do médico regulador refere-se à decisão gestora dos meios disponíveis. Cabe a ele, nesta dimensão, decidir sobre qual recurso deve ser mobilizado frente a cada caso, procurando, dentre suas disponibilidades, a resposta mais adequada (SÃO PAULO, 2000, SÃO PAULO, 2001a, b).

Este atendimento ocorre da seguinte maneira: ao receber o chamado na Central de Regulação, o técnico auxiliar de regulação médica (TARM) faz a recepção, identificando a

chamada. Inicialmente deve-se acalmar o solicitante, anotar sua localização da forma mais precisa possível, com dados detalhados do local, ponto de referência e o motivo da chamada de ajuda, passando o caso imediatamente para o médico regulador. É importante descartar a possibilidade de trote, pois este é um comportamento adotado com muita frequência pela população, acarretando um comprometimento do fluxo de atendimento.

Ao abordar o caso, o médico regulador deve considerar inicialmente a origem da chamada (via pública, domicílio, serviço de saúde, entre outros) e a natureza do solicitante (leigos, profissionais de áreas afins, profissionais de saúde não-médicos, médicos) enviando a seguir o recurso mais adequado.

Na chegada dos profissionais à cena do evento, deve ser realizada uma avaliação local do acidente ou agravo à saúde considerando que o atendimento às vítimas envolve uma série de ações complexas e diversos fatores agravantes tais como: tipo de acidente, mecanismo do trauma local e número de vítimas, ou, nos casos clínicos, o tipo de patologia envolvida.

O exame da vítima e o atendimento são específicos para cada caso, conforme protocolo previamente estabelecido. A equipe que realizou o cuidado é responsável pela vítima até sua chegada no Hospital de Referência já contatado, para tratamento definitivo. Durante o transporte todos os esforços devem ser feitos garantindo a manutenção da vida, a segurança e a estabilidade. A melhor, a mais segura e rápida rota deve ser estabelecida pelo condutor do veículo de socorro (SÃO PAULO, 2000, SÃO PAULO, 2001b).

Para que o atendimento pré-hospitalar seja de qualidade, é necessária a existência de profissionais escolhidos de forma minuciosa e com alto nível de capacitação em atendimento pré-hospitalar, atendimento de urgência, rádio-comunicação, abordagem sobre o sistema de saúde local, as rotinas do serviço e um perfil adequado e competências específicas.

O trabalho no SAMU é multiprofissional e sua equipe é composta pelo médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e o motorista.

O **Médico** deve ter um perfil que reúna equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa e facilidade de comunicação, destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis, comprometimento com o serviço e as diretrizes do SUS, criatividade, responsabilidade, bom senso.

Este profissional ainda deverá possuir competências para julgar e decidir sobre a gravidade de um caso, enviar os recursos necessários, exercer a regulação médica do sistema, conhecer a rede de serviços da região, obedecer às normas técnicas vigentes no serviço, prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias de suporte avançado, realizando os atos médicos possíveis e necessários em nível pré-hospitalar, exercer o controle operacional da equipe assistencial, garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, obedecer ao código de ética médica.

O **Enfermeiro** necessita ter equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa e facilidade de comunicação, disposição para cumprir ações orientadas, destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis, comprometimento com o serviço e as diretrizes do SUS, criatividade, responsabilidade, bom senso.

Quanto às suas competências, o enfermeiro deve estar apto a supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no APH móvel, executar prescrições médicas por telemedicina, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Deverá também prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato, realizar partos sem distócia, participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada, fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes a sua profissão, subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe, obedecer a Lei do Exercício

Profissional e o Código de Ética de enfermagem, conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

**O Técnico/Auxiliar de Enfermagem** deve ser maior de dezoito anos, ter disposição pessoal, capacidade física e mental para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade para trabalhar em equipe, disposição para cumprir ações orientadas.

Em relação às competências desses profissionais, eles devem auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem, prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro, observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação, ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina, realizar manobras de extração manual de vítimas.

**O Motorista** deve ser maior de vinte e um anos, ter disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, capacidade para trabalhar em equipe.

Suas competências são as seguintes: conduzir o veículo de urgência destinado ao atendimento e transporte do paciente, conhecer o veículo e seus equipamentos, realizar a manutenção do veículo, comunicar-se com a central de regulação médica e seguir suas orientações, conhecer a malha viária local, como também a localização dos estabelecimentos de saúde locais, auxiliar a equipe de saúde no suporte básico de vida, nas imobilizações e transporte de vítimas (SÃO PAULO, 2000, SÃO PAULO, 2001a, BRASIL, 2002b, BRASIL, 2003b).

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

Transcorremos neste item acerca dos fundamentos da Teoria da Motivação e sobre a satisfação no trabalho da enfermagem, que serviu de suporte teórico para esta pesquisa; por fim, trouxemos para conhecimento algumas pesquisas sobre satisfação no trabalho de enfermagem que tivemos acesso e os instrumentos de medida de satisfação profissional no campo da enfermagem.

### **4.1 MOTIVAÇÃO RELACIONADA AO TRABALHO**

O estudo da motivação no trabalho pressupõe que devemos procurar compreender a atitude de um indivíduo frente a fatores desencadeantes de satisfação/insatisfação das suas necessidades. No entanto, esta abordagem é bastante complexa e subjetiva, pois existem diferentes concepções sobre motivação. Porém, é consenso geral dos estudiosos no assunto que a motivação é intrínseca, isto é, está relacionada à personalidade do ser humano (BERGAMINI, 1990, SANTOS, 1992, KONDO, 1994).

De acordo com os estudiosos do tema, motivação é um processo que implica na vontade de efetuar um trabalho ou de atingir a um objetivo. É o estímulo que as pessoas possuem de trabalhar e implica “mexer com o coração e a mente dos indivíduos”. Um ambiente que se mostra cada vez mais complexo é aquele que diz respeito ao ambiente das organizações onde os indivíduos exercem suas atividades. A razão de as pessoas trabalharem não é meramente ganhar dinheiro. Existem motivos mais importantes, além da remuneração, que nos mantém a procura de trabalho. A questão no processo da motivação humana é procurar alcançar esses motivos. Os seres humanos naturalmente buscam chegar à sua auto-realização através da consecução de objetivos pessoais, enquanto que as organizações se

mostram preocupadas em atingirem seus objetivos e resultados palpáveis (BERGAMINI, 1990, KONDO, 1994).

A motivação depende dos fatores intrínsecos de cada indivíduo e dos incentivos presentes em determinados momentos que influenciam o comportamento, como os fatores ambientais, capazes de satisfazer os motivos correspondentes. As pessoas estão voltadas para a busca dos seus próprios fatores de satisfação motivacional (ANGELINI, 1973).

Os primeiros trabalhos acerca da motivação demonstraram preocupação em encontrar os modos pelos quais o indivíduo poderia ser motivado e aplicar mais do seu esforço e talento a serviço do seu empregador. Atualmente existe uma busca maior na compreensão da motivação do empregado (BERGAMINI, 1990).

Com relação a essa temática, observa-se que, quando as pessoas que estão envolvidas numa tarefa estiverem suficientemente motivadas, conseguirão superar quaisquer tipos de dificuldades. Independente do trabalho é importante motivá-las, sendo uma das condições fundamentais para atingir os seus objetivos. É importante também colocar em prática um tipo de organização com métodos gerenciais que preservem a atitude positiva dos empregados e estimulem sua vontade de trabalhar. Por mais excelente que seja a organização, ela tornar-se-á inútil ou improdutiva, se as pessoas que lá trabalham não se sentirem motivadas (KONDO, 1994).

O estar motivado torna-se essencial para o ser humano dentro de uma instituição de saúde, para que possa desenvolver suas atividades com satisfação, contribuindo para o sucesso da assistência prestada. E, segundo Lawer (1973) apud Cura; Rodrigues (1999), o estudo da satisfação no trabalho da enfermagem parte do pressuposto básico que a motivação influencia no desempenho do trabalhador e pode atuar sobre inúmeras facetas do comportamento, desde o profissional até o social, interferindo em sua saúde mental.

Consideramos, pois, que a motivação é uma resposta mental que determina a direção do comportamento de cada indivíduo.

Diante da multiplicidade teórica no domínio da motivação, quem estuda este tema não pode adotar uma posição rígida e inflexível, seguindo à risca uma teoria e desprezando a contribuição das demais. Torna-se essencial conhecer as diversas teorias e aplicar a que mais se adapta ao seu estudo na prática (ANGELINI, 1973).

Baseadas nestes dados faremos a seguir uma apresentação acerca das teorias que fundamentam a motivação.

### **Teorias Monistas e Pluralistas**

As teorias da origem da motivação estão classificadas em **monistas** e **pluralistas**. As **teorias monistas** reduzem toda a motivação a um único motivo, a fim de compreender e interpretar o comportamento humano à luz desse motivo considerado. Os defensores desta teoria dizem que, uma vez descoberto um motivo de importância relevante, procura universalizar suas inferências, a fim de entenderem e interpretarem este comportamento à luz desse motivo (ANGELINI, 1973).

Nas **teorias pluralistas** são estabelecidos quatro modelos teóricos (modelo da sobrevivência, da intensidade do estímulo, padrões de estímulo, antecipação de mudança afetiva) para demonstrar o problema das fontes da motivação e suas conseqüências no comportamento (ANGELINI, 1973).

No **modelo da sobrevivência** ou da **conservação da espécie**, os motivos seriam dependentes ou derivados das necessidades biológicas, principalmente das relativas à nutrição e à atividade sexual. O segundo modelo, o **da intensidade do estímulo**, é baseado na relação existente entre a atividade e a motivação. Considera o motivo como um estímulo forte que

impele à ação. “Qualquer estímulo pode tornar-se um motivo (“drive”) se for bastante forte. Quanto mais forte o estímulo, maior função de motivo possuirá”. Já o terceiro modelo teórico diz que a fonte da motivação não seria simplesmente a intensidade de qualquer estímulo, mas sim, certos padrões de estímulos de determinada natureza. **A motivação implicaria na existência de uma seqüência de fases organizadas.** O quarto modelo teórico define **o motivo como uma antecipação de uma mudança afetiva, em termos de comportamento de aproximação e rejeição.** Qualquer pista que desperte o prazer ou a dor é motivadora (ANGELINI, 1973).

Uma concepção das modernas teorias da motivação é a do seu caráter tensional. Os motivos seriam tensões, criadas por estados deficitários (necessidades) que dão energia ao organismo para restaurar o equilíbrio rompido. Nesta visão, nenhum comportamento existe sem uma causa motivadora que o determine, isto é, os motivos orientam o indivíduo para certos objetivos. O conhecimento da motivação é a chave do controle do comportamento humano e é de suma importância considerar a intensidade dos diferentes motivos, para que haja um controle mais eficiente (ANGELINI, 1973).

A teoria da motivação de Lewin realça o aspecto de tensão criada no organismo como uma força psicológica que move o indivíduo na direção de um alvo. E essa tensão seria aliviada quando o alvo fosse atingido (ANGELINI, 1973).

Angelini (1973) diz que certos motivos são mais intensos em alguns indivíduos do que em outros, dependendo da personalidade e experiência de vida de cada um. Vários sujeitos podem realizar a mesma atividade, animados por motivos diferentes, podendo também ocorrer o inverso, agirem diferentemente, embora a situação motivadora seja a mesma. O comportamento humano não é resultado da ação de um único motivo, mas sim de um complexo motivador presente a cada momento no indivíduo e susceptível de alterações, em função da predominância de uns ou de outros motivos (ANGELINI, 1973).

A teoria freudiana leva ao extremo o princípio de que todo comportamento humano é motivado, tem razões definidas e identificáveis e constitui o melhor índice para a interpretação da conduta humana.

### **Teorias Cognitivas**

Platão e Aristóteles, antigos filósofos, e os modernos como Descartes, Hobbes e Spinoza tinham uma concepção de que o homem era um ser racional, com desejos conscientes e usa sua capacidade para satisfazê-los. Tomando como base esta teoria, Murray (1983)\* apud Santos (1992) afirma que a noção de vontade do homem desempenhou um importante papel nessas teorias. E desde que o indivíduo possa controlar sua vontade é responsável pelas suas ações. Em outras palavras, esta teoria se fundamentou na questão da racionalidade humana e no uso da vontade individual, no sentido de alcançar desejos e objetivos conscientes.

### **Teoria do Instinto**

Esta teoria teve sua origem na teoria de Charles Darwin de acordo com Frota Neto (1983) \*\* apud Santos (1992). Foi utilizada pela psicologia em seu estudo da motivação, especialmente nos trabalhos de Sigmund Freud e William McDougall, quando desenvolveram a Doutrina do Instinto como um importante conceito explicativo em psicologia. Instintos são padrões de comportamento, aparentemente não aprendidos e típicos de uma única espécie (COFER, 1980 apud SANTOS, 1992).

---

\* MURRAY, E. J. **Motivação e emoção**. 5 ed. Rio de Janeiro: Zahar,1983.

\*\* FROTA NETO, A. **Um estudo sobre motivação nas teorias das organizações**. Fortaleza: Universidade do Ceará, 1983.

McDougall postulou a teoria hórnic (do grego que significa instinto animal), baseada na motivação humana por meio dos instintos de natureza semelhante aos dos outros animais. Ele acreditava que todos os processos vitais são fundamentados na intencionalidade e o comportamento dos homens e de outros animais são caracterizados pela luta na busca de fins e objetivos (VERNON, 1971\* apud SANTOS, 1992).

Mesmo que esta teoria não tenha sido valorizada, caindo no esquecimento, nunca foi totalmente abandonada. Os etologistas Lorez e Tinbergen a utilizaram em inúmeros experimentos e observações sobre os padrões de comportamento em animais (EVANS, 1982\*\* apud SANTOS, 1992).

### **Teoria do Impulso**

Esta teoria surgiu com o trabalho de Robert S. Woodworth, que descreve o Impulso como uma energia que impele um organismo à ação, em contraste com os hábitos que orientam o comportamento numa outra direção. Foi desenvolvida a partir do conceito de homeostase que, segundo Lobos (1975)\*\*\* apud Santos (1992), é considerado o momento em que o corpo se desvia do seu estado de equilíbrio, por alguma privação, iniciando um estado de tensão seguido de um acionamento, em busca daquilo que irá fazer o homem voltar ao seu estado homeostático.

É importante ressaltar que nos últimos tempos tem havido um grande interesse por parte dos psicólogos com os fatores extrínsecos da motivação, contrastando com os determinantes intrínsecos e homeostáticos.

---

\* VERNON, M. D. **Motivação humana**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1971.

\*\* EVANS, P. **Motivação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

\*\*\* LOBOS, J. Teoria sobre motivação no trabalho. **Revista Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 17-25, mar/abr 1975.

Com todas as teorias motivacionais apresentadas, sentimos que não há como fazer uma separação entre elas, o que dificulta a comparação das teorias gerais e específicas que existem sobre a motivação no trabalho.

Essa situação foi minimizada após os estudos feitos por Campbell. Ele apresentou um esquema de classificação que dividiu as teorias em dois grandes grupos:

“As teorias motivacionais de conteúdo englobam, especificamente, variáveis individuais ou situacionais que se supõem responsáveis pela conduta (...) As teorias motivacionais de processo, por sua vez, objetivam explicar o processo pelo qual a conduta se inicia, se mantém e termina. Estas teorias operam com variáveis maiores de processo e explicam a participação de cada um, bem como a natureza de sua interação” (LOBOS, 1975 apud SANTOS, 1992).

Três grandes estudiosos (Abraham Maslow, Frederick Herzberg e David McClelland) são enquadrados nas teorias motivacionais de “conteúdo”.

### **A Teoria da Hierarquia das Necessidades de Abraham H. Maslow**

A teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas foi desenvolvida na década de 40 por Maslow relacionada à satisfação das necessidades humanas associada à motivação. É conhecida como uma das mais importantes teorias de motivação. Segundo Maslow a satisfação das necessidades acontece em ordem ascendente, ou seja, uma necessidade inferior deve ser satisfeita antes que a mais elevada, que se segue, possa emergir. No momento em que o indivíduo satisfaz uma necessidade, imediatamente surge outra em seu lugar, exigindo que as pessoas busquem meios para satisfazê-las. Ele postulou a existência de uma hierarquia, na qual o indivíduo priorizava suas necessidades. As enumerou em ordem decrescente de importância, e as denominou “necessidades humanas básicas”, distribuídas na seguinte ordem: primeiro a fisiológica, seguindo da segurança, a social, a de estima e a de auto-realização. Reconheceu que a necessidade mais importante não precisaria estar totalmente satisfeita para a menor emergir e que existiam pessoas que lutavam para satisfazer mais de

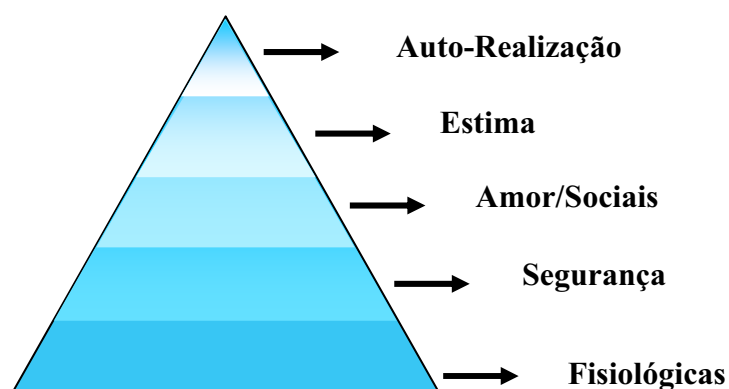
uma necessidade por vez, nem sempre respeitando a escala de prioridades. É incontestável o fato dos indivíduos terem necessidades e lutarem para satisfazê-las, pois são elas que energizam o comportamento no processo motivacional (DI LASCIO, 1980, CUNHA, 1989, MOURA, 1992a, LIMA, 1996, SERRANO, 2003).

Diz o autor que as pessoas têm necessidades de crescer e se desenvolver, porém, variam de um indivíduo para outro, no que se refere a sua manifestação e forma de expressão.

Essa teoria é bem aceita por grande número de psicólogos e, segundo Chiavenato (1983), a sua estrutura oferece um esquema orientador e útil para o comportamento do administrador.

Baseia-se em dois agrupamentos: deficiência e crescimento. As necessidades de deficiência (déficits no organismo) são as fisiológicas, de segurança, de afeto e estima, enquanto que as de crescimento relacionam-se ao auto-desenvolvimento e auto-realização humana como mostra a Figura 01.

**FIGURA 01** - Hierarquia das Necessidades – Pirâmide Motivacional



---

Fonte: Adaptado de Chiavenato, 1994, p. 170

Na base da pirâmide estão as necessidades mais primitivas e no topo as mais refinadas, cada uma delas com seu significado.

As necessidades fisiológicas referem-se às de caráter biológico dos indivíduos, e as mais prementes como a fome, sede, sono e oxigênio estão relacionadas com a sobrevivência do indivíduo. Uma pessoa dominada por tal necessidade tende a perceber apenas os estímulos que visam satisfazê-la, determinando a estrutura comportamental do homem.

As necessidades de segurança surgem após satisfação das fisiológicas, constituindo as de segundo nível. Correspondem àquelas que levam as pessoas a se protegerem dos perigos, a busca pela segurança e estabilidade. O organismo pode ser fortemente dominado por tal necessidade, causando uma grande influência no comportamento humano. A criança percebe mais este tipo de necessidade devido o adulto muitas vezes tentar inibir a reação a ameaças e perigos. Alguns exemplos deste tipo de necessidade são a proteção durante uma doença, preferência por um tipo de rotina, deixar de praticar ações que geram incertezas, entre outros (MOSQUERA, 1982, SERRANO, 2003, GUIMARÃES, 2004, PISANDELLI, 2004).

A teoria também refere que após terem sido satisfeitas razoavelmente as necessidades anteriores, surgem às necessidades sociais (de amor, afeição, participação). Isso ocorre quando a pessoa sente o desejo de ter laços afetivos, trocar amizade, afeto e amor. A frustração dessas necessidades leva à falta de adaptação no meio social e pode desencadear psicopatologias graves no ser humano (MOSQUERA, 1982, SERRANO, 2003, GUIMARÃES, 2004, PISANDELLI, 2004).

Ainda em relação ao tema, as necessidades de estima são representadas pelos desejos das pessoas de serem respeitadas por parte de outros, aceitas (aprovação social) e reconhecidas, como também terem auto-estima, independência e autonomia suficientes. A satisfação dessas necessidades torna as pessoas mais seguras, capazes, produtivas e autoconfiantes.

As necessidades de auto-realização correspondem as de crescimento e de autodesenvolvimento, e evidencia-se por impulsos criadores, revelando a vontade do ser

humano em utilizar todo o seu potencial. Elas se expressam de formas variadas, obedecendo às diferenças individuais. Algumas pessoas chegam a se preocupar com as necessidades de auto-realização; outras estacionam nas de auto-estima ou nas sociais; enquanto outras se ocupam apenas com as necessidades fisiológicas e de segurança. Nem todas chegam ao topo da pirâmide. Somente quando o nível inferior de necessidades está satisfeito é que o próximo nível surge como determinante do comportamento (MOSQUERA, 1982, SERRANO, 2003, GUIMARÃES, 2004, PISANDELLI, 2004).

Qualquer possibilidade de frustração da satisfação de certas necessidades passa a ser considerada ameaça psicológica, alterando o comportamento e o grau de motivação do indivíduo para realizar tarefas que não estejam interligadas à eliminação dessa frustração.

Posteriormente, Maslow acrescentou à sua teoria o desejo do ser humano de saber e conhecer, procurar relações e sentidos (necessidades cognitivas), que viria antes da auto-realização; e a necessidade de ajudar ao outro a se autodesenvolver, a qual chamou transcendente, que viria após a auto-realização. Ressalta ainda que existem precondições para que as necessidades fundamentais sejam satisfeitas: liberdade de falar e agir, de procurar informações, de se defender, buscar justiça, equidade e ordem no grupo com o qual convive (MOSQUERA, 1982, SERRANO, 2003, GUIMARÃES, 2004, PISANDELLI, 2004).

Essa teoria está fortemente relacionada com as reações comportamentais que observamos no dia-a-dia do trabalho. O profissional encontra-se influenciado pelo ambiente e comunidade a qual pertence. Devemos atentar para sinais que mostram mudanças de interesse e de motivação, que possam gerar problemas e insatisfação no trabalho (MOSQUERA, 1982, SERRANO, 2003, GUIMARÃES, 2004, PISANDELLI, 2004).

O desenvolvimento da teoria de Maslow ajudou na formação da base de outras, como a de Herzberg que descreveremos a seguir (STAMPS, 1997a).

## A Teoria dos Dois Fatores de Frederick Herzberg

Psicólogo, professor e consultor norte-americano, fez vários estudos sobre motivação tanto nos Estados Unidos como em outros países. Formulou a **teoria dos dois fatores**, enfocando a existência de dois grupos:

1) **Fatores motivacionais ou Fatores Intrínsecos**, relacionados com cargo e natureza das tarefas, isto é, procura identificar como o indivíduo se sente em relação ao seu cargo, o trabalho em si, à realização ao reconhecimento, ao progresso profissional e à responsabilidade.

2) **Fatores Higiênicos ou Fatores Extrínsecos** dizem respeito ao ambiente de trabalho no qual as pessoas estão inseridas, incluem as condições de trabalho, salário, políticas administrativas, supervisão e relação com os supervisores (BERGAMINI, 1982, CUNHA, 1989, ANTUNES; SANT ANNA, 1996).

As observações realizadas no decorrer dos estudos, realizados por Herzberg, confirmam outras pesquisas as quais mostram que os fatores capazes de produzir satisfação e motivação no trabalho são independentes e distintos daqueles que levam a insatisfação no trabalho.

Herzberg (1968)\* apud Santos (1992) considera que “o oposto de satisfação no trabalho não é insatisfação, mas sim nenhuma satisfação no trabalho e, da mesma forma, o oposto de insatisfação no trabalho não é satisfação, mas sim nenhuma satisfação”.

O autor diz, ainda, que estão presentes dois conjuntos de necessidades no comportamento no homem. Um considerado originário da sua natureza animal que é o impulso natural para evitar sofrimento causado pelo meio ambiente e os impulsos adquiridos

---

\* HERZBERG, F. Novamente: como se faz para motivar funcionários? **Biblioteca Harvard**, v.1, n. 13, p. 3-13, jan/fev. 1968.

que se tornam condicionados às necessidades biológicas básicas (HERZBERG, 1968 apud SANTOS, 1992).

Comprendemos, pois, que a abordagem do autor está baseada nas necessidades hierarquizadas de Maslow, resumidas a dois fatores, onde, os fatores higiênicos correspondem às duas primeiras necessidades e os fatores motivacionais às três últimas. A teoria de Herzberg é identificada como sendo a “fatorial bifatorial” ou a “teoria M-H”.

Para proporcionar motivação no trabalho, Herzberg sugeriu o “enriquecimento de tarefas”, que as atividades simples e elementares fossem substituídas por tarefas mais complexas e desafiantes, ocasionando maior autonomia, liberdade e satisfação no trabalho.

O enfoque de Herzberg, acerca da teoria motivacional, tem causado controvérsias e críticas. Lobos (1975) apud Santos (1992) apresentou algumas inconsistências da teoria de Herzberg como a metodologia discutível, a análise contraditória dos dados. Diz ainda que a teoria não explica o processo pelo qual os fatores “motivadores” provocam a motivação.

### **Teoria de David McClelland**

Ao estudar a realização humana na situação de trabalho, o psicólogo norte-americano McClelland destacou a importância da motivação como parte da administração. E sugere que o motivo de realização é bastante consistente ao longo da vida de uma pessoa.

Os indivíduos dotados de necessidade de realização trabalham mais e por um tempo maior; estão preocupados em estabelecer relações sociais com indivíduos socialmente orientados e atacam as atividades relacionadas com a realização; persistem nelas por mais tempo, porque vêem o sucesso ou o fracasso determinado por seus próprios esforços. Apreciam o dinheiro mais como um reconhecimento por suas realizações do que pelo seu valor intrínseco (DAVIES; SHACKLETON, 1977 apud SANTOS, 1992).

Lobos (1975) apud Santos (1992) comenta que a teoria da necessidade de realização de McClelland, “por haver recebido maior atenção, já alcançou um status de teoria formal de motivação”.

### **Teoria da Expectância de Victor H. Vrom**

Nesta teoria, o autor pressupõe que a satisfação profissional é produto da importância relativa de um conjunto de necessidades pessoais e relacionadas ao trabalho. A motivação está determinada pela expectativa do indivíduo, quando os seus esforços resultarão em um determinado nível de desempenho; por sua expectativa de que o nível de desempenho alcançado sirva de meio para obtenção de êxito; e uma antecipação da satisfação, dos êxitos a serem obtidos. O ato motivacional ocorre em função da probabilidade percebida de sucesso (CUNHA, 1989, LIGHT, 1990, STAMPS, 1997a).

### **Teoria da Equidade de J. S. Adams**

Juntamente com a teoria da expectativa, explica o comportamento motivacional na concepção cognitivista da natureza humana, quando julga que o indivíduo é motivado pela relação entre aquilo que dá de si para a organização e o que dela recebe. A percepção prévia do que resultará uma ação possibilita o homem julgar se é de seu interesse agir (CUNHA, 1989).

É também conhecida como Teoria da Referência de Grupos Sociais, pelo fato de enfatizar que a satisfação no trabalho está relacionada com as características que atendem os desejos dos grupos pelos quais um trabalhador toma como referência na avaliação de sua realidade (STAMPS, 1997a).

Após descrever acerca dessas teorias relacionadas à motivação, transcorreremos sobre a satisfação no trabalho.

## 4.2 SATISFAÇÃO NO TRABALHO

A maioria das pessoas passa um terço do dia e a metade da vida trabalhando, como uma maneira de ganhar dinheiro para satisfazer suas necessidades básicas, obter “status” e se sobressair dos demais (ARDILA, 1986).

Tomando como base o pressuposto de que a motivação leva à satisfação segundo Di Lascio (1980), destacamos que como o trabalho tem papel de destaque na vida do homem, inferimos que o indivíduo precisa estar motivado para exercer suas atividades com satisfação.

Esta temática tem sido estudada por diversos autores como Nogueira (1978)\* apud Santos (1992) que define o trabalho como o efeito de aplicar esforço físico e/ou mental para realizar algo e produzir bens. Tem como finalidade criar, produzir, transformar.

Do ponto de vista da psicologia, o trabalho provoca graus diferentes de nível moral e de satisfação do trabalhador, segundo a forma e o meio em que desempenhe sua tarefa (BERGSON, 1986).

Nishibori (1971) salienta que o trabalho humano deve incluir os três seguintes componentes: criatividade, atividade física e sociabilidade, que sustentam a continuidade e o ritmo de trabalho.

O’Toole (1973) no relatório “Trabalho da América”, nos EUA, propôs que o trabalho fosse definido como “uma atividade que produz algo com valor para outras pessoas”.

---

\* NOGUEIRA, E. P. P. **Motivação para o trabalho sob a perspectiva gerencial**. Santa Maria: Imprensa Universitária-UFSM, 1978.

As idéias de Nishibori (1971) e O'Toole (1973) sobre o trabalho humano são extremamente valiosas. Ambos citam criatividade, atividade física e sociabilidade como componentes indispensáveis à concepção do trabalho. A atividade física, descrita como o prazer do exercício físico, a criatividade (o prazer de pensar) e a sociabilidade (o prazer de compartilhar as satisfações), incorporadas ao ambiente de trabalho, aprimoram o trabalho em si.

Atualmente há uma grande preocupação em torno das pessoas que trabalham, no que se refere à satisfação profissional conceituada como sendo um “estado agradável ou emocionalmente positivo, resultante da avaliação de um trabalho ou experiência de trabalho” (LOCKE, 1976 apud CURA; RODRIGUES, 1999). Está sujeito a influências e modificações intrínsecas ou extrínsecas ao ambiente de trabalho (FRASER, 1983\* apud LINO, 1999).

Os primeiros estudos sobre satisfação no trabalho surgiram por volta de 1912, ligada intimamente à questão da fadiga e do salário, e suas interferências na produtividade, a partir das pesquisas de Taylor (CURA; RODRIGUES, 1999).

Hoppock (1935) apud Cura; Rodrigues (1999) publicou uma pesquisa que traz uma análise da satisfação no trabalho, enfatizando múltiplos fatores que exercem influência sobre a satisfação profissional, como a fadiga, monotonia, condições de trabalho e supervisão.

Posteriormente, Herzberg (1959)\*\* apud Santos (1992) sugere que a real satisfação no trabalho do homem provém do fato de enriquecer no posto de trabalho, para que desta maneira possa desenvolver uma maior responsabilidade e experimentar um crescimento mental e psicológico, como forma de melhorar a moral e o desempenho dos trabalhadores.

No Brasil, Martins (1985) realizou um estudo sobre o conceito de satisfação no trabalho, baseado nos estudos de Locke (1976) apud Cura; Rodrigues (1999), descrevendo os

---

\* FRASER, T. M. **Human stress, work and job satisfaction: a critical approach**. Genebra, International Labour Office, 1983.

\*\* HERZBERG, F. **The motivation to work**. 2 ed. New York: John Wiley & Sons, 1959.

nove modelos propostos por Wanos e Lawer em 1972, que definem tanto a satisfação geral como a satisfação relativa a aspectos particulares do trabalho, tais como valores, necessidades e expectativas.

Moura (1992a) destaca o papel e a importância do trabalho, na vida do indivíduo, como algo amplo, pois além do atendimento das necessidades de ordem econômica, o trabalho significa algo mais. Pode influenciar na formação do caráter e personalidade do ser, de tal forma que a satisfação no cargo que ocupa passa a ser integrante da satisfação da vida.

A satisfação no trabalho passa então a ser considerada uma ferramenta indispensável na busca da qualidade e da produtividade. Resulta das interações das características pessoais como as crenças, valores, expectativas do indivíduo com o ambiente de trabalho em relação ao serviço e organização. Os recursos humanos contemplados quanto ao bem-estar e qualidade de vida no trabalho são peças fundamentais no desenvolvimento do serviço e a chave para proporcionar qualidade no atendimento (LUNARDI FILHO, 1997, MATSUDA; ÉVORA, 2003).

Para qualquer indivíduo, a qualidade de vida simboliza anseios que, quando alcançados, fazem-no satisfeito. O homem aspira sua plena realização, o que o faz um ser aquisitivo, insaciável, vaidoso e que busca constantemente sobrepujar os demais. Além da satisfação de suas necessidades de sobrevivência, volta sua atenção também para outras aspirações como saúde, trabalho significativo, seguridade social, amizade, amor sexual, aceitação pela comunidade, oportunidades educacionais, inteligência desenvolvida, liberdade de expressão, gozo de cultura, sentido de beleza, lazer, que surgem após a satisfação, pelo menos parcial, das necessidades básicas (REBELO, 1995).

Para que esta satisfação aconteça, o homem tem se preocupado com os fatores que buscam para melhorar o seu trabalho, produtividade e a satisfação de suas necessidades (LUNARDI FILHO, 1997).

Mesmo existindo tantas teorias sobre satisfação profissional, a enfermagem não possui uma universalmente aceita. Porém, se identifica um despertar para a realização de estudos sobre “a identidade dos aspectos organizacionais e sociais, que se relacionam à satisfação profissional entre enfermeiros. A base teórica deve ser multivariada, para que possa revelar ou explicar as diversas vertentes acerca das dimensões do tema” (LINO, 1999).

### **4.3 SATISFAÇÃO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**

A satisfação no trabalho é um tema de especial importância na enfermagem. Sabemos que quando satisfeito e motivado, o profissional tem uma sensação de bem estar e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida, produzindo melhor na sua área de atuação. Dentro desta perspectiva, compreendemos que os fatores negativos e positivos terão uma grande influência na qualidade da assistência de enfermagem. Para entendermos melhor esta temática, discorreremos sobre a satisfação no trabalho de enfermagem e pesquisas desenvolvidas sobre este assunto.

Sendo a enfermagem uma profissão que lida permanentemente com situações estressantes, o modo pelo qual responde em seu cotidiano à doença, o sofrimento e principalmente a morte de pessoas, influencia de forma marcante no desenvolvimento e desempenho do seu trabalho. Sabemos que lidar com a dor e o sofrimento afeta os profissionais de saúde e o contato com a morte gera sentimento de impotência e insatisfação (FISCHER; SILVA, 2003).

O atendimento pré-hospitalar móvel, despontando como um novo campo de trabalho para a enfermagem, se projeta como um desafio profissional e pessoal. No plano profissional requer conhecimentos e experiência no suporte avançado de vida, em situações de alto risco,

que podem fazer a diferença entre a vida e a morte do paciente; já no plano pessoal, implica num compromisso constante de superação e entrega (SARELLA; PARAVIC, 2002).

Conhecendo a influência que estes aspectos têm em relação à satisfação e motivação, algumas pesquisas estão sendo desenvolvidas neste sentido, a fim de indicar alternativas na solução e gerenciamento dos recursos humanos desta categoria (SANTOS, 1999).

Nos parágrafos seguintes, citaremos algumas pesquisas relevantes para o estudo da satisfação no trabalho da enfermagem.

O primeiro estudo de satisfação no trabalho do enfermeiro foi realizado em 1953, quando foram entrevistados e observados 115 enfermeiros, com o intuito de identificar os fatores organizacionais e sociais relacionados com a satisfação no trabalho (STAMPS, 1997a).

O estudo realizado por Benton e White (1972)\* apud Santos (1992) com 22 enfermeiros categorizou 16 fatores que interferem na satisfação do trabalho, considerando como sendo os principais: auto-realização, estima, necessidades sociais, segurança, salário, política administrativa. Para esses autores, um fator de grande deficiência gera insatisfação e, conseqüentemente, reduz o desempenho.

Evely; Falcione (1976) apud Santos (1992) realizaram pesquisa com 144 enfermeiros sobre satisfação profissional, buscando determinar os aspectos de envolvimento no trabalho que indicasse o grau de importância de cada item de um questionário sobre o tema em estudo. A análise fatorial mostrou quatro significativas variâncias: relacionamento interpessoal dos enfermeiros com os colegas de trabalho; recompensa interna e externa do trabalho; e política administrativa. Os autores sugerem que existe uma dicotomia intrínseca/extrínseca da

---

\* BENTON, D. A.; WHITE, H. C. Satisfaction of job factors for registered nurses. **J. Nurs. Adm.**, v. 2, n. 6, p.55-63, nov/dec. 1972.

\*\* EVELY, G. S.; FALCIONE, R. L. Perceved dimensions of satisfaction for staff registered nurses. **Nursing research**, v. 25, n. 5, p. 346-7, sept/oct. 1976.

natureza da satisfação no trabalho e que os fatores intrínsecos apresentam uma relação direta com a motivação dos profissionais.

Na Inglaterra, Moores; Singh; Tun (1982)\* apud Santos (1992) realizaram uma pesquisa com 2.325 enfermeiros inativos e em atividades, a fim de verificar as atividades relacionadas ao aspecto de trabalho. Para isso foi elaborado um questionário seguindo o modelo de atitudes da escala de Likert. Os autores tentaram definir cinco fatores de atitudes: status e envolvimento, satisfação no trabalho, potencial para cuidar do paciente, administração do serviço de enfermagem e qualidade do cuidado ao paciente.

Fung-Kam (1998) realizou um estudo sobre a satisfação e autonomia dos enfermeiros na cidade de Hong-Kong na China. Utilizou o instrumento (IWS) proposto por Stamps e obteve como resultado um baixo nível de satisfação no trabalho desses profissionais, que atribuíram mais importância aos componentes Autonomia, “Status” Profissional, Remuneração e apresentaram um maior nível de satisfação com “Status” Profissional, Interação e Autonomia.

Posteriormente, Sarella; Paravic (2002) fizeram um estudo com 54 enfermeiros do SAMU de duas regiões do Chile, e na análise dos dados encontraram uma tendência para satisfação no trabalho que se expressa na variável atividades do trabalho (atenção direta ao paciente), enquanto que as variáveis remuneração e ascensão são as que mais causam insatisfação nos enfermeiros.

No Brasil, Di Lascio (1980) realizou um estudo sobre necessidades psicossociais, com 172 enfermeiras de hospitais da cidade do Recife-PE, com o objetivo de identificar a satisfação no desempenho desta profissional. Este estudo abrange cinco níveis administrativos de enfermagem em ordem hierárquica descendente: enfermeira chefe do serviço de enfermagem, enfermeira assistente de chefe do serviço de enfermagem, enfermeira

---

\* MOORES, B.; SINGH, B. B.; TUN, A. Attitudes of 2325 active and inactive nurses to aspects of their work. **Journal of advanced nursing**, v. 7, n.5, p. 483-9, 1982.

supervisora, enfermeira chefe de unidade e enfermeira de unidade. Os resultados mostraram que as enfermeiras dos níveis administrativos inferiores percebem maiores deficiências na satisfação das necessidades psicossociais do que as dos níveis mais altos. Baseadas no sistema de classificação de Maslow consideraram como as necessidades mais importantes as de segurança e auto-realização. Em relação ao salário, as enfermeiras, com exceção da enfermeira supervisora, mostraram-se insatisfeitas. A autora conclui que o nível administrativo provou ser um fator importante para determinar a percepção da enfermeira em termos da satisfação e importância de necessidades psicossociais.

Mochel (1989) realizou um “survey” abordando a satisfação/insatisfação e aborrecimento profissional da enfermeira que trabalha em hospitais do Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com o objetivo de oferecer elementos aos órgãos formadores e empregadores da enfermeira. As conclusões mostraram que a enfermeira se encontra, de modo geral, ligeiramente insatisfeita com o seu trabalho atual no hospital, sendo que seu grau de insatisfação se apresenta mais intenso com relação aos seus proventos e com a forma como está estruturada sua carreira.

Cunha (1989) fez uma pesquisa objetivando identificar e analisar os fatores geradores de satisfação e insatisfação no ambiente de trabalho. Utilizou como metodologia os grupos focais com 08 enfermeiras de um hospital de ensino. Nessas ocasiões as enfermeiras verbalizaram insatisfação e desmotivação advindas da problemática que as envolvia enquanto profissionais, referiam não ter oportunidade de analisar, criticamente, essas situações na instituição e sentiam-se impotentes por não puderem modificar a situação. Também estavam infelizes por não contribuírem para a melhoria da prática. Evidenciaram como situações geradoras de insatisfação o salário, esquema de trabalho, consciência de classe, relacionamento, reconhecimento do valor profissional, relação entre ensino e prática e aprimoramento. A autora concluiu afirmando que o estudo propiciou as enfermeiras uma

tomada de consciência a respeito dos fatores geradores de satisfação e insatisfação no ambiente de trabalho, possibilitando-lhes discutir propostas e estratégias para intervenção na prática da enfermagem naquela instituição.

Tipple (1991), com o objetivo de identificar funções desempenhadas pelos enfermeiros, a satisfação interna e analisar as forças impulsionadoras e/ou restritivas a prática profissional desta categoria, realizou uma pesquisa na Rede Hospitalar Privada (RHP) e observou que os enfermeiros realizam, em maior proporção, atividades administrativas: a maioria atua em desvio de função; o cuidado direto ao cliente é dado apenas em situações complexas; manifestaram insatisfação com o trabalho que realizam na RHP, consideram frágil a relação entre as atividades exercidas e as expectativas pessoais e/ou profissionais. Os pontos de influência positiva para o trabalho do enfermeiro são a relativa autonomia e as relações interpessoais satisfatórias. Foi evidenciada pela autora a dicotomia entre o ensino e a prática de enfermagem.

Uma pesquisa desenvolvida em um hospital-escola de Porto Alegre-RS, na unidade de internação neonatológica, Moura (1992b) procurou identificar as opiniões das enfermeiras sobre sua satisfação no trabalho e o clima organizacional. Os resultados do estudo evidenciaram que, em relação à dimensão Satisfação com o Trabalho na Enfermagem, as enfermeiras sentem satisfação por trabalharem com recém-nascidos. Na dimensão Satisfação Pessoal com a Enfermagem, as enfermeiras percebem-se como profissionais competentes, o que se traduz em fonte de satisfação, porém estão insatisfeitas com o seu status. Já na dimensão Satisfação com o ambiente, os fatores de maior satisfação são os fatos de trabalhar na unidade de neonatologia, liberdade para tomar decisões e ser considerada boa profissional. Também foi identificado nesta dimensão pouca satisfação com o salário e com as relações interpessoais entre as enfermeiras. Quanto ao Clima Organizacional, a autora classifica as

dimensões da mais favorável para a menos favorável: conformismo, responsabilidade, calor e apoio, clareza organizacional, padrões e liderança e recompensas.

Santos (1992) abordou essa temática em um estudo com 164 enfermeiros de hospitais e centros de saúde da cidade de João Pessoa-PB, com a proposta de analisar os fatores de satisfação e insatisfação no trabalho. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com uma escala similar a de Likert. Os fatores que mais contribuíram em ordem fatorial, para que os enfermeiros avaliassem seus sentimentos em relação a vários aspectos concretos do trabalho foram: autonomia com interação social, reconhecimento da importância do trabalho, pagamento, política organizacional, relação administração-enfermagem, trabalho em si ou trabalho propriamente dito. Os enfermeiros pesquisados reconhecem como importantes as atividades que realizam, estão descontentes com a baixa remuneração, com a não participação da enfermagem no processo administrativo, a sobrecarga de trabalho, o relacionamento médico-enfermeiro. O autor conclui que há insatisfação no trabalho dos enfermeiros, expondo a fragilidade da categoria sujeita a um processo evasivo pela falta de estímulos e condições satisfatórias que os retenham na profissão.

Cura (1994), focalizando o enfermeiro psiquiátrico e confrontando-o com outras especialidades no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, buscou avaliar os sentimentos da categoria com relação à satisfação no trabalho. A análise dos resultados permitiu observar que, de um modo geral, os enfermeiros estão satisfeitos com seu trabalho, especialmente nos seus aspectos intrínsecos (realização, reconhecimento e autonomia). Entretanto, ressalta que o grupo de enfermeiros psiquiátricos demonstrou ser mais maduro e experiente em sua especialidade, apresentando maior índice de satisfação no trabalho.

Lunardi Filho (1995), em estudo exploratório sobre a busca de fatores implicados na gênese do prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem, com dezoito profissionais,

representantes das categorias enfermeiro e auxiliar de enfermagem, de um Hospital de uma Universidade Pública Federal de Estado do Rio Grande do Sul, detectou a existência do prazer e do sofrimento no trabalho de enfermagem, suas localizações e o que os motivam. O trabalho em si, apesar do sofrimento que contém, possibilita a vivência de um prazer real e concreto. Grande parte desse sofrimento decorre da organização do trabalho e, especialmente, das condições de trabalho, de modo real, dramático e quase absoluto, sendo que o prazer, com raríssimas exceções, manifesta-se condicionado a algum fator, na maioria das vezes, inexistente, portanto, numa possibilidade futura, com expectativa de prazer. O conhecimento desses fatores abre possibilidade de mudanças e repercussões positivas na vida do trabalhador e na vida daqueles com quem estabelece relações e vínculos.

Para verificar se os enfermeiros se sentem satisfeitos/motivados em seu trabalho e se existe relação das condições de trabalho (fatores higiênicos) com a satisfação e das características do trabalho (fatores motivacionais) com a motivação, Antunes e Sant Anna (1996) realizaram um estudo com 52 enfermeiros do Hospital de Clínica da Fundação de Assistência e Pesquisa de Uberlândia – MG. A pesquisa mostrou que apenas 36% dos enfermeiros sentem-se satisfeitos e motivados com o trabalho; a maioria dos fatores higiênicos (salários, supervisão, política administrativa, relações interpessoais) foi considerado presente pelos que se sentem satisfeitos e ausentes pelos que se sentem insatisfeitos; e os fatores motivacionais (reconhecimento, crescimento e progresso profissional, auto-realização) foram considerados presentes pelos que se sentem motivados e ausentes pelos que se sentem desmotivados.

Santos; Rodrigues Filho (1995) realizaram um estudo com enfermeiros da cidade de João Pessoa – PB para identificar os principais fatores geradores de satisfação e insatisfação no trabalho. Os resultados mostraram que os enfermeiros estavam desestimulados e sem autonomia nas instituições de saúde, descontentes com a baixa remuneração, com a

administração dos serviços, com as atividades burocráticas e a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. Os autores concluíram que há insatisfação dos enfermeiros com o trabalho, principalmente pela falta de estímulos e condições para a realização de uma assistência de qualidade.

Santos (1999), em sua pesquisa acerca dos fatores geradores de satisfação e insatisfação no trabalho do enfermeiro, analisou as causas de descontentamentos com base nas seis áreas temáticas: ambiente de trabalho, significado da assistência de enfermagem, clima organizacional e relacionamento interpessoal, gerenciamento do trabalho, sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro e política organizacional, profissional e salarial. Constatou que grande parte das insatisfações no trabalho é pertinente ao ambiente de trabalho. Afastar-se do seu objeto de trabalho e distanciar-se da assistência direta são tidas como razões de sofrimento e insatisfações.

Nesse mesmo trabalho, o autor detectou que as jornadas longas de trabalho, principalmente nos fins de semana, são apontadas como uma das causas para a rotatividade, absenteísmo e evasão. O trabalho em equipe é desejado e quando se dá de modo harmonioso é visto com muita satisfação e favorável ao gerenciamento das ações de enfermagem. No entanto, o clima de respeito e cordialidade, empatia e boa comunicação ainda são uma meta a ser alcançada na maioria das instituições. A administração e o gerenciamento de pessoas e recursos voltados para o atendimento das necessidades do paciente são as formas de exercer a profissão que mais dão prazer. Por fim, a política organizacional, na maioria das vezes, atua em sentido contrário aos interesses dos enfermeiros em aproximar-se do seu foco de trabalho e é vista com profundo desagrado (SANTOS, 1999).

Cura; Rodrigues (1999), em estudo realizado com 91 enfermeiros para conhecer os sentimentos destes profissionais a respeito de sua satisfação no trabalho, mostraram esses profissionais satisfeitos nos aspectos intrínsecos (responsabilidade, reconhecimento e

autonomia). Também perceberam que os enfermeiros psiquiátricos eram mais maduros, mais experientes e possuíam o mais alto nível de satisfação. Já os enfermeiros pediátricos eram mais jovens, menos experientes, e apresentaram nível de insatisfação mais alto.

Em um hospital geral, Bianchini (1999) estudou 16 enfermeiros, com o objetivo de identificar as situações que trazem satisfação e sofrimento no trabalho hospitalar. A autora evidenciou situações de satisfação, que compreendem a empatia e o envolvimento no trabalho, assistir o paciente acompanhando a evolução, melhora e alta dos mesmos, e presenciar a felicidade dos familiares, a valorização e reconhecimento do trabalho realizado por parte dos pacientes, familiares e administração. As situações de sofrimento traduzem-se na falta de recursos materiais, normas e rotinas para se ter respaldo legal, de reconhecimento e crescimento profissional. A desqualificação e rotatividade do pessoal da enfermagem, a sobrecarga de trabalho, o relacionamento interpessoal, a remuneração, ver o sofrimento e morte do paciente também foram citadas.

Lino (1999), considerando o ambiente das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) como fontes geradoras de estímulos externos, positivos e negativos, realizou uma investigação sistemática para examinar o nível de satisfação das enfermeiras de terapia intensiva em relação ao seu contexto de trabalho. Para atender a essa proposta, o objetivo desse estudo foi adaptar o Index of Work Satisfaction (IWS) para a cultura das enfermeiras brasileiras de terapia intensiva e identificar o seu nível de satisfação profissional. A autora concluiu que os níveis atuais de satisfação profissional, classificados do mais satisfatório para o menos satisfatório, foram os seguintes: “status” profissional, interação, autonomia, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. Houve, portanto, dissonância entre o nível de importância atribuído aos componentes da satisfação no trabalho e o nível de satisfação percebido.

Vinte e cinco enfermeiros de um hospital público estadual do Paraná foram pesquisados por Dias (1999) a respeito dos fatores determinantes de satisfação/insatisfação nas suas relações de trabalho; e sobre suas sugestões para aumentar a satisfação no desempenho do trabalho. Detectou-se a relação de insatisfação com fatores organizacionais e sociais. A satisfação apareceu como estando relacionada aos fatores da realização da tarefa em si. Quanto às sugestões para aumento da satisfação, prevaleceram os itens referentes a aumento do salário, incremento do quadro de funcionários, à maior autonomia e participação na organização do serviço, e às possibilidades de aperfeiçoamento em suas áreas de atuação.

Félix (2001) analisou as inter-relações entre trabalho e sofrimento psíquico no contexto das atividades desenvolvidas por 13 enfermeiros de centro cirúrgico, em dois hospitais públicos de Fortaleza-CE e os resultados foram os seguintes: quanto aos fatores que geram sofrimento psíquico, foram citados o relacionamento interpessoal, lidar com o sofrimento e morte, o ritmo e a carga de trabalho, as condições inadequadas para a realização do trabalho e o não reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. Por outro lado, o prazer apareceu associado à possibilidade de ajudar outras pessoas, constatar a recuperação dos pacientes, dominar o trabalho a ser realizado, obter aprendizado e testemunhar reconhecimento em relação ao próprio trabalho.

Matsuda (2002) procurou focar a satisfação no trabalho de uma equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI-adulto). Os dados foram coletados em 03 momentos e intercalados com uma fase de intervenção. A primeira fase (pré-intervenção) contou com dois procedimentos de obtenção de dados. A primeira coleta ocorreu através do questionário Índice de Satisfação no Trabalho (IST), preconizado por Stamps (1997a, b), traduzido e validado no Brasil por Lino (1999), que apontou os componentes com os quais a equipe se encontrava menos satisfeita. Ainda nessa fase, por meio de entrevista gravada, foram levantadas as sugestões para melhoria da satisfação da equipe. A segunda fase

da coleta de dados (pós-intervenção) também contou com o questionário IST e verificou os efeitos das intervenções efetuadas. Os dados da fase pré-intervenção indicaram que as enfermeiras se encontravam menos satisfeitas com os componentes: normas organizacionais, requisitos do trabalho e “status” profissional. Os auxiliares de enfermagem com autonomia, e os dois últimos indicados pelas enfermeiras. Na fase pós-intervenção, os dados apresentados indicaram que ambas as categorias permaneceram insatisfeitas no trabalho.

No ano seguinte, Matsuda; Évora (2003), investigando o Índice de Satisfação no Trabalho (IST) de uma equipe de enfermagem de uma UTI encontraram que esta equipe estava mais satisfeita com a interação e remuneração, em níveis intermediários situaram-se autonomia e normas organizacionais, e obtiveram os valores mais baixos requisitos do trabalho e “status” profissional. Identificaram que a equipe encontrava-se insatisfeita no trabalho e que era necessário atuar com mais efetividade na gestão para reverter esse quadro.

Lino (2004) investigou a qualidade de vida e a satisfação profissional de 190 enfermeiras de 19 UTIs, em sua tese de Doutorado. Foi utilizado um questionário auto-aplicável para coletar os dados sociodemográficos, ocupacionais, de saúde, percepções e estados em relação à vida e ao trabalho. A versão genérica do Índice de Qualidade de vida (IQV) foi utilizada para medir tanto a satisfação quanto a importância de quatro domínios da vida: saúde e funcionamento, psicológico e espiritual, social e econômico, e família. A Qualidade de Vida também foi medida. O nível de satisfação profissional em relação a seis componentes do trabalho (autonomia, “status” profissional, remuneração, interação, requisitos do trabalho e normas organizacionais) foi medido através do Índice de Satisfação Profissional (ISP). Os resultados mostraram que as enfermeiras obtiveram escores mais elevados nos domínios família, psicológico e espiritual, social e econômico, saúde e funcionamento, respectivamente. Elas valorizaram os componentes do trabalho, autonomia, interação e remuneração mais do que “status” profissional, requisitos do trabalho e normas

organizacionais, e estavam mais satisfeitas com “status” profissional, interação, remuneração, requisitos do trabalho e normas organizacionais.

Schmidt (2004) avaliou e correlacionou a variável Qualidade de Vida (QV) e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) de 105 profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico de quatro hospitais da cidade de Londrina – PR. Testou a hipótese de que a Qualidade de Vida do indivíduo está diretamente correlacionada com a Qualidade de Vida no Trabalho, ou seja, quanto maior a Qualidade de Vida no Trabalho, maior a Qualidade de Vida. E para isso utilizou a Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF) e o ISP de Stamps. Os resultados mostraram que os trabalhadores estavam entre insatisfeitos e nem satisfeitos/ nem insatisfeitos com os aspectos abordados pelo instrumento de qualidade de vida no trabalho. O componente Remuneração avaliado pelo ISP foi considerado fonte de menor satisfação entre os trabalhadores, enquanto que o domínio Status Profissional, o de maior satisfação.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo é do tipo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, e dados prospectivos.

Os estudos exploratórios definem objetivos e buscam maiores informações sobre determinado assunto. Familiariza-se com o fenômeno ou obtém nova percepção, realizam descrições precisas da situação e das relações existentes entre os seus elementos (CERVO; BERVIAN, 1996).

O estudo descritivo é aquele em que se observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Descobre com precisão a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros (CERVO; BERVIAN, 1996).

Já a abordagem quantitativa permite a coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controle, analisando essas informações através de estatística (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

### **5.2 LOCAL DO ESTUDO**

A pesquisa foi realizada na Central de Regulação Médica do SAMU/Natal, localizada na Rua dos Potiguares s/n no bairro de Lagoa Nova. Oferece à população um atendimento de urgência médica móvel 24 horas, seguindo as normas da portaria nº 814/GM de 01/06/2001 do Ministério da Saúde, contando com 09 ambulâncias, sendo 07 de suporte básico e 02 de suporte avançado. Realiza uma média de 6,7 mil atendimentos mensais (BRASIL, 2002b, BRASIL, 2005a).

A sede é própria, e sua estrutura física é composta por 01 sala de regulação, 02 salas de coordenação (médica e enfermagem), 01 sala da administração, 01 repouso, 01 sala de esterilização, 01 farmácia, 01 cozinha e copa, 04 banheiros. Na parte externa (pátio) existe 01 área para passagem do plantão, 01 garagem e 01 setor de lavagem para as ambulâncias, 02 banheiros.

### **5.3 POPULAÇÃO**

A população estudada foi composta pela equipe de enfermagem do SAMU/Natal, formada por 12 enfermeiros, sendo 01 o coordenador de enfermagem e 48 técnicos de enfermagem, totalizando 60.

### **5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO**

Variável pode ser considerada uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito operacional, que contém ou apresenta valores; aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração (MARCONI; LAKATOS, 2003).

#### **5.4.1 Variável de caracterização**

Como variáveis de caracterização temos os dados pessoais da população estudada descritas a seguir:

<b>VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</b>	<b>ESCALAS / CRITÉRIOS</b>
Sexo	Masculino / Feminino
Idade	Idade em anos
Estado conjugal	Solteiro / Casado / Separado / Viúvo
Tem filhos	Sim / Não
Quantos filhos	Selecionar uma opção específica
Tempo de formado	Tempo em anos
Formação profissional	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
Formação complementar	Especialização / Mestrado / Doutorado / Outros

#### **5.4.2 Variável independente**

Temos como variáveis independentes os dados profissionais, definidas como aquelas que influenciam, determinam ou afetam outra variável. Sendo condição ou causa determinante para um resultado, efeito ou consequência (MARCONI; LAKATOS, 2003). Essas variáveis estão relacionadas a seguir:

<b>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</b>	<b>ESCALAS / CRITÉRIOS</b>
Tempo de serviço na urgência	Tempo em anos
Tempo de serviço no SAMU	Tempo em anos
Horário fixo de trabalho	Sim/Não
Horário de trabalho	Em horas
Motivo que o leva a trabalhar no serviço	Selecionar uma opção específica
Gosta de trabalhar no serviço	Sim / Não
Sente-se satisfeito de trabalhar no serviço	Sim / Não
Atividade que realiza no serviço	Seleciona uma opção específica
Salário mensal	Em nº de Salário Mínimo em R\$
Benefícios que recebe	Selecionar as opções específicas

### 5.4.3 Variável dependente

Neste estudo temos como variável dependente a satisfação profissional, definida por Locke (1976) apud Cura; Rodrigues (1999) “como um estado emocional agradável ou positivo, que resultou da avaliação de algum trabalho, ou de experiências no trabalho”.

A variável dependente é definida como aquela em que o pesquisador tem interesse em explicar, compreender ou prever, sendo influenciada, determinada ou afetada pela variável independente (MARCONI; LAKATOS, 2003, POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

## 5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (ANEXO X), que, segundo Marconi; Lakatos (2003), constitui-se de uma série de perguntas que serão respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.

Esta técnica de coleta de dados possui vantagens como: economia de tempo e pessoal em trabalho de campo; obtenção de grande número de dados; atinge um grande número de pessoas simultaneamente; abrange uma área geográfica mais ampla; obtêm-se respostas mais rápidas e precisas e que materialmente seriam inacessíveis. E também algumas desvantagens: percentagem pequena do número de questionários que voltam e/ou devolução tardia dos mesmos; impossibilidade de ajudar o informante em questões mal compreendidas; não pode ser aplicado a pessoas analfabetas (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Para medir o **Índice de Satisfação Profissional (ISP)** utilizamos um instrumento traduzido e validado por Lino (1999) para a língua portuguesa (ANEXO IX), do qual obtivemos autorização prévia da autora (ANEXO VI).

O ISP é composto por três partes (A, B e C), com a finalidade de avaliar o nível de satisfação da equipe de enfermagem em relação a seis componentes profissionais: autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais, remuneração, e identificar a importância relativa que eles atribuíam a esses componentes, relacionando a medida da situação atual de trabalho com a medida de expectativas em relação ao trabalho.

A primeira parte do instrumento (Parte A) corresponde a um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, com a finalidade de caracterizar a equipe de enfermagem do SAMU/Natal, segundo as variáveis: sexo, idade, estado conjugal, filhos e idade dos filhos, tempo de formado, formação profissional, formação complementar, tempo de trabalho em urgência e no SAMU, horário de trabalho fixo, horário de trabalho atual, e perguntas que visavam identificar o motivo de trabalho no serviço, a atividade que realiza predominantemente, se gosta do trabalho no SAMU, a satisfação por trabalhar nesse serviço, o salário atual, benefícios adicionais que recebe. Em razão de o instrumento original ter sido criado especificamente para coletar dados de enfermeiros, o item referente à formação profissional foi alterado, já que trabalhamos com toda equipe de enfermagem e uma questão referente ao cargo que o enfermeiro ocupa na UTI foi suprimida.

A segunda parte (Parte B) consiste do método de Comparações Pareadas, baseada na técnica desenvolvida por Edwards em 1957, que estabelece julgamentos comparativos. Contém uma lista de 15 pares que combinam os seis componentes da satisfação profissional entre si. A equipe de enfermagem deveria escolher, de cada par, qual dos dois componentes considerava mais importante, em termos de influência sobre sua satisfação. Essa parte do instrumento permitiu a medida da importância atribuída a cada componente.

A terceira parte (Parte C) consiste de uma escala de atitudes, do tipo Likert. A **Escala de Likert** utilizada, segundo Polit; Beck; Hungler (2004), serve para medir atitudes, possibilitando ótimas discriminações entre pessoas com pontos de vista diferentes, através das

opiniões e avaliações que os sujeitos efetuam acerca de uma determinada situação. Relaciona a medida da situação atual de trabalho com a medida de expectativas em relação ao trabalho (LINO, 2004).

É composta por 44 enunciados que abrangem os seis componentes da satisfação profissional, e a resposta a cada item desse variou entre discorda inteiramente (7) e concorda inteiramente (1), medindo o quanto à equipe de enfermagem estava satisfeita em relação a cada um dos seis componentes. Esses itens, 22 sentenciados positivamente e 22 negativamente, estão dispostos aleatoriamente no instrumento, conforme mostrado no Quadro 01, de forma que o respondente não sabia qual componente estava sendo medido. Um ponto a ser destacado é que a direção da escala é positiva, isto é, ela mede o nível de satisfação, ao invés do nível de insatisfação (LINO, 1999, 2004).

**QUADRO 01 – DISTRIBUIÇÃO DE ITENS DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL (ISP), SEGUNDO COMPONENTE E DIREÇÃO DO ITEM**

<b>Componente</b>	<b>Enunciados positivos</b>	<b>Enunciados negativos</b>
Autonomia	13, 26, 43	07, 17, 20, 30, 31
Interação (geral)	03, 06, 16, 19, 37	10, 23, 28, 35, 39
Entre a equipe de enfermagem	03,16	10, 23, 28
Com a equipe médica	06, 19, 37	35, 39
Status profissional	09, 11, 34, 38	02, 27, 41
Requisitos do trabalho	22, 24, 29	04, 15, 36
Normas organizacionais	05, 25, 40, 42	12, 18, 33
Remuneração	01, 14, 32	08, 21, 44

## 5.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2005, durante os três turnos, com o auxílio de duas alunas de iniciação científica que receberam embasamento teórico sobre o objeto de estudo, leitura e testagem do instrumento.

Para a coleta dos dados foram adotados alguns procedimentos: inicialmente foram enviados ofícios às Coordenações Geral e de Enfermagem do SAMU/Natal, (ANEXOS I e II), contendo os objetivos e metodologia do estudo, de forma sumária, solicitando a autorização para a realização da pesquisa junto aos enfermeiros e técnicos de enfermagem e a utilização formal do nome da instituição (ANEXO III) no relatório final da investigação, além do Termo de Compromisso (ANEXO IV) em honrar os princípios éticos e legais que regem a pesquisa em seres humanos, preconizados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96- (BRASIL, 2000).

Após esta autorização o projeto foi enviado para ser apreciado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Com a aprovação deste Comitê (ANEXO V), iniciamos a primeira etapa da coleta de dados, que se constituiu do pré-teste do instrumento com 10% da população a ser estudada, objetivando avaliar a sua aplicabilidade.

Esta etapa foi realizada em dezembro de 2004, quando aplicamos o ISP num grupo de 04 técnicos de enfermagem e 02 enfermeiros atuantes em um serviço de urgência em uma unidade de saúde do município de Natal/RN. Esse grupo foi pessoalmente convidado a participar do estudo e orientado quanto aos objetivos do pré-teste que foram identificar a compreensão, clareza, objetividade e o tempo de preenchimento.

Apesar de terem destacado a extensão do questionário, o tempo médio de preenchimento foi 15 minutos. Ao final desta etapa, o instrumento foi considerado adequado à

aplicação mantendo o padrão original. Na pesquisa de Lino (1999) o tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos.

A seguir, iniciamos a coleta dos dados, durante os diversos turnos e dias de trabalho, incluindo finais de semana. No início de cada turno de trabalho (diurno, noturno) identificávamos a equipe de enfermagem de plantão, e nos apresentávamos, convidando-os a participar do estudo, explicando, os objetivos, orientando quanto ao caráter voluntário, esclarecendo a forma de participação, o tempo de preenchimento do questionário, enfatizando o anonimato dos participantes de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96- (BRASIL, 2000). Na concordância, solicitava a leitura e assinatura do Termo de Livre Consentimento (ANEXO VII). Entregava o questionário em envelope de papel, ressaltando ao profissional quanto à importância do preenchimento completo dos questionários durante o horário de trabalho.

Os instrumentos eram recolhidos ao final do turno de trabalho e os envelopes deveriam estar lacrados. Nos casos em que o profissional não havia conseguido preencher o questionário e solicitava outro prazo para devolução, foi firmado que devolvesse no próximo dia de trabalho, o que nem sempre acontecia.

É importante ressaltar que apesar de todo o esforço por parte das pesquisadoras e dos enfermeiros do SAMU/Natal, foi confirmada a dificuldade quanto à devolução do instrumento. Dos 60 profissionais de enfermagem, 03 não quiseram participar da pesquisa, alegando falta de tempo e 06 deixaram de entregá-lo, totalizando 09. Por essas razões a população estudada foi de 51 profissionais.

## **5.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS**

Os dados obtidos através da aplicação do ISP foram organizados, categorizados, codificados e digitados em planilha eletrônica, sob a forma de um banco de dados para a análise estatística. Para tanto utilizamos os softwares Statistica 6.0 e o Microsoft Excel XP.

## **5.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO**

Para as respostas referentes aos dados sociodemográficos e profissionais da equipe de enfermagem do SAMU (Parte A), utilizamos a estatística descritiva.

### **5.8.1 Procedimentos para determinação dos Escores do ISP**

Para o tratamento dos dados das Partes B e C do ISP foram seguidas as orientações da autora do instrumento Stamps (1997a, b) e da tradutora, Lino (1999).

Para o escore das comparações pareadas (Parte B) foi criada uma matriz de frequência absoluta que relacionou quantas vezes cada componente foi escolhido, em relação aos outros componentes, assumindo-se a premissa que quanto mais um componente era escolhido, mais importante ele era para o respondente (QUADRO 10 – ANEXO XI). As frequências de resposta foram, então, convertidas em uma matriz de proporção (frequência relativa), através da divisão dos valores absolutos (número de vezes que o componente foi escolhido), pelo tamanho da população (QUADRO 11 - ANEXO XI).

A seguir foi realizada a conversão das proporções ou porcentagens em desvios-padrão (matriz Z) (QUADRO 12 - ANEXO XI), e utilizada a correção dos escores Z, através de um fator de correção, para eliminar os valores negativos. A escolha do fator de correção

(constante) baseia-se na análise do melhor valor que equilibra o maior número negativo encontrado. Para o cálculo dos coeficientes de ponderação dos componentes, aplica-se o fator de correção, ao valor da média dos Z-escores (QUADRO 13 - ANEXO XI). Stamps (1997) diz que a melhor constante a se adicionar é aquela que equilibra o maior número negativo possível, por isso utilizou em seu trabalho o valor 3,1. Em nosso trabalho o fator de correção utilizado foi o +2,5. Lino (1999) também utilizou o valor +2,5 como fator de correção.

Da matriz-Z ajustada, foram gerados valores por cada componente. Esses valores são denominados coeficientes de ponderação dos componentes e medem o nível de importância atribuída, cuja variação numérica possível é entre 0,9 a 5,3 (LINO, 1999). Vale ressaltar que, nessa etapa da análise, o componente Interação somente pode ser estimado em sua totalidade, não permitindo a avaliação de suas sub-divisões.

Para o escore da escala de atitudes (Parte C), os itens foram agrupados por componentes e criadas matrizes de distribuição das frequências de respostas (ANEXO XII). Essas matrizes permitiram uma análise situacional prévia, segundo os padrões de respostas da equipe de enfermagem aos itens.

A outra etapa realizada foi à inversão dos escores positivos, para a determinação do escore total da escala (soma dos escores totais dos componentes), utilizando-se as matrizes de frequências de respostas por componente. A inversão dos escores é um procedimento essencial para a determinação do escore total da escala, na medida em que 22 itens da escala são positivos e 22 são negativos, e a direção da escala é positiva. Isso significa que o escore mais alto (7) deve ser dado à resposta que indica maior nível de satisfação. A inversão dos escores deve ser realizado seguindo o esquema mostrado na Figura 02.

**FIGURA 02** – ESQUEMA PARA INVERSÃO DOS ESCORES DA ESCALA DE ATITUDES.

Escore original	1	2	3	4	5	6	7
Escore invertido	7	6	5	4	3	2	1

A partir das inversões dos escores, foram criadas matrizes de distribuição de freqüências de respostas, por componente (ANEXO XII). Em cada matriz, foi realizada a somatória de todos os valores atribuídos aos itens (os escores), já invertidos. O número gerado em cada componente, denominado Escore Total do Componente (total da somatória dos valores atribuídos aos itens e divisão pelo número da população), é um valor não ponderado.

Após a determinação dos escores totais dos componentes, esses valores foram divididos pelo número total de itens do componente, gerando os Escores Médios do Componente da Escala, que mostram a classificação do nível atual de satisfação. Através da somatória dos escores totais dos seis componentes (reunindo todos os itens) é calculado o Escore Total da Escala, que tem uma variação de 44 a 308 e fornece uma estimativa dos níveis totais de satisfação.

Calculamos também nesta etapa o Escore Médio da Escala que é obtido através da soma do escore médio do componente da escala e sua divisão pelo número de componentes (06), sua variação possível é de 01 a 07.

Para o cálculo do ISP, é necessária a utilização dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes, gerados no cálculo das Comparações Pareadas. O coeficiente de cada componente é multiplicado pelo Escore Médio do respectivo componente, gerado a partir da escala de atitudes, obtendo-se, assim, os Escores Ajustados dos Componentes. Nessa etapa do escore, os sub-componentes da Interação não são considerados já que não há cálculo de Coeficiente de Ponderação dos Componentes para esses sub-componentes.

O ISP, propriamente dito, foi obtido através da soma dos escores ajustados (multiplicação do coeficiente de ponderação do componente pelo escore médio de cada componente) dos seis componentes e sua divisão pelo número de componentes (06), cuja variação é de 0,9 a 37,1, indicando o nível mais elevado de satisfação profissional, de acordo com a Tabela 05 que será apresentada nos resultados desse trabalho.

### 5.8.2 Avaliação da confiabilidade

Para medir a confiabilidade, isto é, a consistência interna ou homogeneidade do instrumento, utilizamos dois meios de análise – o Alfa de Cronbach e o Tau de Kendall. Quanto à validade foi mantida a orientação de usar a análise fatorial. Ambos os métodos de análise recomendados por Stamps (1997a, b).

Os cálculos do alfa de Cronbach e do Tau de Kendall foram obtidos através do software Statistica no modo Basic Statistics e Nonparametrics Statistics, respectivamente.

Através da determinação do Coeficiente Alfa de Cronbach, índice de estimativa de homogeneidade, foram analisadas as correlações entre os itens e componentes, e para isso, os itens pertencentes ao mesmo componente foram agrupados e calculadas as suas correlações (TABELA 01).

Como a premissa do Alfa é que todas as correlações entre as variáveis são positivas, foram identificados então, os itens que mantinham correlações negativas, sugestivos de inconsistência interna, sendo, portanto excluídos da análise do Tau de Kendall (PEREIRA, 2001).

São eles:

- **Status Profissional** – item 09
- **Autonomia** – item 30

- **Requisitos do Trabalho** – itens 04 e 15
- **Interação** (Considerado como único) – itens 03 e 06
- **Interação enfermagem/enfermagem** – item 03
- **Interação enfermagem/médico** – itens 06 e 39

Todos os itens dos componentes **Remuneração** e **Normas Organizacionais** foram mantidos, uma vez que apresentaram correlações positivas entre si.

Após a exclusão dos itens inconsistentes, foi recalculado o Alfa para verificação do peso que os itens restantes exerciam sobre o valor do Alfa total do componente, através do cálculo do coeficiente, por item, considerando a exclusão deste como um indicador de variação do valor do coeficiente (TABELA 01).

Para calcular o Alfa total da escala, os componentes foram tomados na sua forma validada pela análise anterior.

**TABELA 01 – VALORES DO COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH, COM A EXCLUSÃO DE ITENS, POR COMPONENTES, DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005**

Componente (Alfa de Cronbach)	Itens	Alfa de Cronbach alcançado com a exclusão do Item
Remuneração (a = 0,61)	1	0,69
	8	0,46
	14	0,68
	21	0,29
	32	0,59
	44	0,38
Status Profissional (a = 0,75)	2	0,72
	11	0,60
	27	0,80
	34	0,60
	38	0,60
Autonomia (a = 0,73)	41	0,82
	7	0,75
	13	0,64
	17	0,61
	20	0,72
	26	0,77
Normas Organizacionais (a = 0,76)	31	0,67
	43	0,66
	5	0,66
	12	0,71
	18	0,69
	25	0,79
Requisito do Trabalho (a = 0,70)	33	0,77
	40	0,76
	42	0,69
	22	0,62
Interação (a = 0,84)	24	0,79
	29	0,36
	36	0,62
	10	0,83
	16	0,76
	23	0,82
	28	0,84
19	0,76	
Interação Enfermeira/Enfermeira (a = 0,66)	35	0,78
	37	0,81
	39	0,88
	10	0,58
Interação Enfermeira/Médica (a = 0,87)	16	0,69
	23	0,51
	28	0,63
	19	0,63
	35	0,88
	37	0,87

Alfa Total da Escala = 0,94

Os valores para o coeficiente Alfa de Cronbach variam de 0 a 01, sendo que quanto mais próximo de 01 é o coeficiente, mais aceitável é o instrumento. Um Alfa adequado para os instrumentos em estágios iniciais de desenvolvimento deve ser maior que 0,70 e para os

instrumentos desenvolvidos deve ser maior que 0,80 (NUNNALLY apud LINO, 1999, LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Em nossa pesquisa obtivemos o Alfa total da escala igual a 0,94, significando que a variação de erro é pequena e que o instrumento de avaliação possui pouco erro de medição (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Pelos valores apresentados na Tabela 01, observamos que o Alfa do componente Remuneração, considerado moderado, melhoraria com a exclusão dos itens 01 e 14.

O valor do Alfa do componente “Status” profissional, considerado aceitável, melhoraria com a exclusão dos itens 27 e 41. O componente Autonomia também é considerado aceitável, mas melhoraria com a exclusão dos itens 07 e 26. O componente Normas Organizacionais é considerado aceitável, melhoraria com a exclusão dos itens 25 e 33. O componente Requisitos do Trabalho foi aceitável e melhoraria com a exclusão do item 24. O componente Interação Equipe de Enfermagem/ Equipe de Enfermagem foi considerado moderado e ficaria melhor com a exclusão do item 16. O componente Interação médico/equipe de enfermagem foi considerado aceitável e melhoraria com a exclusão do item 35. Um item que gerou certo grau de conflito quanto à conduta a ser tomada foi o 35, do componente Interação médico/equipe de enfermagem. Sua exclusão aumentaria o Alfa do sub-componente para 0,88, porém o mesmo apresenta correlação positiva, ainda que baixa, com os demais e o sub-componente ficaria limitado a 02 itens. Por esse motivo, optou-se por sua manutenção.

O outro teste de confiabilidade realizado foi o Tau de Kendall (TABELA 02), que tem como princípio a comparação entre concordâncias e discordâncias em posições hierárquicas de duas medidas. Foi realizado para determinar se ocorreram diferenças significativas entre os valores do escore médio dos componentes e o escore ajustado na Escala de Atitudes. O seu valor está entre 0,80 e 0,90 (SIEGEL, 1975 apud LINO, 1999).

**TABELA 02** – ESCORES NUMÉRICOS E VARIAÇÕES DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005

<b>Componente</b>	<b>Tau de Kendall</b>
Remuneração	0,87
Autonomia	0,86
Requisitos do Trabalho	0,86
Status Profissional	0,85
Normas Organizacionais	0,85
Interação	0,85

Os valores do Tau de Kendall encontrados nessa pesquisa estão entre 0,85 e 0,87, e indicaram um alto nível de confiabilidade para o instrumento.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para abordarmos os resultados e a discussão dos dados obtidos nessa pesquisa, iniciamos pela Parte A do instrumento que constou de itens sociodemográficos e profissionais da equipe de enfermagem, objeto desse estudo.

Em seguida, trouxemos à tona a Parte B que contém as comparações pareadas entre os seis componentes relacionados à satisfação profissional que são: autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração, que resultou na importância atribuída pelo profissional a cada um desses componentes.

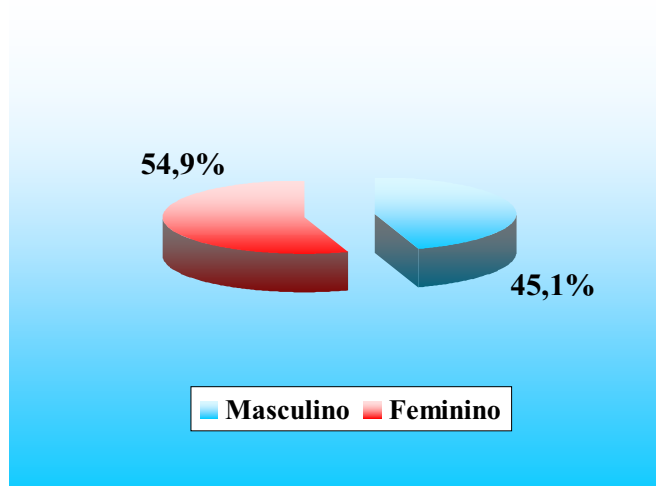
A Parte C correspondeu aos dados da escala de atitudes onde identificamos a importância percebida pelo profissional de enfermagem na sua jornada de trabalho diária (satisfação atual).

Por último, apresentamos o Índice de Satisfação Profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal, calculado através do Escore do Componente Ajustado, demonstrando o verdadeiro nível de satisfação profissional dessa equipe.

### **6.1 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Nesse primeiro momento, faremos uma apresentação dos dados de caracterização dos 51 indivíduos que participaram desta investigação em relação à identificação pessoal e dados profissionais.

**GRÁFICO 01** – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO O SEXO. SAMU/NATAL/RN, 2005



Ao analisarmos os dados desses profissionais segundo o sexo, constatamos uma discreta predominância do feminino (54,9%), em detrimento ao masculino (45,1%). Historicamente, a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, fato este constatado nas pesquisas realizadas por Di Lascio (1980), Takahashi (1985), Lunardi Filho (1997), Cura; Rodrigues (1999), Fernandes; Farias (1999), Lino (1999), Carvalho; Lima (2001), Matsuda; Évora (2003), Lino (2004), Schmidt (2004).

Moura (1992b) também destaca como um aspecto peculiar do ambiente hospitalar o grande contingente de trabalhadores do sexo feminino, em decorrência de determinantes históricos e culturais.

Silva (1998) comenta que a enfermagem, de forma geral, é exercida em sua grande maioria por mulheres, ao contrário da profissão médica, que ainda predominam os homens, apesar do número expressivo de mulheres que optam hoje pela medicina. Esse mesmo autor

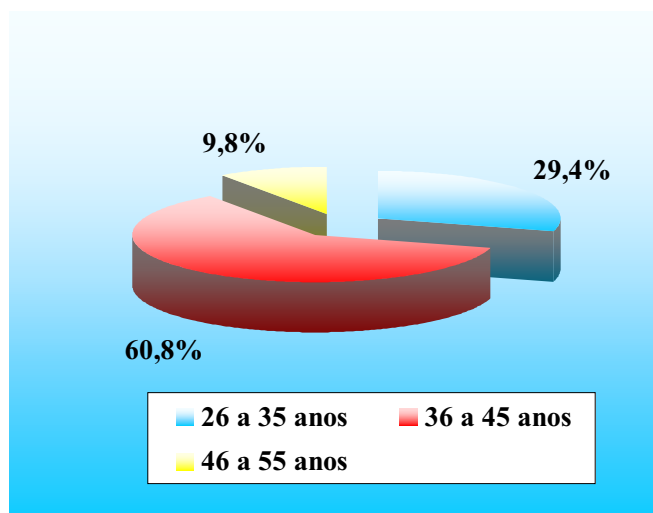
ainda diz que embora a mulher tenha conquistado espaços e esteja ocupando posições de destaque na sociedade, as profissões que possuem tradição feminina são mais desvalorizadas do que aquelas que possuem perfis ajustados ao padrão masculino.

Já Andrade; Caetano; Soares (2000) ressaltam em seu trabalho que apesar do predomínio do sexo feminino na enfermagem, tem-se observado nos últimos anos nas universidades, o surgimento de um número maior de homens que se interessam pela enfermagem.

Nesse estudo, pela semelhança dos dados entre ambos os sexos, é importante ressaltar o pensamento de Levine; Wilson; Guido (1988) e Heskins (1997), que atribuem ao cuidado intensivo, como o prestado no SAMU, como sendo uma atividade de natureza masculina, em função de características do ambiente – alto nível tecnológico e do trabalho, que requer comportamentos como racionalidade, lógica e dinamismo – tradicionalmente atribuídos ao sexo masculino. Discordamos dos autores quanto aos requisitos inerentes ao sexo masculino. Justificamos, porém que essa concentração masculina no SAMU, se deva ao fato desse serviço em especial, demandar força física, que na maioria das vezes é necessária ao atendimento e remoção das vítimas, exigindo bastante preparo físico do profissional.

Silva (1998) comenta que atualmente, em alguns setores profissionais, existe uma valorização de traços considerados femininos tais como, a sensibilidade, a criatividade, a emoção e a intuição.

**GRÁFICO 02** – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA. SAMU/NATAL/RN, 2005

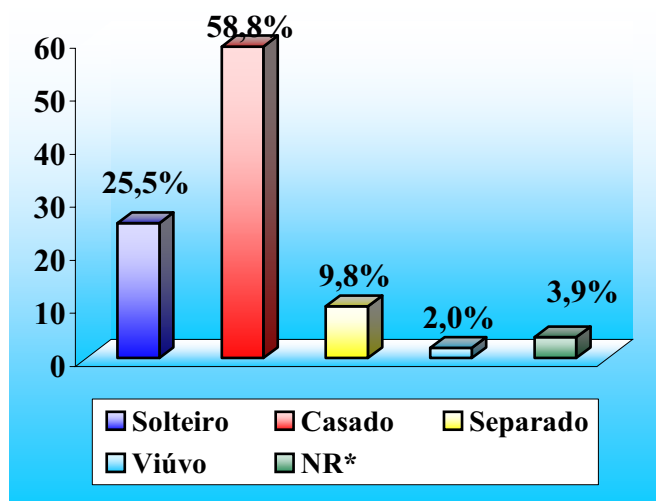


Quanto à faixa etária, predominou aquela entre 36 a 45 anos (60,8%). Esses dados apontam para uma equipe de enfermagem relativamente jovem, indo de encontro aos achados de Santos (1992), Lautert (1997), Cura; Rodrigues (1999), Silva; Marziale (2000), Carvalho; Lima (2001), Sarella; Paravic (2002), Matsuda; Évora (2003), quando detectaram que a maioria dos profissionais de enfermagem encontram-se na faixa etária mais produtiva de suas vidas.

Andrade; Caetano; Soares (2000) ressaltam que uma unidade de urgência exige a presença de pessoas jovens e ágeis, pois acredita que a idade é um fator que intervém positivamente na qualidade da assistência prestada na urgência.

Já Zeitz (1990), Blegen (1993), Al-Ameri (2000), Larraguibel; Paravic (2003) mostram em seus trabalhos que as enfermeiras que estão mais satisfeitas profissionalmente são as que possuem idade mais avançada.

**GRÁFICO 03** – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, QUANTO AO ESTADO CONJUGAL. SAMU/NATAL/RN, 2005



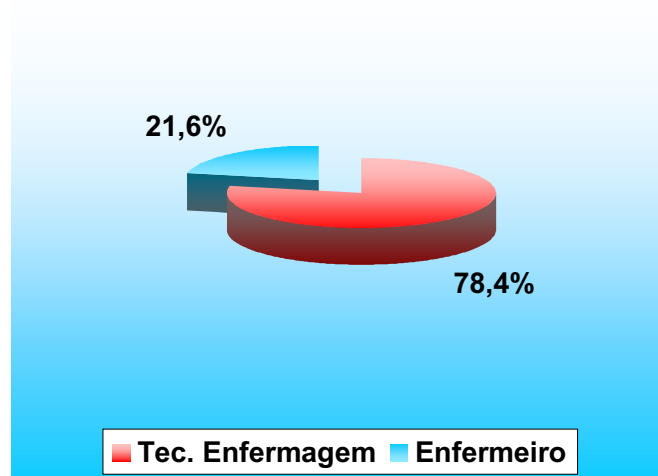
Quanto ao estado conjugal, focado no Gráfico 03, a maioria é casada 30 (58,8%), dado esse também encontrado nos trabalhos de Lautert (1997), Lunardi Filho (1997), Silva; Marziale (2000), Sarella; Paravic (2002), Matsuda; Évora (2003), Schmidt (2004).

Santos (1992) mostra que o casamento representa um aspecto importante para os enfermeiros, que influencia direta ou indiretamente na prática profissional, principalmente no que diz respeito à concepção errônea do caráter de submissão da profissão. Para este autor, existe na mente dos profissionais de enfermagem menos esclarecidos a concepção de que a enfermagem deve ser submissa à medicina, como a mulher deve ser submissa ao homem. Pires (1989), tratando da hegemonia médica na saúde, explica a dominação da profissão médica sobre a enfermagem não somente em função da relação homem e mulher, mas sobretudo às condições históricas gerais que contribuíram para a produção e reprodução das relações de poder e submissão ainda existentes na área de saúde.

Tratando-se ainda do estado conjugal, Sarella; Paravic (2002) mostram que os enfermeiros separados estão mais satisfeitos em seu trabalho no SAMU/Chile que os outros com situações conjugais diferentes. No trabalho de Schmidt (2004) eram os viúvos que estavam mais satisfeitos com o trabalho. Já Lautert (1997) detectou que a maioria das enfermeiras de sua amostra, além do trabalho, dedicavam-se a atividades domésticas e à vida em família. Contrapondo-se a isso, Lino (2004) encontrou dados em que a maioria das enfermeiras eram solteiras e sem filhos, e interpreta que, na sociedade atual, existe uma ênfase no desenvolvimento profissional das mulheres, o que implicou num aumento da idade média para o estabelecimento de relações conjugais e, conseqüentemente, para a maternidade.

Após falarmos sobre o estado conjugal, consideramos importante apresentar dados em relação à prole dos participantes. Em nosso trabalho, 82,4% da população estudada possuem filhos, destes 61,9% apenas 01, e 30,8% dos filhos estão na faixa etária entre 05 e 09 anos. Matsuda (2002) diz que o número e a idade dos filhos pode influenciar no nível de satisfação no trabalho, pois para suprir as suas necessidades básicas são exigidos esforços extras, os quais somam-se as dificuldades dos serviços, resultando em sentimentos de impotência e frustração. Em seu trabalho, no Estado do Paraná, obteve uma média de 1,4 filho por enfermeira, e a maioria se encontrava na faixa de 01 a 10 anos. Lino (1999), ao estudar a satisfação de enfermeiras na cidade de São Paulo, obteve uma média de 1,2 filho. Podemos perceber que a maior parte da equipe de enfermagem em nosso trabalho possuem apenas um filho, e essa realidade é semelhante em outros Estados do país. Apesar de as possibilidades profissionais serem melhores hoje em dia, as dificuldades relacionadas a segurança e de constituição de família também parecem aumentar.

**GRÁFICO 04** - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, QUANTO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL. SAMU/NATAL/RN, 2005



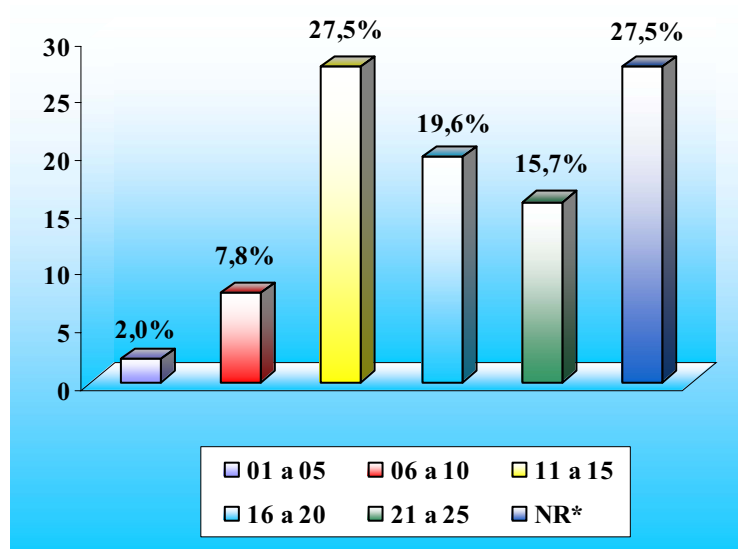
De acordo com a formação dos profissionais, observamos que 78,4% do estudo eram técnicos de enfermagem e 21,6% enfermeiros.

Os técnicos/auxiliares de enfermagem continuam sendo a maioria na equipe de saúde, concordando com os dados dos trabalhos de Fernandes; Farias (1999), Silva; Marziale (2000), Carvalho; Lima (2001), Matsuda (2002), Schmidt (2004). Isso reforça a realidade do nosso país, pelo fato de existir um grande número de escolas formadoras e a ênfase dada pelo governo federal aos cursos profissionalizantes, em particular ao Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Outro fator que pode ter influência é que a faixa salarial desta categoria é menor que a dos profissionais de nível superior (BEZERRA, 2000, MATSUDA, 2002, CAVALCANTE, 2003, SCHMIDT, 2004, FREIRE, 2005).

Silva (1998) enfatiza que a assistência à saúde é tida como um empreendimento voltado para a produção de lucro, onde os gestores das instituições de saúde tendem a

despender menos recursos financeiros com o pessoal mais qualificado (enfermeiro), contratando-o em menor número. E que o pessoal menos qualificado (auxiliares e técnicos de enfermagem) é contratado em maior número e remunerado com menores salários.

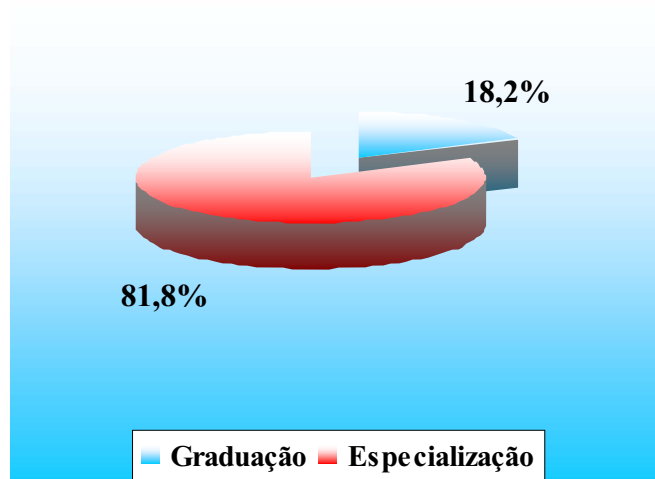
**GRÁFICO 05** - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO TEMPO DE FORMAÇÃO. SAMU/NATAL/RN, 2005



Analisando o Gráfico 05, percebemos que 27,5% da equipe de enfermagem tem de 11 a 15 anos de formado, 27,5% não informaram o tempo de formação e 19,6% tem de 16 a 20 anos. Nos trabalhos de Lunardi Filho (1997), Matsuda; Évora (2003), a equipe de enfermagem possui em média 10 anos de graduada. A média é de 12 anos, na pesquisa de Carvalho; Lima (2001), e em Lino (1999), Lino (2004) é de 07 anos. Nos trabalhos de Santos (1992), Cura; Rodrigues (1999) a faixa é de 01 a 05 anos. Os estudos de Lancero (1995), Zeitz (1990), Al-Ameri (2000) relacionam de maneira positiva as variáveis idade e tempo de formação para a satisfação profissional.

Andrade; Caetano; Soares (2000) direcionando-se de forma positiva para a atuação da enfermeira na urgência, denota o fato de que o profissional com maior tempo de formado possui um potencial maior de experiência podendo apresentar mais segurança no desempenho de suas funções. Entretanto, adverte para o cuidado desse profissional, não cair no comodismo e passar a não se interessar em aprimorar os seus conhecimentos, optando pelo domínio de rotinas.

**GRÁFICO 06** - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS ESTUDADOS, SEGUNDO A FORMAÇÃO COMPLEMENTAR. SAMU/NATAL/RN, 2005



De acordo com o Gráfico 06, entre os 11 enfermeiros estudados, 09 (81,8%) informam ter especialização. Um é especialista em urgência pré-hospitalar, um em cardiologia e três em terapia intensiva, ambas as áreas de conhecimentos que são utilizadas na prestação de cuidados no SAMU. As outras especializações citadas foram gestão em saúde, metodologia do ensino superior e educação sexual. Um enfermeiro não informou sua área de especialização. Esses dados são de extrema importância, pois um serviço de urgência da

natureza do SAMU, requer níveis elevados de conhecimentos e capacitação, onde seus profissionais devem estar suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão de qualidade à clientela que dele necessite, aplicando corretamente os conhecimentos e tecnologias disponíveis para cada situação em benefício do paciente (LINO, 1999, ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000).

Entendemos, pois que, o processo educativo por estar presente no ser humano, devido à necessidade de adaptação às condições de vida e a procura pela realização pessoal, requer do indivíduo uma busca contínua pelo saber. A educação continuada para o profissional é uma condição e mesmo uma necessidade para sua atualização, pois o que se aprende no início de um curso de graduação, ao seu final, poderá estar obsoleto. O profissional deve investir no seu aprendizado, porque a todo o momento surgem mudanças trazidas pelos avanços tecnológicos e que se tornam desafios aos trabalhadores, que precisam aprender a desenvolver-se com a mesma rapidez com que ocorrem as transformações no mundo do trabalho e principalmente na saúde. Além disso, o profissional bem qualificado desenvolve suas atividades com desembaraço, facilidade e eficiência; evita desperdícios, sabe argumentar, tomar decisões, relaciona-se bem com a equipe de trabalho, acertando quase sempre (FREIRE, 1990, SENAC, 1997, GUEDES; SILVA; FREITAS, 2000).

Tratando-se da educação continuada na enfermagem, esta profissão, na busca de seu próprio corpo de conhecimentos, tem encontrado na pesquisa um instrumento indispensável a sua solidificação. A pesquisa formal na área de enfermagem tem sido atrelada especialmente aos programas de pós-graduação “strictu sensu” (mestrado e doutorado), embora os programas “lato sensu” (especialização) também contribuam para o despertar da pesquisa, principalmente entre os enfermeiros assistenciais (CIANCIANRULLO, 1992).

As oportunidades de educação continuada para enfermeiros têm crescido e os cursos de especialização assumem destaque, uma vez que estes permitem ao enfermeiro,

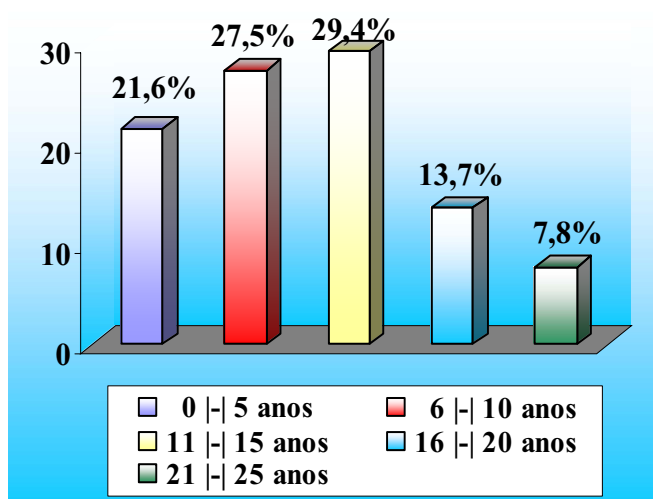
principalmente o assistencial, a revisão da prática e a instituição dos problemas do cotidiano, dando-lhes subsídios para respostas mais adequadas (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2000).

Além disso, o atendimento de urgência realizado pelo SAMU, por ser de alta complexidade, necessita de pessoas competentes e com conhecimentos técnicos e científicos atualizados. Para isso a equipe de enfermagem como parte integrante desse serviço deve estar apta a prestar uma assistência competente e profissional à diversificada demanda de urgência (SOARES; SILVA 1997).

Para o enfermeiro que deseja melhorar o seu desenvolvimento profissional, aqui mesmo na cidade de Natal-RN, em termos de pós-graduação, temos o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que oferece a especialização em Educação Sexual, e na área da enfermagem: Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, Enfermagem Obstétrica: habilidades midwifery para uma maternidade segura, Enfermagem Obstétrica: maternidade segura, além dos cursos de mestrado e doutorado. O Departamento de Enfermagem da UFRN, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, possui o Curso de Mestrado em Enfermagem, sendo a área de concentração a Assistência à Saúde e as linhas de pesquisa Atenção à Saúde e Enfermagem, Educação e Cidadania. A Universidade Potiguar dispõe das seguintes especializações voltadas para a Enfermagem: Enfermagem do Trabalho e Enfermagem em Terapia Intensiva.

Dentro desse enfoque, esperamos que os enfermeiros especialistas tenham um diferencial em sua prática profissional, devendo atuar como eficazes agentes de mudança, executores, formadores e investigadores, que melhorem ativamente a qualidade dos cuidados dos doentes, numa área específica de especialização, em conjunto com os enfermeiros generalistas e outros membros da equipe multiprofissional (MARSHALL; LUFFINGHAM, 1999).

**GRÁFICO 07 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO O TEMPO QUE TRABALHA NA URGÊNCIA. SAMU/NATAL/RN, 2005**



Os dados do Gráfico 07 mostram que 29,4% da equipe de enfermagem trabalham de 11 a 15 anos na área de urgência e 27,5% de 06 a 10 anos. Andrade; Caetano; Soares (2000) dizem, em seu trabalho, que segundo a legislação vigente em nosso País, três anos é o período mínimo considerado para a estabilidade profissional. Daí os autores entenderem ser esse o período mínimo esperado para adaptação em uma unidade de urgência dada a complexidade do seu atendimento.

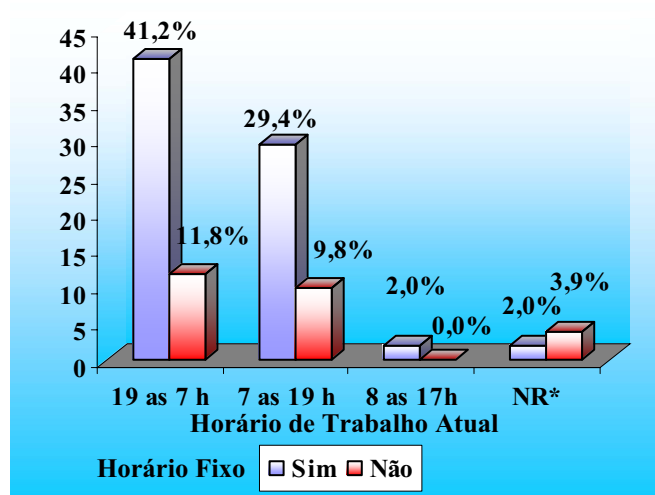
Quanto ao tempo de trabalho no SAMU, que existe há apenas 02 anos e 11 meses, dos profissionais que lá exercem suas funções, 58,8% trabalham há mais de 02 anos, 19,6% de 01 a 02 anos e 21,6% há menos de 01 ano. Moura (1992b) mostra em seu estudo que o tempo de trabalho num determinado setor pode ser considerado um indicativo de satisfação no trabalho, já que grande parte da vida do profissional está sendo dedicada a este. A autora ressalta, ainda, que este fato, na cultura em que se vive, parece ser sinônimo de sucesso. Martinez et al.

(2004) encontraram maior nível de satisfação entre os trabalhadores com menor tempo na empresa.

Por outro lado, Lautert (1997), num estudo sobre o desgaste emocional e os setores de trabalho, verificou que os profissionais de enfermagem que trabalhavam no setor de urgência, alcançaram os maiores escores de desgaste profissional.

Acerca disso, Cura; Rodrigues (1999), em pesquisa realizada em um hospital geral, verificaram que quanto mais elevada era a faixa etária e o tempo de atuação no setor, mais alto era o nível de satisfação no trabalho.

**GRÁFICO 08** - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO O HORÁRIO DE TRABALHO ATUAL/FIXO. SAMU/NATAL/RN, 2005



\* Não responderam

Analisando o Gráfico 08, percebe-se que 72,6% dos membros da equipe de enfermagem possuem horários fixo de trabalho no SAMU, o que é positivo, em termos de organização da rotina diária.

Lino (2004) ressalta que uma característica do trabalho da enfermagem em instituições hospitalares é o trabalho em turnos, como uma maneira de garantir assistência de enfermagem durante 24h, que pode ser operacionalizado nas modalidades de turnos fixos ou alternantes de trabalho, segundo determinação institucional. Marziale; Rozestraten (1995) apontam os efeitos negativos que a modalidade turnos alternantes causa às enfermeiras, como os prejuízos na qualidade do sono que impedem o bom rendimento físico, diminui o nível de atenção e perturba sensivelmente a coordenação motora e o ritmo mental. Acerca das longas jornadas de trabalho na enfermagem, Santos (1999) as aponta em seu estudo, como causadoras de absenteísmo e evasão principalmente nos fins de semana.

Houve homogeneidade no que se refere ao turno de trabalho: 41,2% no período diurno e 53% no período noturno. Makowiec-Dabrowska et al. (2000), no estudo sobre os turnos de 12 horas, como acontece no SAMU, afirmam que nesse tipo de jornada existe um aumento do volume de trabalho, da fadiga e queda no desempenho, mesmo favorecendo o ajuste de folgas. Já Ugrovics; Wright (1990), Richardson; Dabner; Curtis (2003) concluíram que sob esse regime de trabalho existe maior satisfação devido ao melhor ajuste da vida pessoal, social e familiar.

Acerca do trabalho noturno, Rutenfranz; Knauth; Fischer (1989), Chaves (1994) e Marziale; Rozestraten (1995), Lunardi Filho (1997), Shimizu; Ciampone (2002) alertam que este horário de trabalho interfere na disposição das pessoas para dormir, pois alteram o ritmo biológico, sendo uma ameaça para saúde, podendo levar a um desgaste físico e mental e, conseqüentemente, o aparecimento de transtornos fisiológicos (alteração de hábitos de sono e alimentação). E acrescentam que os trabalhadores do plantão noturno nunca repõem totalmente o sono, pois não conseguem dormir bem durante o dia. Destacam também que o sistema de plantões, tanto diurnos em fim-de-semana, como os noturnos, prejudica a vida social e familiar dos indivíduos, gerando sentimentos de desvantagem e isolamento social.

**TABELA 03** - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO O MOTIVO PORQUE TRABALHA NO SAMU E AS ATIVIDADES QUE REALIZA PREDOMINANTEMENTE. SAMU/NATAL/RN, 2005

Motivo	Atividades Predominantes						Total	
	Cuidados diretos aos pacientes		Supervisão da equipe de enfermagem		Gerenciamento do serviço			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Escolheu	39	76.3	03	5.7	01	2.0	43	84.0
Gosta	02	4.0	00	0.0	00	0.0	02	4.0
Afinidade	02	4.0	00	0.0	00	0.0	02	4.0
Oportunidade	01	2.0	00	0.0	00	0.0	01	2.0
Outros	02	4.0	00	0.0	00	0.0	02	4.0
Satisfação	01	2.0	00	0.0	00	0.0	01	2.0
Total	47	92.3	03	5.7	01	2.0	51	100.0

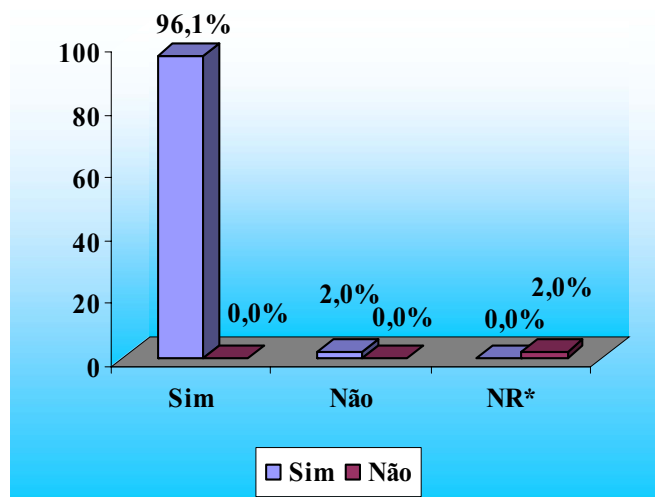
Vemos na Tabela 03 que 84% profissionais de enfermagem escolheram trabalhar neste serviço, e destes 76,3% realizam predominantemente cuidados diretos aos pacientes. Lino (2004), em pesquisa realizada com enfermeiras na UTI detectou que o trabalho desenvolvido nessas unidades era marcado pelo prazer e satisfação gerado pelo cuidar direto e pela aproximação humana, caracterizando um processo eminentemente assistencial. Isto implica na motivação do trabalho da equipe de enfermagem. Bianchini (1999), Macneese-Smith (1999), Shimizu; Ciampone (2002), Schmidt (2004) referiram que, o assistir e estar próximo ao paciente reflete a essência do trabalho da enfermagem e mostram que a prestação de cuidados diretos consistiu na mais significativa causa de satisfação no trabalho entre os enfermeiros. Santos (1999) constatou que afastar-se do objeto de trabalho e distanciar-se da assistência direta são tidas pelos enfermeiros como razões de sofrimento e insatisfação no trabalho.

No entanto, alguns estudos realizados em nosso país mostram os enfermeiros mais voltados para as atividades administrativas, gerenciamento e coordenação das unidades, e os

cuidados direto ao paciente são dados apenas em situações complexas (TIPPLE, 1991, LIMA, 1998, SANTOS, 1999).

Quanto à escolha profissional e mais especificamente por uma determinada área de atuação, Silva (1998) a relaciona à sociedade e à cultura, nas quais o indivíduo está inserido. Para D'andrea (1989), essa escolha reflete o desenvolvimento e integração da personalidade do ser humano. Já para Nightingale (1989) é a “vocação” que qualifica o indivíduo para exercer uma profissão, e sobre o trabalho da enfermagem, salienta que está presente quando o cuidado praticado gera uma “auto-satisfação”, uma sensa o de realiza o interior e bem-estar, tornando o profissional tecnicamente melhor, do que outro que não a possui. Para Matsuda (2002) a escolha do local de trabalho   um dos fatores que influencia de forma positiva na satisfa o e produtividade.

**GRÁFICO 09** - DISTRIBUI O DA POPULA O ESTUDADA, QUANTO A GOSTAR E ESTAR SATISFEITO COM O SERVIÇO. SAMU/NATAL/RN, 2005



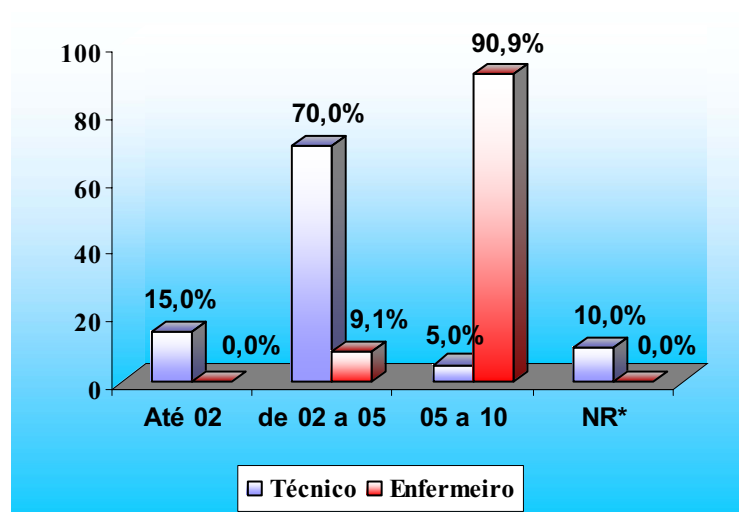
\* Não responderam

No Gráfico 09 temos um dado bastante relevante, 96,1% dos membros da equipe de enfermagem gostam e estão satisfeitos em trabalhar no SAMU. Explicamos esse dado pelo fato do SAMU, enquanto serviço de urgência móvel, possuir profissionais com perfil adequado e capacitado para trabalhar nessa área, e que trabalham porque gostam e escolheram trabalhar neste serviço (TABELA 03).

A satisfação profissional é um fator importante na qualidade, desenvolvimento e continuidade do trabalho. Um profissional satisfeito influencia de forma positiva todas as pessoas com as quais trabalha, realizando as tarefas de forma harmoniosa e produtiva (ANTUNES; SANT ANNA, 1996, LIMA, 1996).

Larraguibel; Paravic (2003), no estudo sobre a satisfação de enfermeiras de hospitais da Província de Concepción, no Chile, mostram que as profissionais mais satisfeitas são aquelas que trabalham no setor de urgência e UTI.

**GRÁFICO 10** - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO O SALÁRIO LÍQUIDO MENSAL. SAMU/NATAL/RN, 2005



\* Não responderam

De acordo com o Gráfico 10, dos enfermeiros, 90,9% informaram receber de 05 a 10 salários mínimos; quanto aos técnicos de enfermagem, 70% informaram receber de 02 a 05 salários mínimos.

Analisando a questão salarial ao nível nacional, destaca-se a forte desigualdade existente entre trabalhadores organizados no que diz respeito à remuneração. No ano de 2002, a remuneração média dos brasileiros, baseando-se no salário mínimo vigente na época (R\$ 240,00), na região Central do país foi de 4,2 salários mínimos; na região Norte e Sudeste 04 salários mínimos; na região Sul foi de 3,6 salários mínimos e na Nordeste 2,8 salários. Percebemos que a profunda recessão que atravessa o país se reflete com mais intensidade nos Estados da região Nordeste do Brasil, e tem provocado desemprego e perda do poder aquisitivo da população. Ressaltamos ainda que, segundo dados da Pesquisa de Domicílio de 2003, 31,7 milhões de empregados recebem até um salário mínimo mensal, correspondendo a 40% do total de ocupados no país (SANTOS, 1992, BRASIL, 2005b).

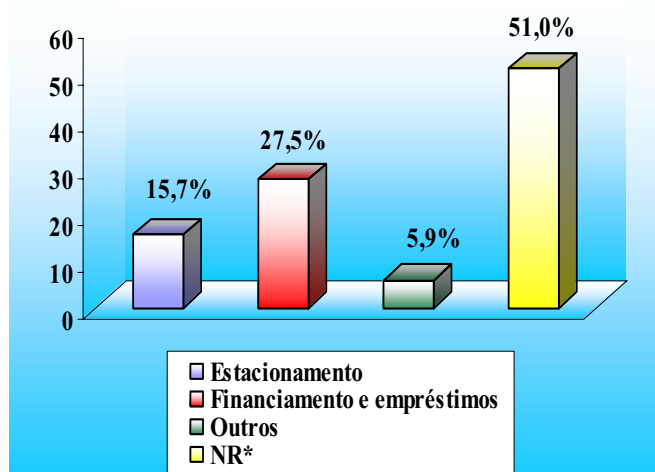
A questão salarial da profissão de enfermagem deve receber uma atenção especial por parte dos gestores da saúde. O salário além de ser o fundamento de sua vida econômica, reflete o próprio valor do trabalhador. É uma variável extremamente importante dentro de uma instituição, funcionando como um dos fatores de motivação e participação, determinante no funcionamento de um serviço (SENAC, 2004).

Segundo informações, a atual presidente do COREN/RN, diz não existir nenhum registro sobre a temática e que um auxiliar de enfermagem no Estado do Rio Grande do Norte ganha em média 2,5 salários mínimos, o técnico de enfermagem 03 salários e o enfermeiro de 05 a 06 salários mínimos. De acordo com essas informações, a equipe de enfermagem do SAMU está sendo remunerada um pouco acima da média salarial do Estado do RN, contrariando a percepção de Lunardi Filho (1997) de que o salário recebido pela enfermagem é extremamente pouco e injusto, pelo tipo de atividade e responsabilidade que esses

profissionais têm, pelas restrições à vida pessoal que a profissão impõe, não garantindo condições decentes de sobrevivência, constituindo-se em fator tributário do sofrimento no trabalho.

Santos (1992), em pesquisa realizada com os enfermeiros da cidade de João Pessoa-PB, evidenciou que 68,9% recebem de 01 a 04 salários mínimos, 24,4% na faixa de 05 a 09 salários mínimos e apenas 3% estão na faixa de 09 salários mínimos. Matsuda (2002) mostra em seu estudo que os enfermeiros, que trabalham em UTI no Estado do Paraná, recebem um salário líquido mensal em torno de 7,3 a 10 salários mínimos. Já Schmidt (2004), também no Estado do Paraná, constatou que o enfermeiro do bloco cirúrgico recebe em média 5,4 salários mínimos, a categoria técnico de enfermagem 1,84 e o auxiliar de enfermagem 2,48 salários mínimos.

**GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SEGUNDO OS BENEFÍCIOS QUE RECEBE. SAMU/NATAL/RN, 2005**



\* Não recebem nenhum benefício

De acordo com o Gráfico 11, 51% dos profissionais de enfermagem informaram não receber nenhum benefício, dado esse explicado pelo fato do serviço fornecer apenas o vale transporte, porém este não foi citado talvez por não o considerarem como um benefício. O estacionamento, citado por 15,7% dos respondentes, não é suficiente para todos os funcionários que possuem automóvel, fato este que leva a alguns terem que estacionar fora do prédio da sede do SAMU. Os financiamentos e empréstimos ao qual se referem 27,5% da equipe são descontados direto no contra-cheque do servidor.

Acreditamos que a remuneração em forma de benefício é um meio capaz de aumentar os proventos do profissional e, conseqüentemente, a sua situação sócio-econômica. Cavanagh (1992), Matsuda (2002), Schmidt (2004) mostram em seus trabalhos a importância dos benefícios recebidos pelos funcionários como fonte de satisfação no trabalho.

## **6.2 NÍVEL DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

Ao buscarmos o Índice de Satisfação Profissional (ISP), utilizamos o Coeficiente de Ponderação da Escala (Parte B), os Escores Médio e Total do Componente da Escala (Parte C) e o Escore do Componente Ajustado.

O Coeficiente de Ponderação do Componente tanto determina o ISP como pode ser usado para planejar as ações organizacionais, critérios de referências de indicadores de qualidade e nas intervenções das organizações com o objetivo de atingir a satisfação das enfermeiras (STAMPS, 1997a, b).

Para obtermos os escores agrupamos os dados referentes às comparações pareadas na Parte B do instrumento em relação ao nível de satisfação atribuída aos seis componentes já descritos. Após esta etapa os componentes são trabalhados utilizando os 44 itens da Parte C.

Para tanto, fizemos uso da Escala do tipo Likert objetivando avaliar o nível de satisfação percebido.

### 6.2.1 A importância atribuída aos componentes

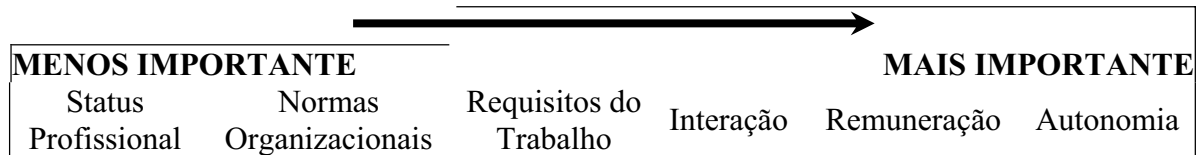
Os valores obtidos no Cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes, a partir das Comparações Pareadas, são apresentados no quadro 02 a seguir. As matrizes de frequência para o cálculo desse coeficiente são apresentadas em Anexo.

**QUADRO 02** – COEFICIENTES DE PONDERAÇÃO DOS COMPONENTES DO ISP, OBTIDOS ATRAVÉS DAS RESPOSTAS DAS COMPARAÇÕES PAREADAS. SAMU/NATAL/RN, 2005

<b>Componente</b>	<b>Coeficiente de Ponderação do Componente</b>
Autonomia	4,417
Remuneração	4,041
Interação	3,030
Requisitos do Trabalho	1,644
Normas Organizacionais	0,949
“Status” Profissional	0,920

Ao calcularmos os coeficientes de ponderação dos componentes, foi possível classificá-los por ordem de importância atribuída identificada na Figura 03, do menos para o mais importante.

**FIGURA 03** - CLASSIFICAÇÃO DOS COMPONENTES DO ISP, POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005



Observando o Quadro 02 e a Figura 03, vemos que o componente considerado mais importante pela equipe de enfermagem, na sua satisfação profissional, foi **Autonomia**, com coeficiente de ponderação de 4,417. Esse dado é consistente com estudos realizados por Williams (1990), Boumans; Landeweerd (1994), Fung-Kam (1998), Matsuda (2002), Lino (1999), Lino (2004), quando a equipe de enfermagem classificou esse componente como o mais importante para a satisfação profissional. Matsuda (2002) diz que o enfermeiro enquanto administrador da assistência e prestador dos cuidados mais complexos da unidade que atua, deve ter no seu cotidiano profissional a autonomia e a delegação de atividades, mas que isso normalmente não ocorre de maneira satisfatória.

Em seguida, aparece o componente **Remuneração**, classificado como o segundo mais importante para a satisfação profissional, também encontrado no estudo de Lino (1999) que aponta a hipótese de que Remuneração é um fator gerador de insatisfação profissional, mas não é o principal determinante da satisfação profissional, segundo o nível de importância atribuído pelas enfermeiras de UTIs.

Já o componente “**Status**” **Profissional**, como mostra a Figura 03, destacou-se como aquele ao qual foi atribuída menor importância. Cura; Rodrigues (1999) discorrendo acerca do “status” profissional da enfermagem apontam este item como causador de grande insatisfação. Este sentimento é gerado pela desvalorização e falta de reconhecimento do trabalho da enfermagem, confirmado pela falta de recompensa financeira, acúmulo de serviços e falta de

expectativa de ascensão na carreira (LINO, 1999, MATSUDA, 2002, SARELLA; PARAVIC, 2002, SCHMIDT, 2004).

## 6.2.2 A satisfação profissional percebida

Os Quadros de 03 a 09, a seguir, apresentam a distribuição das frequências das respostas obtidas na Escala de Atitudes do ISP. Ressaltamos que as frequências de respostas aos diferentes níveis de concordância ou discordância foram agrupadas em duas categorias: concordo e discordo, com vistas a uma melhor compreensão dos resultados. As respostas neutras foram mantidas.

**QUADRO 03** – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS, ABSOLUTAS E RELATIVAS, OBTIDAS NA ESCALA DE ATITUDES DO ISP, SUB-COMPONENTE INTERAÇÃO EQUIPE DE ENFERMAGEM/MÉDICO. SAMU/NATAL/RN, 2005

<b>INTERAÇÃO EQUIPE DE ENFERMAGEM/ MÉDICO</b>								
06. Em meu trabalho, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	41	80,4	02	3,9	08	15,7	51	100,0
19. Em meu serviço, há muito trabalho em equipe entre a enfermagem e os médicos	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	40	78,4	01	2,0	10	19,6	51	100,0
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	28	54,9	07	13,7	16	31,4	51	100,0
37. Os médicos deste serviço geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	37	72,5	01	2,0	13	25,5	51	100,0
39. Os médicos desse serviço subestimam demais a equipe de enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	21	41,2	05	9,8	25	49,0	51	100,0

Analisando o Quadro 03, o sub-componente interação equipe de enfermagem/médico, através do item 06 (*Em meu trabalho, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem*), do 19 (*Em meu serviço, há muito trabalho em equipe entre a enfermagem e os médicos*) e do 37 (*Os médicos deste serviço geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz*), observamos que a equipe de enfermagem sente que há uma interação entre eles e os médicos do SAMU.

Compreendemos que as relações humanas são a base do trabalho do profissional de saúde, uma vez que não se pode separar o fisiológico do psicológico. Dessa forma, é errôneo pensar na ação do profissional dissociada da interação, pois este é um instrumento básico no processo que torna possível o relacionamento entre os membros de uma equipe (SOUZA; SILVA; SALEH, 2005).

Porém, em relação ao item 35 (*Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem*), 54,9% da equipe concordam que gostaria que os médicos mostrassem mais respeito. Dados apontam para as dificuldades no relacionamento profissional entre enfermeiros e médicos, como conseqüência da hegemonia da prática médica vigente na assistência à saúde, onde a tomada de decisão é do domínio médico (FAGIN, 1992, ADAMSON; KENNY, 1993, MANDERINO; BERKEY 1997, CURA; RODRIGUES, 1999, SCHMIDT, 2004).

No que se refere ainda a esse dado, Takahashi (1985) explica essa dificuldade de relacionamento pela tendência do médico em manter-se em uma posição hierarquicamente superior à enfermagem e pela inexistência do trabalho e espírito de equipe. Os enfermeiros, em sua maioria, não se sentem respeitados pelos médicos quanto aos seus conhecimentos, fato consistente nos estudos de Rosenstein; Russel; Lauve (2002), Coombs (2003), Thomas; Sexton; Helmrelch (2003).

Takase; Kershaw; Burt (2001) ressaltam ainda que a falta de reconhecimento e respeito pelo trabalho executado pelo enfermeiro causa um forte impacto sobre a imagem desse profissional, e, conseqüentemente, sobre suas percepções acerca do trabalho, da profissão, da auto-estima, auto-conceito e auto-imagem.

**QUADRO 04** – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS, ABSOLUTAS E RELATIVAS, OBTIDAS NA ESCALA DE ATITUDES DO ISP, SUB-COMPONENTE INTERAÇÃO EQUIPE DE ENFERMAGEM/ EQUIPE DE ENFERMAGEM. SAMU/NATAL/RN, 2005

<b>INTERAÇÃO EQUIPE DE ENFERMAGEM/ EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>								
03. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando “as coisas estão corridas”	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	41	80,4	01	2,0	09	17,6	51	100,0
10. Em meu trabalho, é difícil para a(o)s enfermeira(o)s nova(o)s sentirem-se “a vontade”	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	24	47,1	05	9,8	22	43,1	51	100,0
16. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	36	70,6	04	7,8	11	21,6	51	100,0
23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	26	51,0	00	0,0	25	49,0	51	100,0
28. Em minha unidade há muita “distinção de posições”: a(o)s enfermeira(o)s raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	21	41,2	05	9,8	25	49,0	51	100,0

Quanto à interação entre a equipe de enfermagem mostrada no Quadro 04, o item 03 (*Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando “as coisas estão corridas”*) e o 16 (*Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem*) apresentaram elevado grau de concordância, expressando a existência de trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem. Os demais itens tiveram frequências semelhantes de respostas entre os dois pólos. Carvalho; Lima (2001) consideram alguns setores de um hospital mais desgastantes, como as UTIs, centro cirúrgico, pela maior carga de trabalho que possuem, e atribuem uma característica a esses setores fechados, o fato de restringir a interação social, vista como fator ambiental que, por si só, traz desgaste físico e mental aos profissionais que ali atuam. No SAMU, devido ao grande número de ocorrências, a passagem do plantão é muito rápida, e apesar da equipe mostrar através das respostas que existe interação entre eles, esta não foi percebida em nossas observações durante a coleta de dados.

Lino (1999), Matsuda (2002), Schmidt (2004) e Lino (2004) em seus estudos, concordando com os dados da nossa pesquisa, mostram que as enfermeiras e auxiliares de enfermagem também estão mais satisfeitos com o sub-componente interação com a equipe de enfermagem. Já Moura (1992b) e Félix (2001), apesar de inferirem que existe uma relação de amizade entre as enfermeiras, identificaram pouca satisfação nas relações interpessoais, constatada nas dificuldades relacionadas à liderança e ao comando, egoísmo na elaboração da escala de plantões, detenção de conhecimento e competitividade de cunho negativo. Acerca disso, Takahashi (1985) menciona, em seu trabalho, a desunião e a competição existente entre as enfermeiras, dificultando o relacionamento, a troca de experiências e o crescimento profissional.

A divisão do trabalho na enfermagem tem sido adotada nas instituições de saúde brasileiras. Lino (2004) evidencia na prática da enfermagem o predomínio de um processo

assistencial dissociado, nas dimensões intelectual e manual do trabalho. Acerca disso, Capella et al. (1988) destacam a dimensão intelectual da assistência de enfermagem: o saber, como instrumental da enfermeira e o fazer, como instrumental do técnico de enfermagem. E essa dissociação gera conflitos no dia-a dia do trabalho desses profissionais, deixando clara a hierarquia existente na profissão. Acerca disso, Schmidt (2004) diz que o enfermeiro ocupa uma posição mais favorável em relação aos demais membros da equipe de enfermagem, e como gerente da equipe voltou-se mais à supervisão e organização da unidade, enquanto sua função junto ao paciente tem sido ocupada pelos técnicos/auxiliares de enfermagem. Lima (1998) atribui como competência do enfermeiro o planejamento, a direção e a supervisão da assistência, e aos outros membros da equipe de enfermagem a execução do cuidado.

Na fase de intervenção do trabalho de Matsuda (2002) os auxiliares de enfermagem sugerem que se trabalhe o relacionamento interpessoal da equipe como primeira opção para a melhoria do nível de satisfação. Esta autora percebe no cotidiano da enfermagem uma concepção distorcida da denominação do grupo que presta assistência (equipe de enfermagem), já que as atividades não necessariamente são desenvolvidas em equipe.

**QUADRO 05 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS, ABSOLUTAS E RELATIVAS, OBTIDAS NA ESCALA DE ATITUDES DO ISP, COMPONENTE AUTONOMIA. SAMU/NATAL/RN, 2005**

<b>AUTONOMIA</b>								
07. Eu sinto que sou supervisionada(o) mais diretamente (“de perto”) do que é necessário	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	25	49,0	04	7,8	22	43,1	51	100,0
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada tipo de atendimento	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	43	84,3	01	2,0	07	13,7	51	100,0
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	29	56,9	02	3,9	20	39,2	51	100,0
20. Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	22	43,1	02	3,9	27	52,9	51	100,0
26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	25	49,0	12	23,5	14	27,5	51	100,0
30. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser programadas para mim	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	08	15,7	05	9,8	38	74,5	51	100,0
31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	27	52,9	03	5,9	21	41,2	51	100,0
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia(s) para me apoiar	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	32	62,7	02	3,9	17	33,3	51	100,0

Ao analisarmos o Quadro 05, no item 13 (*Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada tipo de atendimento*), detectamos que 84,3% da

equipe de enfermagem concordam que tem participação suficiente no planejamento da assistência para cada tipo de atendimento. Já no item 17 (*Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade*), 56,9% dos respondentes concordam ter muitas responsabilidades e pouca autoridade, e no item 26 (*Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim*), 49% concordam que a independência só é permitida quando requerida do próprio profissional. Os demais itens apresentaram uma distribuição equitativa entre o concordo e o discordo.

Em nosso trabalho esse componente foi considerado como mais importante pela equipe de enfermagem, na sua satisfação profissional, como também nas pesquisas de Fung-Kam (1998), Lino (1999), Matsuda (2002) e Lino (2004).

Segundo Lino (1999), a autonomia é um dos elementos que confere maior profissionalização e prestígio a uma ocupação, atendendo a demandas individuais de inserção social que, no caso da enfermagem, é introduzida ou reforçada na sua formação educacional.

Alexander; Weisman; Chase (1982) sugerem que a insatisfação da enfermagem quanto à autonomia possa estar vinculada à socialização presente na formação educacional, que leva à criação de expectativas que não são alcançadas na prática diária.

Kelly (1985) questiona a falta de autonomia do enfermeiro revelando que este profissional não estará satisfeito enquanto não puder praticar suas ações usando conhecimentos e julgamentos independentes para benefício dos pacientes.

Lino (2004) diz que a falta de autonomia e limitação do âmbito de ação dos enfermeiros na UTI, emergem como fatores negativos do trabalho, e que a organização da assistência hospitalar não favorece a afirmação de um campo de ação mais autônomo para esse profissional em virtude das desigualdades na distribuição do poder.

Amarante (2004) enfatiza que o grau de autonomia para a tomada de decisões, na maioria das vezes, só acontece no nível gerencial, e que na maioria dos casos, cabe ao médico o poder decisório.

Matsuda (2002) descreve que a insatisfação com a Autonomia apresentada pelos auxiliares de enfermagem se relacionava à falta de planejamento, da existência de instrumentos formais para a organização do serviço e do modelo de gestão adotado. Alegam também sua subordinação ao enfermeiro, que não o insere no processo de tomada de decisão nas questões que afetam diretamente o serviço. E salienta ainda que no contexto da enfermagem, a participação e autonomia profissional devem caminhar juntas no processo de assistência.

Schmidt (2004) percebeu que a equipe de enfermagem atuante em bloco cirúrgico reflete pouca autonomia, e que isto é um aspecto relevante, já que cabe a este profissional em muitas situações, decisões rápidas e livres de erros.

**QUADRO 06** – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS, ABSOLUTAS E RELATIVAS, OBTIDAS NA ESCALA DE ATITUDES DO ISP, COMPONENTE STATUS PROFISSIONAL. SAMU/NATAL/RN, 2005

STATUS PROFISSIONAL								
02. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	36	70,6	00	0,0	15	29,4	51	100,0
09. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	37	72,5	03	5,9	11	21,6	51	100,0
11. Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	48	94,1	00	0,0	03	5,9	51	100,0
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	03	5,9	04	7,8	44	86,3	51	100,0
34. Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que faço no meu trabalho	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	45	88,2	01	2,0	05	9,8	51	100,0
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim eu entraria na Enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	46	90,2	00	0,0	05	9,8	51	100,0
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	04	7,8	00	0,0	47	92,2	51	100,0

De acordo com o Quadro 06, o item 02 (*A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante*), 70,6% da população estudada concorda que a enfermagem não é uma profissão reconhecida como importante. Acerca disso, Félix (2001),

Takase; Kershaw; Burt (2001), Takase; Kershaw; Burt (2002), Matsuda (2002), expõem em seus trabalhos, sobre a falta de reconhecimento e respeito pelo trabalho realizado pela enfermagem, causando um forte impacto na imagem e na auto-estima desses profissionais.

No estudo de Sousa; Silva (2001) sobre o prestígio das profissões, a enfermagem ocupou o sétimo lugar na ordenação de prestígio profissional, ficando abaixo de profissões como medicina, psicologia, fisioterapia, farmácia. Santos; Rodrigues Filho (1995) afirmam que falar de medicina e enfermagem, em nossa realidade, é pensar numa estrutura de poder rígida em que os médicos são colocados numa posição de superioridade, em termos de “**status**” e conhecimentos. Desse modo, os médicos assumem a posição de senhores do saber e da política de saúde, e para os enfermeiros sobram as tarefas periféricas.

Mas, de acordo com o item 11 (*Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante*), para 94,1% dos profissionais de enfermagem do SAMU, o que eles fazem realmente é importante, e o item 34 (*Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que faço no meu trabalho*) revela que 88,2% sentem orgulho do seu trabalho. Schmidt (2004) percebeu em seu estudo que o profissional de enfermagem reconheceu a importância de sua profissão, mas que é necessário provar o seu papel essencial e que merece ser respeitado como as demais profissões da área da saúde.

Santos; Rodrigues Filho (1995) apontam que os enfermeiros que fizeram parte de sua pesquisa reconhecem como importantes às atividades que desenvolviam no trabalho, embora, demonstrassem insatisfação com as condições laborais e sentiam-se não reconhecidos pela organização. Bianchini (1999) evidenciou em seu estudo como uma situação que traz satisfação ao enfermeiro no ambiente hospitalar, o reconhecimento e a valorização do seu trabalho pelos pacientes, familiares e administração.

**QUADRO 07 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS, ABSOLUTAS E RELATIVAS, OBTIDAS NA ESCALA DE ATITUDES DO ISP, COMPONENTE REQUISITOS DO TRABALHO. SAMU/NATAL/RN, 2005**

REQUISITOS DO TRABALHO								
04. Neste serviço, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	13	25,5	01	2,0	37	72,5	51	100,0
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer, o tempo todo	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	14	27,5	08	15,7	29	56,9	51	100,0
22. Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	46	90,2	01	2,0	04	7,8	51	100,0
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	27	52,9	02	3,9	22	43,1	51	100,0
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência direta ao paciente	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	41	80,4	01	2,0	09	17,6	51	100,0
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	28	54,9	03	5,9	20	39,2	51	100,0

Pela observação do Quadro 07, no item 04 (*Neste serviço, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático*), vemos que 72,5 % da população discordam desta afirmação, contrapondo-se a concepção de que o enfermeiro atua muitas vezes em área administrativa, executando tarefas isoladas e não compatíveis com a sua formação. A esse fato podemos atribuir a natureza das atividades desenvolvidas pelo SAMU que exige dos

profissionais cuidados diretos relacionados ao atendimento de urgência tanto no local do evento como nas ambulâncias (SILVA, 1998).

No item 22 (*Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho*), destacamos a frequência de respostas de 90,2% da população, que dizem estar satisfeitos com os tipos de atividades que realizam no trabalho. Judge, Bono, Locke (2000) e Spence (2002) concebem que pessoas que preferem e buscam por atividades desafiantes e novas oportunidades de aprendizado tendem a alcançar resultados e a vivenciar experiências, positivamente, tanto em nível pessoal quanto em nível profissional.

No item 29 (*Eu tenho tempo suficiente para a assistência direta ao paciente*), detectamos que 80,4% concordam que há tempo suficiente para a assistência direta ao paciente. Esse dado é coerente, pois, na realidade, esses profissionais que trabalham no atendimento pré-hospitalar móvel fazem prioritariamente a assistência direta. O cuidado direto, caracterizando uma ação de atendimento à saúde, valoriza e concebe uma equipe de enfermagem que atua junto ao paciente (SILVA, 1998).

Sarella; Paravic (2002) observaram que a variável que produz maior satisfação nos enfermeiros do SAMU diz respeito às atividades do trabalho que não são monótonas e nem repetitivas, mas envolvem bastante estresse e põe em risco a saúde, devido às próprias características do trabalho.

Em se tratando do componente Requisitos do Trabalho, a rotinização, burocratização, inflexibilidade no trabalho, quantidade/sobrecarga e o modelo de assistência adotado foram fatores causadores de insatisfação nos trabalhos de Santos; Rodrigues Filho (1995), Fung-Kam (1998), Lino (1999), Matsuda (2002), Lino (2004) e Schmidt (2004).

**QUADRO 08** – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS, ABSOLUTAS E RELATIVAS, OBTIDAS NA ESCALA DE ATITUDES DO ISP, COMPONENTE NORMAS ORGANIZACIONAIS. SAMU/NATAL/RN, 2005

<b>NORMAS ORGANIZACIONAIS</b>								
05. Em meu serviço, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	33	64,7	03	5,9	15	29,4	51	100,0
12. Existe uma grande lacuna entre a administração deste serviço e os problemas diários da equipe de enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	28	54,9	04	7,8	19	37,3	51	100,0
18. Neste trabalho não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	36	70,6	03	5,9	12	23,5	51	100,0
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	14	27,5	08	15,7	29	56,9	51	100,0
33. Neste serviço, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	17	33,3	03	5,9	31	60,8	51	100,0
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste serviço	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	18	35,3	02	3,9	31	60,8	51	100,0
42. A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	33	64,7	02	3,9	16	31,4	51	100,0

O item 13 (*Neste trabalho não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem*) do Quadro 08 aponta que 70,6% da população afirmam não existir oportunidades de promoção para o pessoal de enfermagem. No trabalho realizado por Sarella;

Paravic (2002) a variável promoção apareceu como geradora de insatisfação no grupo dos enfermeiros do SAMU, que consideram as chances de promoção muito limitadas e quando existem são pouco transparentes, já que nem sempre são dadas as pessoas mais competentes.

Houve uma certa contradição no que se refere ao planejamento da assistência de enfermagem, pois o item 05 (*Em meu serviço, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho*) teve 64,7% de concordância, já no item 40 (*Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste serviço*), houve uma discordância de 60,8%. O mesmo aconteceu entre o item 12 (*Existe uma grande lacuna entre a administração deste serviço e os problemas diários da equipe de enfermagem*) com concordância de 54,9% e o 33 (*Neste serviço, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente*) teve uma discordância de 60,8%, quanto à administração do serviço.

Santos; Rodrigues Filho (1995) mostram que a administração dos serviços de saúde não se preocupa com o bem-estar do pessoal de enfermagem, ao mesmo tempo em que mantém uma certa distância dos problemas e dificuldades enfrentadas pela enfermagem. Lunardi Filho (1997) e Santos (1999) reforçam que uma política organizacional autoritária e rígida dificulta a comunicação e o acesso aos níveis mais elevados da gestão do serviço, impedindo a participação dos trabalhadores na tomada de decisões, gerando sentimento de desprazer, fadiga e tensão. Para este autor, não é difícil encontrar organizações onde há uma grande distância entre a administração e os problemas do serviço de enfermagem.

Quanto ao item 42 (*A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos*), revela que 64,7% da equipe em estudo concordam que a chefia de enfermagem os consulta nos problemas diários. Paravic (1998) mostra em seu trabalho que a chefia e a política de promoções são as que têm maior peso na satisfação profissional. Matsuda (2002) enfatiza que o chefe de uma equipe, além de suas qualidades

técnicas e intelectuais, deve possuir flexibilidade nas atitudes e decisões, visão integral do trabalhador e do ambiente que o cerca, e adotar uma postura de líder para corresponder às exigências da instituição, conduzindo sua equipe da melhor forma possível. Schmidt (2004) demonstra a importância da organização do trabalho em equipe e dos métodos de administração mais flexíveis para a satisfação profissional.

**QUADRO 09** – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS, ABSOLUTAS E RELATIVAS, OBTIDAS NA ESCALA DE ATITUDES DO ISP, COMPONENTE REMUNERAÇÃO. SAMU/NATAL/RN, 2005

<b>REMUNERAÇÃO</b>								
01. Meu salário atual é satisfatório.	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	23	45,1	02	3,9	26	51,0	51	100,0
08. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse serviço está insatisfeito com seu salário	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	30	58,8	02	3,9	19	37,3	51	100,0
14. Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste serviço o salário que recebemos é razoável	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	23	45,1	03	5,9	25	49,0	51	100,0
21. Neste serviço, o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	40	78,4	02	3,9	09	17,6	51	100,0
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros serviços, neste nossa remuneração é justa	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	24	47,1	06	11,8	21	41,2	51	100,0
44. Neste serviço, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem	<b>Concordo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Discordo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	44	86,3	02	3,9	05	9,8	51	100,0

Ao analisar os dados do Quadro 09, percebemos nos item 01 (*Meu salário atual é satisfatório*), que 51% dos respondentes não estão satisfeitos com o salário atual, e no item 08 (*Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse serviço está insatisfeito com seu salário*), 58,8% concordam que grande parte do pessoal de enfermagem desse serviço também está insatisfeita com seus proventos.

Cura (1994) referiu que uma remuneração justa deve ser aquela que preenche as necessidades do empregado e que seja equivalente aos esforços despendidos por este no desempenho de sua função, pois somente assim, poderemos elevar a satisfação para com este componente.

Di Lascio (1980), Mochel (1988), Cunha (1989), Moura (1992b), Ramos (1995), Antunes; Sant Anna (1996), Lautert (1997), Sarella; Paravic (2002) reportam em seus trabalhos a influência negativa que o baixo nível salarial impõe sobre a percepção de satisfação profissional, por parte do trabalhador de enfermagem. Santos; Rodrigues (1995) ressaltam a importância da remuneração para a enfermagem, uma vez que o salário, em função da responsabilidade da categoria, é muito baixo e precisa ser melhor adequado às habilidades e ao nível de conhecimento, a fim de se tornar um mecanismo eficaz do estado de satisfação. Moura (1992b) diz que os salários oferecidos, na sua grande maioria, são baixos e decorrem da pouca valorização ao trabalho manual e da conotação caritativo-religiosa que ainda acompanha o trabalho da enfermagem hospitalar.

Lino (2004) percebe a influência positiva que o aspecto econômico vinculado ao trabalho exerce sobre a manutenção e atendimento das necessidades de vida do trabalhador de enfermagem.

No estudo de Schmidt (2004) os baixos salários das categorias da enfermagem foram apontados como uma das causas de maior insatisfação. Em virtude disso, a autora traz à tona que a maioria dos trabalhadores de enfermagem é obrigada a optar por mais de um emprego, o

que leva essa categoria a permanecer no ambiente de trabalho, a maior parte do tempo de suas vidas produtivas, podendo haver prejuízo para sua qualidade de vida.

### 6.2.3 Índice de Satisfação Profissional

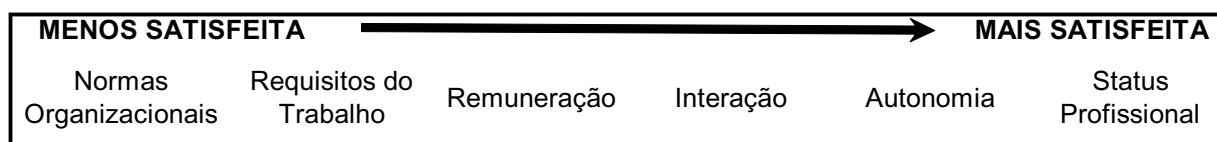
Os valores obtidos, a partir da Escala de Atitudes do ISP, são apresentados na Tabela 04 a seguir.

**TABELA 04 – RESULTADOS NUMÉRICOS DOS ESCORES DA ESCALA DE ATITUDES DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005**

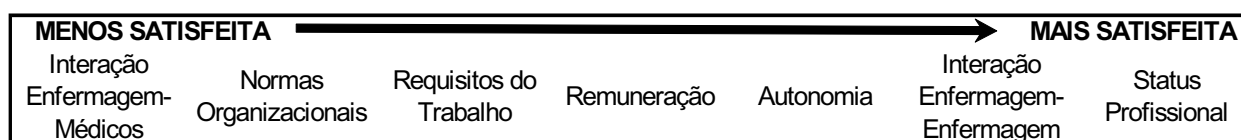
<b>Componente</b>	<b>Escore Total do Componente da Escala</b>	<b>Escore Médio do Componente da Escala</b>
Remuneração	20,02	3,34
Autonomia	24,31	3,47
Requisitos do Trabalho	13,21	3,30
Status Profissional	26,16	4,36
Normas Organizacinais	22,65	3,24
Interação (Geral)	27,12	3,39
Enfermagem-Enfermagem	14,37	3,59
Enfermagem-Médico	8,33	2,78
	<b>Escore Total da Escala : 133,5</b>	<b>Escore Médio da Escala : 3,5</b>

Através dos valores mostrados na Tabela 04, os componentes foram classificados, segundo o nível atual de satisfação da equipe de enfermagem do SAMU, como mostram as Figuras 04 e 05 a seguir.

**FIGURA 04** – CLASSIFICAÇÃO DOS COMPONENTES DO ISP, POR ORDEM DO NÍVEL ATUAL DE SATISFAÇÃO, CONSIDERANDO-SE O COMPONENTE INTERAÇÃO COMO ÚNICO, PERCEBIDO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005

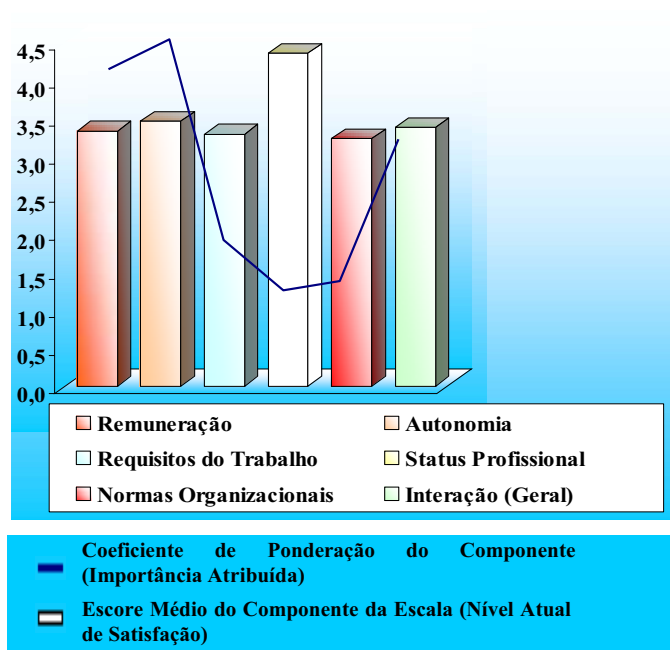


**FIGURA 05** – CLASSIFICAÇÃO DOS COMPONENTES DO ISP, POR ORDEM DO NÍVEL ATUAL DE SATISFAÇÃO, CONSIDERANDO-SE OS SUB-COMPONENTES DA INTERAÇÃO, PERCEBIDA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005



Ao analisarmos a relação existente entre o nível de satisfação profissional atual e o nível de importância atribuído aos componentes da satisfação profissional pela equipe de enfermagem, podem ser observadas dissonâncias, como mostra o Gráfico 12.

**GRÁFICO 12** – PROPORÇÃO ENTRE O NÍVEL DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA E O NÍVEL ATUAL DE SATISFAÇÃO IDENTIFICADO, EM RELAÇÃO AOS COMPONENTES DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL, PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005



Pelo Gráfico 12 vemos que os componentes cujo nível de satisfação percebida alcançou e superou o nível de importância atribuída foram requisitos do trabalho, status profissional, normas organizacionais e interação.

O ponto relevante dessa interseção é o fato de “**Status**” **Profissional** ter sido classificado em sexto e último lugar no nível de importância atribuída e ser o componente em relação ao qual a equipe de enfermagem encontrava-se mais satisfeita. Achados semelhantes foram detectados nos estudos de Cura (1994), Fung-Kam (1998), Lino (1999), Lino (2004) e Schmidt (2004) quando observaram que os enfermeiros estão satisfeitos com os aspectos intrínsecos (realização, reconhecimento e autonomia) do trabalho, contrapondo-se ao estudo de Moura (1992b) que mostra que as enfermeiras estão insatisfeitas com o seu “**Status**” Profissional.

O componente **Autonomia** foi considerado pela equipe de enfermagem como o mais importante para sua satisfação profissional neste estudo (FIGURA 03, p.84), no entanto, não foi o componente com o qual sentiam-se mais satisfeitos. Esse achado também é consistente com os estudos de Fung-Kam (1998) e Lino (1999), Lino (2004), quando explicam essa ocorrência ao fato de que a organização hospitalar não favorece um campo de ação mais autônomo para a enfermeira, em virtude das desigualdades na distribuição do poder, que se detêm na equipe médica. Lima (1998) também refere que os enfermeiros têm autonomia limitada no seu cotidiano, devido à dependência do trabalho médico e o lugar social que a enfermagem ocupa nessa relação. Isto causa muitas vezes insatisfação no pessoal de enfermagem, ocasionada pela submissão ao saber médico e a pouca autonomia que têm no desenvolvimento do trabalho e na tomada de decisões. Santos (1999) enfatiza que o enfermeiro vem tornando-se insatisfeito com sua atividade profissional devido a sua pouca autonomia. Matsuda (2002) explica o fato dos auxiliares de enfermagem não estarem satisfeitos com este componente, pela falta de planejamento da assistência e do modelo de gestão adotado nos serviços, de subordinação aos enfermeiros.

A **Interação** também foi considerada um dos componentes mais importantes na satisfação profissional da equipe de enfermagem. Entretanto, foi apenas com o sub-componente interação entre a equipe de enfermagem que eles sentiram-se mais satisfeitos. O sub-componente interação com a equipe médica não foi percebido de forma satisfatória. Esses achados são condizentes com os estudos de Lino (1999), Lino (2004).

Os dados relativos aos componentes com os quais a equipe de enfermagem sentiu-se menos satisfeita (remuneração, requisitos do trabalho, normas organizacionais) também são congruentes aos encontrados por Lino (1999), Lino (2004) e Schmidt (2004).

O fraco desempenho do componente **Requisitos do Trabalho** pode ser atribuído a uma possível influência negativa do componente **Normas Organizacionais**, considerado o

segundo determinante menos importante da satisfação no trabalho da enfermagem do SAMU, e o que causa maior insatisfação.

O desequilíbrio entre o nível de importância atribuído e o nível de satisfação percebido em relação ao componente **Remuneração** é um achado expressivo, porém não surpreendente, considerando-se a situação econômica do país, descrita nas páginas 80 e 81 deste trabalho.

Na Tabela 05 a seguir, são apresentados os escores numéricos obtidos através da aplicação do ISP.

**TABELA 05 – ESCORES NUMÉRICOS E VARIAÇÕES DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005**

Componente	I. Coeficiente de Ponderação da Escala (Parte B)	II. Escore Total do Componente da Escala (Parte C)	III. Escore Médio do Componente da Escala (Parte C)	IV. Escore de Componente Ajustado ( I x III )
Remuneração	4,04	20,02	3,34	13,48
Autonomia	4,42	24,31	3,47	15,34
Requisitos do Trabalho	1,64	13,21	3,30	5,42
Status Profissional	0,92	26,16	4,36	4,01
Normas Organizacionais	0,95	22,65	3,24	3,07
Interação (Geral)	3,03	27,12	3,39	10,27
<b>Escore Total da Escala: 133,47</b> (variação de 44 - 308)				
<b>Escore Médio da Escala: 3,5</b> (variação de 1 - 7 )				
<b>Índice de Satisfação Profissional: 8,6</b> (variação de 0,9 - 37,1)				

Pela Tabela 05 podemos observar que os sub-componentes da interação não foram calculados e isso se deve ao domínio dos coeficientes de ponderação dos componentes, que não considera os sub-componentes.

A coluna I desta Tabela 05 corresponde à importância atribuída aos componentes da satisfação profissional, as colunas II e III a satisfação percebida, ambas já discutidas anteriormente.

Mostramos também o Escore Total da Escala que corresponde à soma dos Escores Totais dos Componentes da Escala (coluna II) que foi de 133,47. A variação desse escore é de 44 a 308, sendo que quanto maior o valor, maior a satisfação com o trabalho. No trabalho de Lino (1999) o escore total foi de 137,91, Matsuda (2002) na análise dos resultados de enfermeiras obteve 164,86 e para os auxiliares 158,61, em Schmidt (2004) esse valor foi de 170, Lino (2004) obteve 141,89.

O Escore Médio da Escala que nesse estudo foi de 3,5, e a variação possível é de 01 a 07, foi calculado através da soma do escore médio do componente da escala e sua divisão pelo número de componentes (06). Fung-Kam (1998), Lino (1999), obtiveram em seus estudos 3,4 e 3,8, respectivamente. Matsuda (2002) obteve 3,74 (enfermeiras) e 3,6 (auxiliares), Lino (2004) 3,81 e Schmidt (2004) 3,85.

Na coluna IV, temos a representação do estado verdadeiro de satisfação profissional da equipe de enfermagem, que segundo as diretrizes de Stamps (1997a,b) varia entre 0,9 a 37,1. Para calculá-lo, realizamos a soma do Escore do Componente Ajustado que é igual a 51,59, e o dividimos pelos seis componentes, obtendo um ISP de 8,6. Para melhor visualização, a classificação por componente está apresentada no Gráfico 13.

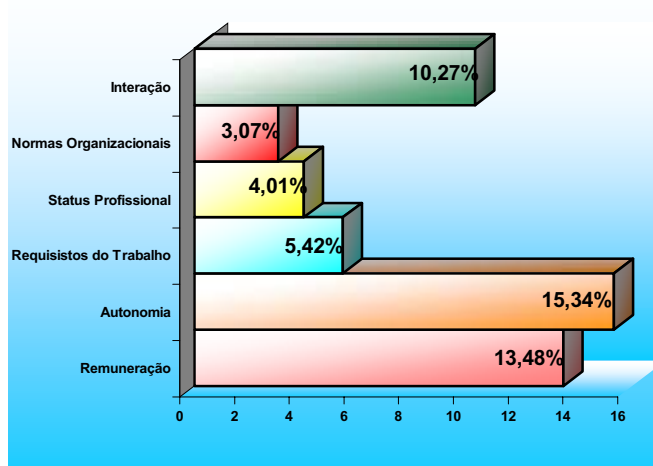
Quanto ao ISP, Stamps (1997a,b) refere que na maioria das pesquisas, este índice situa-se entre 12 e um máximo de 37. Tomando como referência esse dado, o ISP de nosso estudo (8,6), significa baixa satisfação profissional.

Valores muito similares ao de nosso estudo e que caracteriza a pouca satisfação da enfermagem foram encontrados nos trabalhos de Lino (1999) e Lino (2004) que o ISP foi de 9,6 e 9,53 respectivamente, Matsuda (2002) que obteve o ISP de 12,08 para as enfermeiras e de 11,33 para as auxiliares.

Outros estudos sobre a satisfação profissional dos enfermeiros que também encontraram pouca satisfação ou insatisfação foram Santos (1992), Santos; Rodrigues Filho

(1995), Fung-Kam (1998), Matsuda; Évora (2003), Schmidt (2004). Já Cura (1994) observou que, de um modo geral, os enfermeiros estão satisfeitos com seu trabalho. Sarella; Paravic (2002) mostram que existe uma tendência para a satisfação geral dos enfermeiros que trabalham no SAMU/Chile.

**GRÁFICO 13** – CLASSIFICAÇÃO DOS COMPONENTES SEGUNDO NÍVEL DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SAMU. SAMU/NATAL/RN, 2005



O Gráfico 13 mostra a representação do verdadeiro nível de satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal, que é uma medida ponderada entre o quanto de importância à equipe atribuiu aos componentes e o quanto ela percebeu-se satisfeita em relação a eles, apoiando a premissa que o fenômeno satisfação profissional é multivariado e influenciado por diversos fatores (LINO,1999).

Na realidade, a equipe de enfermagem está mais satisfeita com Autonomia, Remuneração, Interação, Requisitos do Trabalho, “Status” Profissional e Normas Organizacionais.

Lino (1999) de forma semelhante também encontrou como primeiro componente da real satisfação no trabalho das enfermeiras a Autonomia, diferenciando um pouco na seqüência dos demais componentes, “Status” profissional, Interação, Remuneração, Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais.

No trabalho de Matsuda (2002) a satisfação real das enfermeiras foi com Remuneração, Interação, Autonomia, Normas Organizacionais, Requisitos do Trabalho e “Status” Profissional, e os auxiliares de enfermagem que diferenciaram apenas na ordem de um componente, foi com os seguintes componentes: Remuneração, Interação, Normas Organizacionais, Autonomia, Requisitos do Trabalho e “Status” Profissional.

Lino (2004) obteve a seguinte classificação, primeiro foi “Status” Profissional, a seguir Autonomia, Interação, Remuneração, Requisitos do Trabalho e por último o componente Normas Organizacionais.

Pelos resultados apresentados vemos a importância da identificação do nível real de satisfação profissional e a importância de cada componente.

## 7 CONCLUSÕES

Considerando os objetivos propostos para este estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

- quanto à caracterização sociodemográfica dos participantes, constatamos uma discreta predominância do sexo feminino (54,9%), a faixa etária de maior predominância foi entre 36 a 45 anos (60,8%), casada (58,8%), 82,4% possuem filhos, destes 61,9% apenas 01, e 30,8% dos filhos estão na faixa etária entre 05 e 09 anos.

- quanto à formação dos profissionais, observamos que 78,4% do estudo eram técnicos de enfermagem e 21,6% enfermeiros, 27,5% da equipe tem de 11 a 15 anos de formado, entre os 11 enfermeiros estudados, 09 (81,8%) informam ter especialização, 29,4% da equipe de enfermagem trabalha de 11 a 15 anos na área de urgência, 58,8% trabalham há mais de 02 anos no SAMU, 72,6% membros da equipe de enfermagem possui horário fixo de trabalho. Houve homogeneidade no que se refere ao turno de trabalho: 41,2% no período diurno e 53% no período noturno.

- quanto ao motivo de trabalhar no SAMU, 84% profissionais de enfermagem escolheram trabalhar neste serviço, e destes 76,3% realizam predominantemente cuidados diretos aos pacientes, 96,1% gostam e estão satisfeitos em trabalhar no SAMU. Quanto à remuneração dos enfermeiros, 90,9% informaram receber de 05 a 10 salários mínimos; quanto aos técnicos de enfermagem, 70% informaram receber de 02 a 05 salários mínimos. E 50,1% dos profissionais de enfermagem informaram não receber nenhum benefício adicional.

- quanto à análise da confiabilidade do ISP pelo coeficiente Alfa de Cronbach resultou no valor de 0,94 e pelo coeficiente Tau de Kendall em 0,87, demonstrando ser um instrumento confiável para medir o nível de satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU, em nosso meio.

- quanto ao nível de importância atribuída aos componentes da satisfação profissional, identificamos que a equipe de enfermagem do SAMU/Natal considerou o componente Autonomia como mais importante, seguido do componente Remuneração, Interação, Requisitos do trabalho, Normas Organizacionais e “Status” Profissional.

- em relação ao nível atual de satisfação profissional, entre a equipe de enfermagem estudada, identificamos que estavam mais satisfeitos com “Status” Profissional, Autonomia, Interação, Remuneração, Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais.

- quanto ao nível real de satisfação profissional, verificamos que a equipe de enfermagem está mais satisfeita com Autonomia, Remuneração, Interação, Requisitos do Trabalho, “Status” profissional e Normas organizacionais.

- o ISP em nosso trabalho foi de 8,6 indicando que a equipe de enfermagem do SAMU/Natal está pouco satisfeita no ambiente de trabalho.

Os resultados mostraram as diferentes dimensões que compõem a satisfação profissional e em que nível se encontrava a equipe de enfermagem do SAMU/Natal.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o Índice de Satisfação Profissional da equipe de enfermagem nos remete ao nosso tempo de estudante de enfermagem. Naquele período, nem mesmo sabíamos o que era ser enfermeira ou fazer parte da equipe de enfermagem.

Ainda nesse processo de formação profissional, tive a oportunidade de como monitora da disciplina “Saúde do Adulto” exercer minhas atividades no setor de urgência. Foi uma total identificação com essa área de atuação e, conseqüentemente, um alto grau de satisfação.

Ingressando no Programa de Mestrado e continuando as atividades pertinentes à urgência, decidimos identificar o nível de satisfação profissional dos membros da equipe de enfermagem que trabalham no SAMU/Natal; e verificar o grau de importância atribuída pelos profissionais de enfermagem a cada um dos componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração.

Por ser uma atividade que exige, além de dedicação, um grande esforço físico e emocional, para isso se faz necessário que tenha motivação para encontrar sua satisfação profissional. As principais necessidades que interferem na vida profissional e organizacional das pessoas devem ser diagnosticadas, minimizadas e/ou satisfeitas, pois acreditamos que isso influencia na sua produtividade e na qualidade da assistência prestada.

Fazer uma pesquisa dessa natureza significa contribuir para o bem-estar e melhor qualidade de vida do trabalhador da enfermagem, para que haja uma maior valorização e reconhecimento da profissão. Uma análise mais detalhada do trabalho do profissional da enfermagem, cuja essência é de fundamental importância para a sobrevivência humana, nos permitiu conhecer e vivenciar as dificuldades diárias de cada um desses profissionais, apesar

do seu silêncio inquestionável, que nos fez refletir, crescer profissionalmente e caminhar para o fortalecimento da profissão.

Mesmo sendo um serviço que ainda não completou três anos de atividades, foi fundamental identificar um ponto crucial que é a satisfação profissional e que conseqüentemente levará a uma melhor qualidade da assistência.

Deixamos registrado este estudo para que outros pesquisadores possam se fundamentar nessas idéias e que sirvam de trilhas rumo a novos caminhos para o aperfeiçoamento da satisfação profissional da enfermagem. Os resultados podem vir a fornecer subsídios para o direcionamento das políticas de recursos humanos, formação e capacitação profissional.

No âmbito acadêmico-científico pretendemos divulgar os resultados dessa pesquisa na instituição alvo, para que possam refletir e avaliar sobre o trabalho do profissional da enfermagem, e em conformidade com a coordenação geral e de enfermagem do SAMU/Natal, possamos intervir e reconstruir um plano de ação para melhorar a realidade constatada. Nos comprometemos em publicar esse trabalho nos órgãos de divulgação científica para que seja do conhecimento daqueles que se interessam pelo crescimento e valorização do trabalhador de enfermagem.

## 9 REFERÊNCIAS

ADAMSON, B.; KENNY, D. Structural and perceived medical dominance: a study of barriers to nurses' workplace satisfaction. **J. Adv. Nurs.**, v. 10, n. 4, p. 10-9, Aug. 1993.

AGUIAR, K. N. et al. O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar. **Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v. 2, n. 2, jul.-dez. 2000. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 25/08/04.

AL-AMERI, A. S. Job satisfaction and organizational commitment for nurses. **Saudi Med. J.** v. 21, n. 6, p. 531-535, 2000.

ALEXANDER, C. S.; WEISMAN, C. S.; CHASE, G. A. Determinants of staff nurses' perceptions of autonomy within different clinical contexts. **Nurs. Res.**, v. 31, n. 1, p. 48-52, 1982.

AMARANTE, S. T. **Organização do trabalho da equipe de enfermagem no centro cirúrgico**: proposta de instrumento de verificação ergonômica. São Paulo, 2004, 177p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANDRADE, M. L.; CAETANO, J. A.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev. RENÉ**. Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 91-97, jan./jul. 2000.

ANGELINI, A. L. **Motivação humana**: o motivo de realização. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1973. 228p. (Psicologia contemporânea)

ANTUNES, A. V.; SANT ANNA, L. R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 3, p. 425-434, jul./set. 1996.

ARDILA, R. **Psicologia Del trabajo**. 2 ed. Chile: Editorial Universitaria, 1986.

BERGAMINI, C. W. **Motivação**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1990.

BERGAMINI, C. W. **Revisão crítica dos conceitos tradicionais de motivação e levantamento de um perfil motivacional brasileiro**. São Paulo, 1982, 320p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia e administração da USP, São Paulo, 1982.

BERGSON, H. **Dicionário de ciências sociais**. Rio de Janeiro: FGV, 1986. p. 1248-9.

BEZERRA, S. V. **Acidentes de trabalho: panorama vivenciado pelos profissionais de enfermagem em um Hospital Estadual em Natal – RN, 1999**. Natal, 2000. 97 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2000.

BIANCHINI, M. C. **Saúde mental e o trabalho do enfermeiro**. Ribeirão Preto, 1999, 103 p. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.

BLEGEN, M. A. Nurse's job satisfaction: a meta analysis of related variables. **Nursing Research**, Philadelphia, v. 42, n. 1, p. 36 a 41, jan./feb. 1993.

BOUMANS, N. P.; LANDEWEERD, J. A. Working in an intensive or non-intensive care unit: does it make any difference? **Heart Lung**, v. 23, n. 1, p. 71-9, 1994.

BOYLE, D. K.; POPKESS-VAWTER, S.; TAUNTON, R.L. Socialization of new graduate nurses in critical care. **Heart Lung**, v. 25, n. 2, p. 141-54, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cidades Atendidas**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[www.saude.gov.br/samu](http://www.saude.gov.br/samu)>. Acesso em: 24/08/2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96 e outras)**. Brasília: 2000. (Séries Cadernos técnicos).

BRASIL Ministério da Saúde. **O que é o SAMU?** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[www.saude.gov.br/samu](http://www.saude.gov.br/samu)>. Acesso em: 18/10/2003a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Pesquisa de Domicílio de 2003**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <[www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)>. Acesso em 09/07/2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM n 737 de 16/05/01 publicada no DOU n 96 seção 1 e, de 18/05/01/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 814/GM de 01/06/01**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

CAMPOS, R. M. et al. Unidade integrada de saúde da Cidade da Esperança e sua participação no atendimento às urgências como porta de entrada no Sistema. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 54. nov. 2002, Fortaleza/CE. **Anais...** Fortaleza: ABEn, 2002.

CAPELLA, B. B. et al. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 41, n. 2, p. 161-8, 1988.

CARVALHO, D. V.; LIMA, E. D. R. P. Sintomas físicos de estresse na Equipe de Enfermagem de um Centro Cirúrgico. **Nursing**. Mar., 2001.

CAVALCANTE, E. S. **Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular**. Natal, 2003, 102 p. Dissertação (Mestrado) –Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

CAVANAGH, S. J. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. **J. Adv. Nurs.**, v. 17, n. 6, p. 704-11, 1992.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHABOYER, W.; NAJMAN, J.; DUNN, S. Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non critical care nurses. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 38, n. 2, p. 153-161, 2001.

CHAVES, E. C. **Stress e trabalho do enfermeiro**: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno. São Paulo, 1994, 163 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 1994.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas**: o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books, 1994.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983. p. 364-407.

CIANCIANRULLO, T. I. A questão da saúde da pesquisa e do poder: um problema para as enfermeiras. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 26, n. Esp., p. 153-156, out. 1992.

COOMBS, M. Power and conflict in intensive care clinical decision making. **Intensive Crit. Care Nurs.**, v. 19, n. 3, p. 125-35, 2003.

CORLEY, M. C. et al. The clinical ladder: impact on nurse satisfaction and turnover. **J. Nurs. Adm.**, v. 24, n. 2, p. 42-8, 1994.

CUNHA, A. P.; SANTOS, M. S. S. A origem dos serviços de assistência pré-hospitalar. **Revista Enfermagem no Brasil**, n. 2, v. 2, mar./abr. 2003

CUNHA, K. C. Fatores geradores de satisfação e insatisfação na prática da enfermagem: identificação e análise feita por enfermeiras de um hospital de ensino. **Ciência e Cultura. Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**, v. 41,n. 1, p. 53-59, jan.1989.

CURA, M. L. A. D. **Satisfação profissional do enfermeiro**. Ribeirão Preto, 1994. 94 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

CURA, M. L. A. D.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Revista latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n. 4, p. 21-28, out. 1999.

D'ANDREA, F. F. **Desenvolvimento da personalidade**. 9 ed. Rio de Janeiro, Bertrand, 1989.

DE NEGRI FILHO, A. et al. Bases para uma política nacional de atenção as emergências. In: IV CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIA: **relatório de oficina**. Goiânia, 2000.

DIAS, T. A. **Fatores determinantes de satisfação nas relações de trabalho entre enfermeiros do Hospital Regional de Cascavel (HRC)**. Ribeirão Preto, 1999, 127 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

DI LASCIO, C. M. D. S. Satisfação no desempenho profissional da enfermeira. Estudo sobre necessidades psicossociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 209-348, dez. 1980.

DODDS, A. E.; LAWRENCE, J. A.; WEARING, A. J. What makes nursing satisfying: a comparison of college students' and registered nurses' views. **J. Adv. Nurs.**, v. 16, n. 6, p. 741-53, 1991.

FAGIN, C. M. Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. **Acad. Méd.**, v. 67, n. 5, p. 295-303, 1992.

FÉLIX, V. C. S. **Trabalho, sofrimento psíquico e prazer: um estudo com enfermeiras de centro cirúrgico**. Fortaleza, 2001, 133 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2001.

FERNANDES, N. C. S.; FARIAS, G. M. **Acidente de trabalho na equipe de enfermagem: análise em profissionais que trabalham nos setores de terapia intensiva, centro cirúrgico, clínica cirúrgica e urgência, em um hospital da grande Natal/RN**. Natal, 1999, 65p. Relatório final das atividades da pesquisa (CNPq-PIBIC) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 1999.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. Ribeirão Preto, 2004, 101 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

FISCHER, E. S.; SILVA, M. J. P. Reações emocionais da enfermeira no atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. **Revista Nursing**, v. 66, n. 6, nov. 2003.

FREIRE, I. L. S. **A ventilação mecânica invasiva e a intervenção da equipe de saúde na prevenção das pneumonias nosocomiais**. Natal, 2005, 130 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, 2005.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 16 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1990.

FUNG-KAM, L. Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. **Journal of Advanced Nursing**, London, v. 27, p. 355-363, 1998.

GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. Impacto dos cursos de especialização na transformação da prática do enfermeiro: um estudo sobre o valor da pesquisa. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 36-40, jan./jul. 2000.

GUIMARÃES, M. C. Maslow e marketing: para além da hierarquia das necessidades. Disponível em: <http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Maslow%20e%20Marketing.htm>. Acesso em 27/09/04.

GONÇALVES, A. J.; RODRIGUES, J. M. S. Organização de sistemas e atendimento às urgências. In: FREIRE, E. (Ed.) **Trauma: a doença do século**. São Paulo: Atheneu, cap. 36, p. 516-36, 2001.

HARRISON, D. A.; MCLAUGHLIN, M. E. Cognitive processes in self-report responses: tests of item context effects in work attitude measures. **J. Appl. Psychol.**, v.78, n.1, p. 129-40, 1993.

HESKINS, F. M. Exploring dichotomies of caring, gender and technology in intensive care nursing: a qualitative approach. **Intensive Crit. Care Nurs.**, v. 13, n. 2, p. 65-71, 1997.

JUDGE, T. A.; BONO, J. E.; LOCKE, E. A. Personality and job satisfaction: the mediating role of job characteristics. **J. Appl. Psychol.**, v. 85, n. 2, p. 237-49, 2000.

KELLY, B. O. Satisfied with your job? **Nurs. Manage**, v. 160, n. 26, p.56-58, 1985.

KONDO, Y. **Motivação humana: um fator-chave para o gerenciamento**. Tradução de Dario Ikuo Miyake; revisão técnica de Afonso Carlos Correa Fleury. São Paulo: Editora Gente, 1994.

LANCERO, A. W.; GERBER, R. M. Comparins work satisfaction in two case managenent models. **Nurs. Manage**. v. 26, n. 11, p. 45-48, 1995.

LARRAGUIBEL, B. F.; PARAVIC, T. M. K. Nível de satisfacción laboral em enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. **Cienc. Enferm.**, v. 9, n. 2, Concepción, 2003.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospital. *Revista Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 133-144, jul. 1997.

LEVINE, C. D.; WILSON, S. F.; GUIDO, G. W. Personality factors of critical care nurses. **Heart Lung**, v. 17, n. 4, p. 392-8, 1988.

LIGHT, R. H. **Satisfação, responsabilidade e sentido no trabalho**: um estudo preliminar de associação. São Paulo, 1990. 148p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo. 1990.

LINO, M. M. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI**: adaptação transcultural do Index Of Work Satisfaction (IWS). São Paulo, 1999, 221 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

LINO, M. M. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo, 2004, 238 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

LIMA, L. M. Motivação na enfermagem: uma abordagem teórica e uma visão prática da realidade. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 132-139, jul./ago. 1996.

LIMA, M. A. D. **O trabalho da enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto, 1998, 216 p. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa em Enfermagem**. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 186-199.

LOPES, S., L., B.; FERNANDES, R., J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, n.32, p. 381-387, out./dez., 1999.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre, 1995. 288 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 1997.

MANDERINO, M. A.; BERKEY, N. Verbal abuse of staff nurses by physicians. **J. Profes. Nurs.**, v. 13, n. 1, p. 48-55, 1997.

MAKOVIEC-DABROWSKA, T. et al. Can nurses be employed in 12 hour shift systems? **Int. J. Occup Suf Ergon**, 2000, 6(3). 393-403.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARSHALL, Z.; LUFFINGHAM, N. O enfermeiro especialista versus generalista. **Nursing**, n. 14, p. 30-34, jul., 1999.

MARTINEZ, M. C. et al. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, fev. 2004.

MARTINS, S.; SOUTO, M. I. D. **Manual de emergências médicas: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

MARTINS, M. C. F. **Satisfação no trabalho: elaboração de instrumentos e variáveis que afetam a satisfação**. Brasília, 1985. 204 p. Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 1985.

MARZIALE, M. H. P.; ROZESTRATEN, R. J. A. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 59-78, 1995.

MATRUNOLA, P. Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? **J. Adv. Nurs.**, v.23, n.4, p.827-34, 1996.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI adulto: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência**. Ribeirão Preto, 2002, 262 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. **Revista Nursing**, v. 56, n.6, jan. 2003.

MCNEESE-SMITH, D. K. A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. **Journal of Advanced Nursing**, London, v. 29, n. 6, p. 1332-1341, 1999.

MINESER, T. R. et al. Toward an international measure of job satisfaction. **Nurs. Res.**, v. 45, n. 2, p. 87-91, 1996.

MOCHEL, E. G. **Satisfação/insatisfação e aborrecimento profissional da enfermeira que trabalha em hospitais do Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social**

(INAMPS), São Paulo, SP, Brasil, 1988. São Paulo, 1989, 122 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1989.

MOSQUERA, J. J. M. **Tendências contemporâneas em psicologia da motivação**. Miguel de la Puente, organizador. São Paulo: Cortez, 1982.

MOURA, G. M. S. S. O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da enfermagem. **Texto e contexto Enf.**, Florianópolis, v.1, n. 2, p. 167-179, jul./dez. 1992a.

MOURA, G. M. S. S. **Opiniões de enfermeiras que trabalham numa unidade de internação neonatológica de um hospital-escola de Porto Alegre sobre sua satisfação no trabalho e o clima organizacional**. Porto Alegre, 1992. 225 p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1992b.

MUELLER, C. W.; MCCLOSKEY, J. C. Nurses' job satisfaction: a proposed measure. **Nurs. Res.**, v. 39, n. 2, p. 113-7, 1990.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo, Cortez (reimpressão), 1989.

NISHIBORI, E. **Humanity and development of creativity**. Tokyo, Japan Productivity Center, 1971.

OLGUÍN, M. N. L. Opinión del usuario sobre los cuidados que recibe y la satisfacción laboral del personal de enfermería en el hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda". **Revista Panamericana de Enfermería**, v. 1, n. 1, p. 63-69, nov.2003.

O'TOOLE, J. et al. **Work in America**. Cambridge, MIT Press, 1973, p.3.

PARAVIC, T. M. K. **Satisfação no trabalho de mulheres acadêmicas da Universidade de Concepción, Chile**. Ribeirão Preto, 1998, 290 p. Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. 3 ed. São Paulo: Edusp, 2001.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1989.

PISANDELLI, G. M. V. L. A Teoria de Maslow e sua relação com a educação de adultos. Disponível em : <<http://www.sociologia.org.br/pscl45ibes.htm>>. Acesso em: 27/09/04.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização** Trad. Regina Machado Garcez 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PRIBERAM. Língua portuguesa On-line. Editora Universal. Disponível em: <[www.priberam.pt](http://www.priberam.pt)>. Acesso em 15/06/2005.

RAMOS, M. L. T. et al. Auditoria dos indicadores de qualidade de enfermagem no Hospital Israelita Albert Einstein. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM E TECNOLOGIA, São Paulo, 1995. **Anais...** São Paulo, 1995.

REBELO, P. A. P. **Qualidade em saúde: modelo teórico, realidade, utopia e tendência.** Rio de Janeiro: Qualitymark Ed. 1995.

RICHARDSON, A.; DABNER, N.; CURTIS, S. Twelve-hour shift on UTI: a nursing evaluation. **Nurs.Crit. Care**, 8(3). 103-8. 2003.

ROSENSTEIN, A. H.; RUSSEL, H.; LAUVE, R. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage: study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession. **Physician Exec.**, v.28, n. 6, p. 8-11, 2002.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F. M. **Trabalho em turnos e noturno.** São Paulo: HUCITEC, 1989.

SANTOS, M. S. **(In)satisfação do enfermeiro no trabalho: implicações para o gerenciamento das ações de enfermagem: aspectos teóricos.** Ribeirão Preto, 1999, 135 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.

SANTOS, S. R. **Motivação no trabalho do enfermeiro: fatores de satisfação e insatisfação.** João Pessoa, 1992, 165 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1992.

SANTOS, S. R.; RODRIGUES FILHO, J. Enfermagem: fatores de satisfação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 242-250, jul./ago./set. 1995.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde, Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. **Manual do curso de atendimento pré-Hospitalar móvel para enfermeiros**. São Paulo, 2001a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde, Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. **Manual do curso de regulação médica**. São Paulo, 2001b.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde, Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. **Organização de sistemas pré-hospitalares e salas de reanimação**. São Paulo. 2000.

SARELLA, P.; PARAVIC, T. Satisfaccion Laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención medica de urgencia (SAMU). **Cienc. enferm.** v.8, n.2, Concepción, dez. 2002.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico**. Ribeirão Preto, 2004, 185 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

SENAC. DN. **Ética e trabalho**. Maria H. B. Gonçalves; Nely wyse. Rio de Janeiro: Ed. SENAC Nacional, 2004.

SENAC. DN. **Qualidade em recursos humanos**. Fco. F. de A Rodrigues; Neise f. da Silva; Lourdes Hargreaves. Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP, 1997.

SERRANO, D. P. Teoria de Maslow: a hierarquia das necessidades. Jan./2003. Disponível em: <<http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/maslow.htm>>. Acesso em: 27/09/04.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital-Escola. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 148-155, 2002.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.

SILVA, M. A. P. D. **As representações sociais e as dimensões éticas**. Taubaté: Cabral Editora Universitária. 1998.

SOARES, E.; SILVA, L. R. Qualificação de recursos humanos em pronto socorro: formação e capacitação do enfermeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49., 1997, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 1997.

SOUZA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Prestígio profissional do enfermeiro: estimação de magnitudes e de categorias expandidas. **Rev. Lat. Am. Enfermagem.**, v. 9, n. 6, p. 19-24, 2001.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; SALEH, C. M. R. Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes da unidade de pronto-socorro. **Revista Nursing**, v. 25, n. 8, Junho, 2005.

STAMPS, P. L. **Nurses and work satisfaction: an index for measurement.** 2 ed. Chicago: Health administration press, 1997a, 342p .

STAMPS, P. L. **Scoring workbook for the Index of Work Satisfaction.** Northampton. Market Research, 1997b, 33p.

TAKAHASHI, E. I. U. As fontes de estresse emocional que afetam a enfermeira na assistência à criança grave. **Revista Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.19, n. 1, p. 5-20, 1985.

TAKASE, M.; KERSHAW, E.; BURT, L. Does public image of nurses matter? **J. Prof. Nurs.**, v. 18, n. 4, p. 196-205, 2002.

TAKASE, M.; KERSHAW, E.; BURT, L. Nurse-environment misfit and nursing practice. **J. Adv. Nurs.**, v. 35, n. 6, p. 819-26, 2001.

THOMAZ, R. R.; LIMA, F. V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 59-65, 2000.

THOMAZ, E. J.; SEXTON, J. B.; HELMRELCH, R. L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Crit. Care Méd.**, v. 31, n. 3, p. 956-9, 2003.

TIPPLE, A. F. V. **O trabalho do enfermeiro na rede hospitalar privada:** caracterização de sua prática. Rio de Janeiro, 1991. 93 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

TORRES, G. A reassessment of instruments for use in a multivariate evaluation of a collaborative practice project. In: STRICKLAND, O. L.; WALTZ, C. F. (ed.) **Measurement of nursing outcomes**. New York, Springer, v.2. cap.21, p.381-99, 1988.

UGROVICS, A.; WRIGHT, J. 12-hour shifts does fatigue undermine ICU nursing judgments? **Nurs. Manage.** v. 21, n.1, p.64, 1990.

WAKEFIELD, D. S. et al. Differences in work unit outcomes. Job satisfaction, organization commitment, and turnover among hospital nursing department employees. **West. J. Nurs. Res.**, v.10, n.1, p.98-105, 1988.

WHITLEY, M.P.; PUTZIER, D.J. Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment. **J. Nurs. Care Qual.**, v.8, n.3, p. 43-51, 1994.

WILLIAMS, C. Job satisfaction: comparing CC and Med/ Surg. Nurses. **Nurs. Manage.**, v. 21, n. 7, p. 104A-H, 1990.

ZEITZ, G. Age and work satisfaction in a government agency: A situational perspective. **Human Relations.** v. 43, p. 419-438, 1990.

## 10 GLOSSÁRIO

<b>Autonomia</b>	É o grau de independência, iniciativa e liberdade permitida ou requerida diariamente nas atividades de trabalho (STAMPS, 1997a).
<b>Interação</b>	É uma necessidade individual de contato social e informal, durante o horário de trabalho (MULLINS; BARSTOW, 1979 apud SANTOS, 1992).
<b>Motivação</b>	É um processo que implica na vontade de efetuar um trabalho ou de atingir a um objetivo (KONDO, 1994, BERGAMINI, 1990).
<b>Normas Organizacionais</b>	São o conjunto de regras relativas às características de uma organização, compiladas com o objetivo de uniformizar e de garantir o seu modo de funcionamento e a sua segurança (PRIBERAM, 2005).
<b>Remuneração</b>	Pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho realizado (STAMPS, 1997a).
<b>Requisitos do Trabalho</b>	Diz respeito às condições exigidas para a consecução das atividades reguladas no trabalho (PRIBERAM, 2005, STAMPS, 1997a).
<b>Satisfação Profissional</b>	É definida por Locke (1976) apud Cura; Rodrigues (1999) “como um estado emocional agradável ou positivo, que resultou da avaliação de algum trabalho, ou de experiências no trabalho”.

**Status Profissional**

É definido como a importância percebida sobre seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros (SANTOS, 1992, LINO, 1999).

# ANEXOS

## ANEXO I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ilmo Sr Dr. Luiz Roberto Leite Fonseca.

Coordenador-geral do SAMU/Natal.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Renata Moreira Campos está realizando uma pesquisa sobre a Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) em relação ao ambiente de trabalho, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

Assim sendo, solicitamos de V.s.a. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa coordenação, agradecemos antecipadamente.

Prof<sup>ª</sup> Dra. Glauceia Maciel de Farias

Orientadora

## ANEXO II

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ilma Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Maria Valéria B. Medina.

Coordenadora de enfermagem do SAMU/Natal.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Renata Moreira Campos está realizando uma pesquisa sobre a Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) em relação ao ambiente de trabalho, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

Assim sendo, solicitamos de V.Sa. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa coordenação, agradecemos antecipadamente.

Prof.<sup>a</sup> Dra. Glauce Maciel de Farias

Orientadora

**ANEXO III**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Satisfação da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho.**

**RESPONSÁVEL: Enfª Renata Moreira Campos.**

**Conhecendo o propósito desta pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:**

Autorizamos a coleta de dados na instituição.

Não autorizamos a coleta dados na instituição.

**Quanto à divulgação:**

Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

**Quanto ao relatório técnico-científico:**

Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Natal, RN, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretor ou Responsável  
SAMU/Natal

Observação: 1 cópia deste documento permanece na instituição, 1 cópia com a equipe de pesquisa e 1 no Comitê de Ética/UFRN

**ANEXO IV**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaramos que conhecemos e cumprimos os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 de 10 de outubro de 1996 e suas complementares. Nos comprometemos a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no Protocolo.

Natal, 30 de novembro de 2004.

---

Enf<sup>a</sup> Renata Moreira Campos  
(Mestranda)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Glaucea Maciel de Farias  
(Orientadora)

**ANEXO V**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**



Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

**Parecer Projeto de Pesquisa No 136/2004**

Registro no CEP-UFRN	136-04
Título	Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) em relação ao ambiente de trabalho.
Instituição	Departamento de Enfermagem - UFRN.
Classificação	Grupo III
Pesquisador	Renata Moreira Campos de Oliveira

**PARECER**

Considerando que as recomendações emitidas em parecer anterior foram, adequadamente, atendidas, e estando o protocolo de acordo com os itens propostos pela Resolução 196/96-CNS, o CEP-UFRN manifesta-se pela aprovação do protocolo registro CEP-UFRN 136-04.

Lembramos que qualquer modificação referente a aspectos metodológicos deverá ser encaminhada ao CEP/UFRN para avaliação. O pesquisador deverá encaminhar relatório semestral, e relatório final, após sua conclusão.

Natal, 14 de janeiro de 2005.

  
Selma Maria Bezerra Jerônimo,  
Coordenadora do CEP-UFRN.

**ANEXO VI**  
**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

São Paulo, 7 de dezembro de 2004.

**AT. Renata Moreira Campos e Profª Drª Glauceia Maciel de Farias**

Prezada Renata,

Agradeço seu interesse pela utilização do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

A versão em Português do ISP foi utilizada em outros dois estudos (Matsuda, 2002; Schmidt, 2004), além dos meus (Lino, 1999; Lino, 2004).

Do ponto de vista ético, considero que a citação da autoria do instrumento original, assim como da versão em Português, são suficientes, levando-se em conta que o meu estudo de tradução e validação está disponível para consulta pública. Porém, conforme já havia comentado anteriormente e descrito no meu estudo de 1999, o Index of Work Satisfaction (IWS) é de autoria e propriedade da Drª Paula L. Stamps e protegido por Copyright. Sua utilização demandou um pagamento para a empresa Market Street Research, Inc., localizada em Northampton, Massachusetts, USA. Por esse motivo, não me sinto em posição formal e legal para autorizar ou não. Contudo, questões importantes devem ser discutidas profundamente. Quem deve autorizar a utilização e de qual versão do instrumento? A autora do original obrigatoriamente deve autorizar a utilização da versão em Português, por mim realizada?

Ao trazer esses dados, meu objetivo é deixar clara a minha posição favorável ao seu estudo e levantar aspectos fundamentais na discussão ética.

Desejo muito sucesso no seu trabalho e me coloco ao seu inteiro dispor para qualquer coisa que necessite e se encontre em meu alcance.

**MARGARETE MARQUES LINO**

COREN-SP 34.386

São Paulo, 27 de janeiro de 2005.

**AT. Renata Moreira Campos de Oliveira e Profª Drª Glauceia Maciel de Farias**

Prezadas Colegas,

Em referência à solicitação de autorização para uso da versão em Português do Índice de Satisfação Profissional, declaro que permito sua utilização, considerando os aspectos éticos que comentei em correspondência anterior.

Desejo muito sucesso no seu trabalho e me coloco ao seu inteiro dispor para qualquer coisa que necessite e se encontre em meu alcance.

Um grande abraço,

Sinceramente,

  
**Profª Drª MARGARETE MARQUES LINO**  
COREN-SP 34.386

## ANEXO VII

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Prezado (a) Sr. (a),

O estudo “SATISFAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS (SAMU) NO AMBIENTE DE TRABALHO”, tem como objetivos identificar o nível de satisfação dos membros da equipe de enfermagem que trabalham no SAMU/Natal; verificar o grau de importância atribuída pelos profissionais de enfermagem do SAMU/Natal a cada um dos componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração.

Para atingir tais objetivos, foi utilizado o **Índice de Satisfação Profissional** - é um instrumento validado e traduzido por Lino (1999) para a língua portuguesa contendo questões de Caracterização Sociodemográfica e Profissional e pela versão aprovada do ISP (Anexo IX).

A tarefa do pesquisador no decorrer da coleta de dados, durante a passagem do plantão, será a de explicar os procedimentos e objetivos do estudo para a equipe de enfermagem do horário, a seguir entregar dois envelopes contendo os questionários e o termo de livre consentimento, sendo este último assinado no momento da adesão à pesquisa, esclarecendo que a sua participação é voluntária e que poderão sair da pesquisa se

assim julgarem necessário, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96 (BRASIL, 1997).

Estes questionários são auto-aplicáveis, e tanto eles como o envelope não serão identificados, mantendo assim o anonimato dos sujeitos da pesquisa. Serão recolhidos de volta no final do plantão, cujo envelope deverá estar lacrado. É importante ressaltar que ao orientar o profissional sobre o processo de preenchimento dos questionários salientar que:

- sua participação tem caráter voluntário;
- o instrumento deverá ser preenchido por completo;
- ao entregar o envelope este deverá estar lacrado;
- preencher o questionário no horário de trabalho e devolve-lo no final do plantão.

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Renata Moreira Campos, enfermeira, *COREN/RN*: 103.916, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRN, e da Profª Drª Glauceia Maciel de Farias, membro da Base de Pesquisa III, intitulada “Enfermagem Clínica”.

Todas as informações obtidas são confidenciais e serão apenas usadas com o propósito científico, sem divulgar o nome do participante.

Se almejar fazer qualquer questionamento em relação à pesquisa, poderá chamar a pesquisadora pelo telefone 3205.0650, 9405.3577 ou endereço residencial na Rua Baía Formosa, 1557, Lagoa Nova, Natal/RN. E se interessar, poderá também, receber todos os resultados da pesquisa quando forem publicados.

A autorização para o desenvolvimento de todos os passos, anteriormente apresentados, serão considerados a partir da assinatura do impresso de consentimento.

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa

realizada pela enfermeira Renata Moreira Campos, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN.

Autorizo o uso dos dados obtidos através das observações, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa.

Declaro ter ciência que o referido trabalho será desenvolvido através da observação, orientado pelo instrumento previamente apresentado.

Fui informado (a) dos objetivos do estudo, estando ciente que minha participação é voluntária e que posso a qualquer momento me desligar da pesquisa sem nenhum constrangimento.

Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

---

PROFISSIONAL

## ANEXO VIII

### The Index of Work Satisfaction Questionnaire<sup>©</sup>

#### *PART A (Paired Comparisons)*

Listed and briefly defined below are six terms or factors that are involved in how people feel about their work situation. Each factor has something to do with “work satisfaction”.

We are interested in determining which of these is **most important** to you in relation to the others. Please carefully read the definitions for each factor as given below:

- ▶ **Pay** - dollar remuneration and fringe benefits received for work done.
- ▶ **Autonomy** - amount of job related independence, initiative, and freedom, either permitted or required in daily work activities.
- ▶ **Task Requirements** - task or activities that must be done as a regular part of the job.
- ▶ **Organizational Policies** – management policies and procedures put forward by the hospital and nursing administration of this hospital.
- ▶ **Interaction** - opportunities presented for both formal and informal social and professional contact during working hours.
- ▶ **Professional Status** - overall importance or significance felt about your job, both in your view and in the view of others.

---

<sup>©</sup> © The IWS Questionnaire is used by permission of Paula L. Stamps, Ph.D., and Market Research, Inc., Northampton, Massachusetts.



12.  Organizational Policies or  Autonomy

13.  Pay or  Professional Status

14.  Interaction or  Autonomy

15.  Organizational Policies or  Pay

***PART B (Attitude Questionnaire)***

The following items represent statements about how satisfied you are with your current nursing job. Please respond to each item. It may be very difficult to fit your responses into the seven categories; in that case, select the category that comes closest to your response to the statement. It is very important that you give your *honest* opinion. Please do not go back and change any of your answers.

***Instructions:*** Please circle the number that most closely indicates how you feel about each statement. The *left* set of numbers indicates degrees of *agreement*. The *right* set of numbers indicates degrees of *disagreement*. For example, if you strongly agree with the first item, circle 1; if you agree with this item, circle 2; if you moderately agree with the first statement, circle 3. The middle response (4) is reserved for feeling neutral or undecided. Please use it as little as possible. If you moderately disagree with this first item, you should circle 5; to disagree, circle 6; and to strongly disagree, circle 7.

***Remember:*** The more strongly you feel about the statement, the further from the center you should circle, with agreement to the left and disagreement to the right. Use 4 for neutral or undecided if needed, but please try to use this number as little as possible.

	Agree				Disagree		
1. My present salary is satisfactory.	1	2	3	4	5	6	7
2. Nursing is not widely recognized as being an important profession.	1	2	3	4	5	6	7
3. The nursing personnel on my service pitch in and help one another out when things get in a rush.	1	2	3	4	5	6	7
4. There is too much clerical and "paperwork" required of nursing personnel in this hospital.	1	2	3	4	5	6	7
5. The nursing staff has sufficient control over scheduling their own shifts in my hospital.	1	2	3	4	5	6	7
6. Physicians in general cooperate with nursing staff on my unit.	1	2	3	4	5	6	7
7. I feel that I am supervised more closely than is necessary.	1	2	3	4	5	6	7
8. It is my impression that a lot of nursing personnel at this hospital are dissatisfied with their pay.	1	2	3	4	5	6	7
9. Most people appreciate the importance of nursing care to hospital patients.	1	2	3	4	5	6	7
10. It is hard for new nurses to feel 'at home' in my unit.	1	2	3	4	5	6	7
11. There is no doubt whatever in my mind that what I do on my job is really important.	1	2	3	4	5	6	7
12. There is a great gap between the administration of this hospital and the daily problems of the nursing service.	1	2	3	4	5	6	7
13. I feel I have sufficient input into the program of care for each of my patients.	1	2	3	4	5	6	7
14. Considering what is expected of nursing service personnel at this hospital, the pay we get is reasonable.	1	2	3	4	5	6	7
15. I think I could do a better job if I did not have so much to do all the time.	1	2	3	4	5	6	7

16. There is a good deal of teamwork and cooperation between various levels of nursing personnel on my service.	1	2	3	4	5	6	7
17. I have too much responsibility and not enough authority.	1	2	3	4	5	6	7

	Agree			Disagree			
18. There are not enough opportunities for advancement of nursing personnel at this hospital.	1	2	3	4	5	6	7
19. There is a lot of teamwork between nurses and doctors on my own unit.	1	2	3	4	5	6	7
20. On my service, my supervisors make all the decisions. I have little direct control over my own work.	1	2	3	4	5	6	7
21. The present rate of increase in pay for nursing service personnel at this hospital is not satisfactory.	1	2	3	4	5	6	7
22. I am satisfied with the types of activities that I do on my job.	1	2	3	4	5	6	7
23. The nursing personnel on my service are not as friendly and outgoing as I would like.	1	2	3	4	5	6	7
24. I have plenty of time and opportunity to discuss patient care problems with other nursing service personnel.	1	2	3	4	5	6	7
25. There is ample opportunity for nursing staff to participate in the administrative decision-making process.	1	2	3	4	5	6	7
26. A great deal of independence is permitted, if not required, of me.	1	2	3	4	5	6	7
27. What I do on my job does not add up to anything really significant.	1	2	3	4	5	6	7
28. There is lot of "rank consciousness" on my unit: nurses seldom mingle with those with less experience or different types of educational preparation.	1	2	3	4	5	6	7
29. I have sufficient time for direct patient care.	1	2	3	4	5	6	7
30. I am sometimes frustrated because all of my activities seem programmed for me.	1	2	3	4	5	6	7
31. I am sometimes required to do things on my job that are against my better professional nursing	1	2	3	4	5	6	7

judgment.							
32. From what I hear about nursing service personnel at other hospitals, we at this hospital are being fairly paid.	1	2	3	4	5	6	7
33. Administrative decisions at this hospital interfere too much with patient care.	1	2	3	4	5	6	7

	Agree				Disagree		
34. It makes me proud to talk to other people about what I do on my job.	1	2	3	4	5	6	7
35. I wish the physicians here would show more respect for the skill and knowledge of the nursing staff.	1	2	3	4	5	6	7
36. I could deliver much better care if I had more time with each patient.	1	2	3	4	5	6	7
37. Physicians at this hospital generally understand and appreciate what the nursing staff does.	1	2	3	4	5	6	7
38. If I had the decision to make all over again, I would still go into nursing.	1	2	3	4	5	6	7
39. The physicians at this hospital look down too much on the nursing staff.	1	2	3	4	5	6	7
40. I have all the voice in planning policies and procedures for this hospital and my unit that I want.	1	2	3	4	5	6	7
41. My particular job really doesn't require much skill or "know-how".	1	2	3	4	5	6	7
42. The nursing administrators generally consult with the staff on daily problems and procedures.	1	2	3	4	5	6	7
43. I have the freedom in my work to make important decisions as I see fit, and can count on my supervisors to back me up.	1	2	3	4	5	6	7
44. No upgrading of pay schedules for nursing personnel is needed at this hospital.	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO IX

### ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL SATISFAÇÃO COM O TRABALHO EM UTI

Nesta página e na próxima encontram-se itens que fornecerão dados para uma melhor caracterização da (o)s enfermeira(o)s que trabalham em UTIs.

Por favor, leia atentamente e responda a todos os itens. Sua resposta é muito importante.

1. Sexo:  Feminino       Masculino

2. Idade : \_\_\_\_\_ anos

3. Estado conjugal:

solteiro (a)       casado(a)       separado(a)       viúvo

4. Tem filhos?       Sim       Não      (Neste caso, vá para o item 6)

5. Quantos filhos tem:

<input type="checkbox"/> menores de 01 ano	<input type="checkbox"/> $\geq 10$ anos e $< 15$ anos
<input type="checkbox"/> $\geq 01$ ano e $< 05$ anos	<input type="checkbox"/> $\geq 15$ anos e $< 21$ anos
<input type="checkbox"/> $\geq 05$ anos e $< 10$ anos	<input type="checkbox"/> maiores de 21 anos

6. Tempo de formado: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

7. Formação:

- especialização     completo     incompleto    área: \_\_\_\_\_  
 mestrado     completo     incompleto    área: \_\_\_\_\_  
 doutorado     completo     incompleto    área: \_\_\_\_\_  
 Outros    Especifique: \_\_\_\_\_

8. Há quanto tempo trabalha em UTI: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

9. Tempo de trabalho na UTI atual: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

10. Seu horário de trabalho é fixo?     sim     não

11. Horário de trabalho atualmente:    das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h.

12. Você trabalha em UTI por quê?

- escolheu esta área de especialização  
 não havia vaga em outro setor  
 foi remanejada(o) por necessidade do serviço  
 Outros \_\_\_\_\_

13. Você gosta de trabalhar em UTI?     sim     não

14. Você sente-se satisfeita(o) em trabalhar em UTI?     sim     não

15. Nesta UTI você ocupa cargo de chefia ou gerência?

não     sim    Meu cargo é \_\_\_\_\_

16. Pense bem sobre as atividades que você realiza nesta UTI e assinale a que você *predominantemente* faz, isto é, aqui você faz em maior volume:

- cuidados diretos aos pacientes  
 supervisão da equipe de enfermagem  
 gerenciamento da UTI  
 Outros \_\_\_\_\_

17. Seu salário líquido mensal é R\$ \_\_\_\_\_

18. Benefícios que recebe: (incluindo os que são extensivos aos dependentes)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> convênio médico          | <input type="checkbox"/> estacionamento               |
| <input type="checkbox"/> convênio com farmácia    | <input type="checkbox"/> assistência jurídica         |
| <input type="checkbox"/> assistência odontológica | <input type="checkbox"/> previdência privada          |
| <input type="checkbox"/> auxílio-educação         | <input type="checkbox"/> financiamentos e empréstimos |
| <input type="checkbox"/> creche                   | <input type="checkbox"/> Outros _____                 |

Abaixo estão listados e brevemente definidos 06 termos ou fatores que estão envolvidos em como as pessoas se sentem acerca de sua situação de trabalho. Cada fator tem algo a ver com satisfação profissional ou satisfação no trabalho. Estou interessada em determinar qual desses fatores é o mais importante para você em relação aos demais.

Por favor, leia cuidadosamente as definições de cada fator, dadas abaixo:

- ▶ Autonomia – grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido como necessário, nas atividades diárias de trabalho.
- ▶ Interação – oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho.
- ▶ Status profissional - importância ou significância percebidos acerca do seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros.
- ▶ Requisitos do trabalho – tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho.
- ▶ Normas Organizacionais – normas administrativas e procedimentos propostos pelo hospital e administração do serviço de enfermagem.
- ▶ Remuneração – pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Instruções: Esses fatores estão apresentados em pares, na próxima página. Um total de 15 pares são apresentados: esse é todo o conjunto de combinações. Nenhum par está repetido ou invertido. Para cada par de termos, decida qual é o mais importante para sua satisfação profissional, e cheque (✓ ou ✗) no espaço (  ) apropriado. Por exemplo, se você sente que Remuneração (como definida acima), cheque no campo de Remuneração.

Em alguns casos, poderá ser difícil para você fazer escolhas. No entanto, por favor, faça um esforço para responder todos os itens: não volte atrás para mudar nenhuma de suas respostas.

Por favor, de cada par, escolha o fator que é mais importante para você.

1.  Status Profissional ou  Normas Organizacionais
2.  Remuneração ou  Requisitos do Trabalho

3.  Normas Organizacionais ou  Interação
4.  Requisitos do Trabalho ou  Normas Organizacionais
5.  Status Profissional ou  Requisitos do Trabalho
6.  Remuneração ou  Autonomia
7.  Status Profissional ou  Interação
8.  Status Profissional ou  Autonomia
9.  Interação ou  Requisitos do Trabalho
10.  Interação ou  Remuneração
11.  Autonomia ou  Requisitos do Trabalho
12.  Normas Organizacionais ou  Autonomia
13.  Remuneração ou  Status Profissional
14.  Interação ou  Autonomia
15.  Normas Organizacionais ou  Remuneração

Os itens das próximas páginas representam afirmações como sobre você está satisfeita(o) com seu trabalho atual. Por favor, a cada item. Pode ser muito difícil adequar suas respostas em 7 categorias: nesse caso, selecione uma categoria que *mais se aproxime* de sua resposta a afirmação. É muito importante que você dê sua opinião *honestamente*. Por favor, não volte atrás e mude qualquer uma das suas respostas.

*Instruções:* Por favor, circule o número que mais indica como você se sente sobre cada afirmação. O conjunto de números da *esquerda* indica graus de *concordância*. O conjunto

de números da *direita* indica graus de *discordância*. Por exemplo, se você *concorda inteiramente* com o primeiro item, circule(1); se você *concorda* com esse item, circule (2); se você *concorda moderadamente (mais ou menos)* com o primeiro item, circule (3). O número *central* (4) é reservado para sentimento neutro ou indeciso. Por favor, utilize-lo o mínimo possível. Se você *discorda moderadamente (mais ou menos)* desse primeiro item, você deve circular (5); para *discordar*, circule (6); e para *discordar inteiramente*, circule (7).

*Lembre-se:* quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

	Concordo				Discordo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Meu salário atual é satisfatório.	1	2	3	4	5	6	7
2. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante	1	2	3	4	5	6	7
3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando “as coisas estão corridas”	1	2	3	4	5	6	7
4. Neste hospital, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático	1	2	3	4	5	6	7
5. Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
6. Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu sinto que sou supervisionada(o) mais diretamente (“de perto”) do que é necessário	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse hospital está insatisfeito com seu salário	1	2	3	4	5	6	7
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados	1	2	3	4	5	6	7
10. Em minha unidade, é difícil para a(o)s	1	2	3	4	5	6	7

enfermeira(o)s nova(o)s sentirem-se “a vontade”							
11. Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante	1	2	3	4	5	6	7
12. Existe uma grande lacuna entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7

*Lembre-se:* quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
14. Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste hospital o salário que recebemos é razoável	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer, o tempo todo	1	2	3	4	5	6	7
16. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade	1	2	3	4	5	6	7
18. Neste hospital não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
19. Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre enfermeira(o)s e médicos	1	2	3	4	5	6	7
20. Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho	1	2	3	4	5	6	7
21. Neste hospital, o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7

23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas	1	2	3	4	5	6	7

*Lembre-se:* quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim	1	2	3	4	5	6	7
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo	1	2	3	4	5	6	7
28. Em minha unidade há muita “distinção de posições”: a(o)s enfermeira(o)s raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional	1	2	3	4	5	6	7
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência direta ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
30. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser programadas para mim	1	2	3	4	5	6	7
31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional	1	2	3	4	5	6	7
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa	1	2	3	4	5	6	7
33. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
34. Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que faço no meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem	1	2	3	4	5	6	7

mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem							
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente	1	2	3	4	5	6	7
37. Os médicos deste hospital geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz	1	2	3	4	5	6	7
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim eu entraria na Enfermagem	1	2	3	4	5	6	7

*Lembre-se:* quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

39. Os médicos desse hospital subestimam demais a equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste hospital e da minha unidade nada significativo	1	2	3	4	5	6	7
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico	1	2	3	4	5	6	7
42. A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos	1	2	3	4	5	6	7
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia(s) para me apoiar	1	2	3	4	5	6	7
44. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7

**ANEXO X**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
**ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

Nesta página e na próxima encontram-se itens que fornecerão dados para uma melhor caracterização da equipe de enfermagem que trabalha no SAMU.

Por favor, leia atentamente e responda a todos os itens. Sua resposta é muito importante.

**PARTE A**

1. Sexo:  Feminino       Masculino

2. Idade : ----- anos

3. Estado conjugal:

solteiro (a)       casado(a)       separado(a)       viúvo

4. Tem filhos?       Sim       Não      (Neste caso, vá para o item 6)

5. Quantos filhos tem:

menores de 01 ano       ≥ 10 anos e < 15 anos

≥ 01 ano e < 05 anos       ≥ 15 anos e < 21 anos

≥ 05 anos e < 10 anos       maiores de 21 anos

6. Formação profissional:

Enfermeiro       Técnico de Enfermagem

7. Tempo de formado: \_\_\_\_\_ anos      \_\_\_\_\_ meses

8. Formação complementar:

especialização       completo       incompleto      área: \_\_\_\_\_

- mestrado       completo       incompleto      área: \_\_\_\_\_  
 doutorado       completo       incompleto      área: \_\_\_\_\_  
 Outros      Especifique: \_\_\_\_\_

9. Há quanto tempo trabalha em urgência: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

10. Tempo de trabalho neste serviço: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

11. Seu horário de trabalho é fixo?     sim       não

12. Horário de trabalho atualmente:    das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h.

13. Você trabalha neste serviço por quê?

- escolheu esta área de especialização  
 não havia vaga em outro setor  
 foi remanejada(o) por necessidade do serviço  
 Outros \_\_\_\_\_

14. Pense bem sobre as atividades que você realiza neste serviço e assinale a que você *predominantemente* faz, isto é, aqui você faz em maior volume:

- cuidados diretos aos pacientes  
 supervisão da equipe de enfermagem  
 gerenciamento do serviço  
 Outros \_\_\_\_\_

15. Você gosta de trabalhar neste serviço?     sim       não

16. Você sente-se satisfeita(o) em trabalhar no serviço?     sim     não

17. Seu salário líquido mensal é R\$ \_\_\_\_\_

18. Benefícios que recebe: (incluindo os que são extensivos aos dependentes)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> convênio médico          | <input type="checkbox"/> estacionamento               |
| <input type="checkbox"/> convênio com farmácia    | <input type="checkbox"/> assistência jurídica         |
| <input type="checkbox"/> assistência odontológica | <input type="checkbox"/> previdência privada          |
| <input type="checkbox"/> auxílio-educação         | <input type="checkbox"/> financiamentos e empréstimos |
| <input type="checkbox"/> creche                   | <input type="checkbox"/> Outros                       |



6.  Remuneração ou  Autonomia  
7.  Status Profissional ou  Interação  
8.  Status Profissional ou  Autonomia  
9.  Interação ou  Requisitos do Trabalho  
10.  Interação ou  Remuneração  
11.  Autonomia ou  Requisitos do Trabalho  
12.  Normas Organizacionais ou  Autonomia  
13.  Remuneração ou  Status Profissional  
14.  Interação ou  Autonomia  
15.  Normas Organizacionais ou  Remuneração

### PARTE C

Os itens das próximas páginas representam afirmações como sobre você está satisfeita(o) com seu trabalho atual. Por favor, a cada item. Pode ser muito difícil adequar suas respostas em 7 categorias: nesse caso, selecione uma categoria que *mais se aproxime* de sua resposta a afirmação. É muito importante que você dê sua opinião *honestamente*. Por favor, não volte atrás e mude qualquer uma das suas respostas.

**Instruções:** Por favor, circule o número que mais indica como você se sente sobre cada afirmação. O conjunto de números da *esquerda* indica graus de *concordância*. O conjunto de números da *direita* indica graus de *discordância*. Por exemplo, se você *concorda inteiramente* com o primeiro item, circule (1); se você *concorda* com esse item, circule (2); se você *concorda moderadamente (mais ou menos)* com o primeiro item, circule (3). O número *central* (4) é reservado para sentimento neutro ou indeciso. Por favor, utilize-lo o mínimo possível. Se você *discorda moderadamente (mais ou menos)* desse primeiro item, você deve circular (5); para *discordar*, circule (6); e para *discordar inteiramente*, circule (7).

**Lembre-se:** quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

1. Meu salário atual é satisfatório.	1	2	3	4	5	6	7
2. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante	1	2	3	4	5	6	7
3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando “as coisas estão corridas”	1	2	3	4	5	6	7
4. Neste serviço, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático	1	2	3	4	5	6	7

5. Em meu serviço, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
6. Em meu trabalho, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu sinto que sou supervisionada(o) mais diretamente (“de perto”) do que é necessário	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse serviço está insatisfeito com seu salário	1	2	3	4	5	6	7
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar	1	2	3	4	5	6	7
10. Em meu trabalho, é difícil para a(o)s enfermeira(o)s nova(o)s sentirem-se “a vontade”	1	2	3	4	5	6	7
11. Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante	1	2	3	4	5	6	7
12. Existe uma grande lacuna entre a administração deste serviço e os problemas diários da equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7

*Lembre-se:* quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada tipo de atendimento	1	2	3	4	5	6	7
14. Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste serviço o salário que recebemos é razoável	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer, o tempo todo	1	2	3	4	5	6	7
16. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade	1	2	3	4	5	6	7
18. Neste trabalho não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de	1	2	3	4	5	6	7

enfermagem							
19. Em meu serviço, há muito trabalho em equipe entre a enfermagem e os médicos	1	2	3	4	5	6	7
20. Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho	1	2	3	4	5	6	7
21. Neste serviço, o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas	1	2	3	4	5	6	7

*Lembre-se:* quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim	1	2	3	4	5	6	7
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo	1	2	3	4	5	6	7
28. Em minha unidade há muita “distinção de posições”: a(o)s enfermeira(o)s raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional	1	2	3	4	5	6	7
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência direta ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
30. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser programadas para mim	1	2	3	4	5	6	7

31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional	1	2	3	4	5	6	7
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros serviços, neste nossa remuneração é justa	1	2	3	4	5	6	7
33. Neste serviço, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
34. Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que faço no meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente	1	2	3	4	5	6	7
37. Os médicos deste serviço geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz	1	2	3	4	5	6	7
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim eu entraria na Enfermagem	1	2	3	4	5	6	7

Lembre-se: quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

39. Os médicos desse serviço subestimam demais a equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste serviço	1	2	3	4	5	6	7
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico	1	2	3	4	5	6	7
42. A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos	1	2	3	4	5	6	7
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia(s) para me apoiar	1	2	3	4	5	6	7

44. Neste serviço, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

## ANEXO XI

### Matrizes de freqüências utilizadas para o cálculo dos coeficientes de ponderação dos componentes calculados pelas comparações pareadas

**QUADRO 10 - MATRIZ DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS DAS RESPOSTAS OBTIDAS NAS COMPARAÇÕES PAREADAS DO ISP. SAMU/NATAL/RN,2005**

Menos Importante	Mais Importante					
	Remuneração	Autonomia	Requisitos do Trabalho	Status Profissional	Normas Organizacionais	Interação
Remuneração		25	19	13	20	20
Autonomia	26		13	11	19	22
Requisitos do Trabalho	32	38		25	19	30
Status Profissional	37	40	26		19	34
Normas Organizacionais	31	32	32	31		32
Interação	31	29	21	17	19	

**QUADRO 11 - MATRIZ DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS DAS RESPOSTAS OBTIDAS NAS COMPARAÇÕES PAREADAS DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005**

%	Mais Importante					
	Remuneração	Autonomia	Requisitos do Trabalho	Status Profissional	Normas Organizacionais	Interação
Remuneração		0.490	0.373	0.260	0.392	0.392
Autonomia	0.510		0.255	0.216	0.373	0.431
Requisitos do Trabalho	0.627	0.745		0.490	0.373	0.588
Status Profissional	0.740	0.784	0.510		0.380	0.667
Normas Organizacionais	0.608	0.627	0.627	0.620		0.627
Interação	0.608	0.569	0.412	0.333	0.373	

**QUADRO 12 - MATRIZ DOS VALORES-Z (Z-SCORES) DAS REPOSTAS OBTIDAS NAS COMPARAÇÕES PAREADAS DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005**

%	Mais Importante					
	Remuneração	Autonomia	Requisitos do Trabalho	Status Profissional	Normas Organizacionais	Interação
Menos Importante						
Remuneração		-0.025	-0.324	-0.643	-0.274	-0.274
Autonomia	0.025		-0.659	-0.786	-0.324	-0.174
Requisitos do Trabalho	0.324	0.659		-0.025	-0.324	0.222
Status Profissional	0.643	0.786	0.025		-0.305	0.432
Normas Organizacionais	0.274	0.324	0.324	0.305		0.324
Interação	0.274	0.174	-0.222	-0.432	-0.324	

**QUADRO 13 - MATRIZ DOS VALORES-Z (Z-SCORES) CORRIGIDOS DAS REPOSTAS OBTIDAS NAS COMPARAÇÕES PAREADAS DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005**

%	Mais Importante					
	Remuneração	Autonomia	Requisitos do Trabalho	Status Profissional	Normas Organizacionais	Interação
Menos Importante						
Remuneração		-0.025	-0.324	-0.643	-0.274	-0.274
Autonomia	0.025		-0.659	-0.786	-0.324	-0.174
Requisitos do Trabalho	0.324	0.659		-0.025	-0.324	0.222
Status Profissional	0.643	0.786	0.025		-0.305	0.432
Normas Organizacionais	0.274	0.324	0.324	0.305		0.324
Interação	0.274	0.174	-0.222	-0.432	-0.324	
Soma	1.541	1.917	-0.856	-1.580	-1.551	0.530
Média	0.308	0.383	-0.171	-0.316	-0.310	0.106
Fator de Correção	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Coefficiente de Ponderação de Componente	4.041	4.417	1.644	0.920	0.949	3.030

## **ANEXO XII**

**Matrizes de freqüências utilizadas para o cálculo do escore médio e total da escala  
calculadas pelas respostas da escala de atitudes**

**QUADRO 14** – MATRIZ DE DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ABSOLUTAS E RELATIVAS OBTIDAS ATRAVÉS DA ESCALA DE ATITUDES DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005

INTERAÇÃO ENF/ MÉDICO	Concordo							Discordo	
		1	2	3	4	5	6	7	Total
6. Em meu trabalho, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem	N	17	18	6	2	4	3	1	51
	%	33,3%	35,3%	11,8%	3,9%	7,8%	5,9%	2,0%	100,0%
19. Em meu serviço, há muito trabalho em equipe entre a enfermagem e os médicos	N	25	11	4	0	5	3	2	50
	%	50,0%	22,0%	8,0%	0,0%	10,0%	6,0%	4,0%	100,0%
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem	N	21	5	2	7	2	7	7	51
	%	41,2%	9,8%	3,9%	13,7%	3,9%	13,7%	13,7%	100,0%
37. Os médicos deste serviço geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz	N	15	17	5	1	5	6	2	51
	%	29,4%	33,3%	9,8%	2,0%	9,8%	11,8%	3,9%	100,0%
39. Os médicos desse serviço subestimam demais a equipe de enfermagem	N	5	5	11	5	5	8	12	51
	%	9,8%	9,8%	21,6%	9,8%	9,8%	15,7%	23,5%	100,0%

**QUADRO 15** – MATRIZ DE DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ABSOLUTAS E RELATIVAS OBTIDAS ATRAVÉS DA ESCALA DE ATITUDES DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005

INTERAÇÃO ENF/ ENF	Concordo					Discordo			
		1	2	3	4	5	6	7	Total
3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando “as coisas estão corridas”									
	N	19	14	8	0	2	4	3	50
	%	38,0%	28,0%	16,0%	0,0%	4,0%	8,0%	6,0%	100,0%
10. Em meu trabalho, é difícil para a(o)s enfermeira(o)s nova(o)s sentirem-se “a vontade”		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	11	6	7	5	9	7	6	51
	%	21,6%	11,8%	13,7%	9,8%	17,6%	13,7%	11,8%	100,0%
16. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	24	10	2	3	2	6	3	50
	%	48,0%	20,0%	4,0%	6,0%	4,0%	12,0%	6,0%	100,0%
23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	12	5	9	0	10	6	9	51
	%	23,5%	9,8%	17,6%	0,0%	19,6%	11,8%	17,6%	100,0%
28. Em minha unidade há muita “distinção de posições”: a(o)s enfermeira(o)s raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	11	5	5	4	5	4	16	50
	%	22,0%	10,0%	10,0%	8,0%	10,0%	8,0%	32,0%	100,0%

**QUADRO 16** – MATRIZ DE DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ABSOLUTAS E RELATIVAS OBTIDAS ATRAVÉS DA ESCALA DE ATITUDES DO ISP. SAMU/NATAL,2005

AUTONOMIA	Concordo							Discordo	
		1	2	3	4	5	6	7	Total
7. Eu sinto que sou supervisionada(o) mais diretamente (“de perto”) do que é necessário		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	8	9	8	4	11	7	4	51
	%	15,7%	17,6%	15,7%	7,8%	21,6%	13,7%	7,8%	100,0%
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada tipo de atendimento		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	30	9	4	1	1	3	3	51
	%	58,8%	17,6%	7,8%	2,0%	2,0%	5,9%	5,9%	100,0%
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	16	7	6	2	4	6	10	51
	%	31,4%	13,7%	11,8%	3,9%	7,8%	11,8%	19,6%	100,0%
20. Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	11	2	9	1	4	13	10	50
	%	22,0%	4,0%	18,0%	2,0%	8,0%	26,0%	20,0%	100,0%
26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	9	9	7	12	4	8	2	51
	%	17,6%	17,6%	13,7%	23,5%	7,8%	15,7%	3,9%	100,0%
30. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser programadas para mim		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	2	2	4	4	10	9	19	50
	%	4,0%	4,0%	8,0%	8,0%	20,0%	18,0%	38,0%	100,0%
31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	10	9	8	3	3	10	8	51
	%	19,6%	17,6%	15,7%	5,9%	5,9%	19,6%	15,7%	100,0%
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia(s) para me apoiar		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	11	13	8	2	5	6	6	51
	%	21,6%	25,5%	15,7%	3,9%	9,8%	11,8%	11,8%	100,0%





36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	13	9	6	3	9	5	6	51
	%	25,5%	17,6%	11,8%	5,9%	17,6%	9,8%	11,8%	100,0%

**QUADRO 19 – MATRIZ DE DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ABSOLUTAS E RELATIVAS OBTIDAS ATRAVÉS DA ESCALA DE ATITUDES DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005**

NORMAS ORGANIZACIONAIS	Concordo				Discordo				Total
	1	2	3	4	5	6	7		
5. Em meu serviço, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	18	11	4	3	4	5	6	51
	%	35,3%	21,6%	7,8%	5,9%	7,8%	9,8%	11,8%	100,0%
12. Existe uma grande lacuna entre a administração deste serviço e os problemas diários da equipe de enfermagem		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	14	5	9	4	6	7	6	51
	%	27,5%	9,8%	17,6%	7,8%	11,8%	13,7%	11,8%	100,0%
18. Neste trabalho não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	29	5	2	3	3	2	7	51
	%	56,9%	9,8%	3,9%	5,9%	5,9%	3,9%	13,7%	100,0%
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	7	3	4	8	7	7	15	51
	%	13,7%	5,9%	7,8%	15,7%	13,7%	13,7%	29,4%	100,0%
33. Neste serviço, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente		1	2	3	4	5	6	7	Total
	N	6	8	3	2	6	11	14	50
	%	12,0%	16,0%	6,0%	4,0%	12,0%	22,0%	28,0%	100,0%

40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste serviço		1	2	3	4	5	6	7	Total
	<b>N</b>	7	8	3	2	11	8	12	51
	<b>%</b>	13,7%	15,7%	5,9%	3,9%	21,6%	15,7%	23,5%	100,0%
42. A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos		1	2	3	4	5	6	7	Total
	<b>N</b>	16	8	9	2	4	6	6	51
	<b>%</b>	31,4%	15,7%	17,6%	3,9%	7,8%	11,8%	11,8%	100,0%

**QUADRO 20** – MATRIZ DE DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ABSOLUTAS E RELATIVAS OBTIDAS ATRAVÉS DA ESCALA DE ATITUDES DO ISP. SAMU/NATAL/RN, 2005

