

**UNIVERSIDADE ABERTA**



**A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS HIGIENISTAS  
ORAIS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO**

Inês Duarte Silva Oliveira Pinto de Oliveira Santos

**MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

Orientada pelo Professor Doutor Hermano Carmo

2008

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Hermano Carmo  
por toda a orientação, disponibilidade, simpatia e metodologia com que  
acompanhou a realização deste trabalho.

Às minhas colegas da Faculdade, em especial à Fátima e à Sandra,  
que me incentivaram, apoiaram e ajudaram a concretizar este projecto.

À minha família e amigos por todo o suporte logístico familiar

A todos os Higienistas Oraís que participaram no inquérito

## RESUMO

A profissão de Higienistas Orais (HO) nasceu no princípio do século XX nos Estados Unidos e depressa se estendeu à Europa. Em Portugal o curso teve início há 20 anos e praticamente nada foi publicado sobre ele. O objectivo primário dos HO é a prevenção de doenças que afectam a saúde oral e a promoção de estratégias que visam melhorar a saúde oral, estando por isso intrinsecamente ligados à área da comunicação em saúde. A satisfação destes profissionais com o trabalho e o reconhecimento dos factores que poderão contribuir para essa satisfação poderá ajudar a analisar a situação actual em que os HO vivem em Portugal e compará-los com as realidades vividas nos outros países. A sua auto-crítica em relação à formação académica recebida poderá igualmente auxiliar na redefinição dos planos curriculares que estão actualmente em alteração devido à integração deste curso numa licenciatura. De modo a avaliar estes aspectos foi conduzido um inquérito por questionário que visava abranger os 298 HO formados na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Foi enviado um questionário via *email* a 231 HO com uma taxa de resposta de 72,7%, correspondendo a 55,7% da totalidade da população. 80,7% dos respondentes eram do sexo feminino, apenas 13,3% tinham mais de 40 anos e 54,2% não tinham equivalência ao grau de bacharel. 63,1 % dos HO desempenhava funções em mais do que um local, 90,7%% desempenhava pelos menos alguma actividade clínica e 76% tinha um horário a *full-time*. A formação académica foi avaliada muito positivamente especialmente nas áreas de clínica e de comunidade. 94% da amostra considerou-se satisfeita a muito satisfeita com o trabalho, especialmente os profissionais com mais de 40 anos, os que tinham filhos e os que se formaram nos cursos até 93. Dos aspectos mais significativos para a satisfação realça-se a relação com os pacientes, uma supervisão adequada, a diversidade de actividades, o reconhecimento da profissão por outras pessoas e pelo próprio, a

possibilidade de realizar um trabalho de boa qualidade, autoridade e responsabilidade suficientes e tempo para discutir trabalho com outros colegas. Consideraram pouco satisfatória a remuneração. Comparativamente com os outros países verifica-se um número superior de profissionais do sexo masculino e um maior número de actividades na área da comunidade. A satisfação geral é ligeiramente superior e os respondentes estavam, de um modo geral, mais satisfeitos com a diversidade de tarefas, não referiam problemas de pressão do tempo e não apresentavam queixas físicas resultantes do trabalho. Apesar das limitações metodológicas deste trabalho pode-se traçar um perfil, ainda que incompleto, da profissão em Portugal e compará-lo com os outros países. Com os novos desafios que agora se impõe na área da saúde, as novas tecnologias, a mobilização dos profissionais no espaço europeu e as alterações curriculares que se introduziram no curso seria interessante conduzir novos estudos sobre esta temática para se poder ir acompanhando as mudanças e as percepções destes profissionais.

Palavras-chave. Higienista Oral; Comunicação em Saúde; Satisfação Profissional

## ABSTRACT

The dental hygiene profession had its origin in the beginning of the XX century in the United States and soon was introduced in Europe. In Portugal the program began 20 years ago and almost nothing has been published about this profession. The primary goal of dental hygienists (DH) is to prevent oral health diseases and promote strategies for a better oral health. Without health communication this cannot be achieved. Work satisfaction and recognition of the factors that contribute to it may help to identify the actual situation of DH in Portugal and compare them to other countries. Self-critics to academic education can help to redefine DH curriculum which is presently being changed to a bachelor degree. In order to evaluate work satisfaction a survey was conducted for the all the 298 DH graduated from the University of Lisbon Dental School. Questionnaires were sent by email. A response rate of 72,7% resulted in a sample of 55,7% of the total population. 80,7% of the respondents were female, only 13,3% had more than 40 years old and 54,2% didn't have a baccalaureate degree. 63,1% of the DH worked in more than one place, 90,7% had at least some clinic activity and 76% had a full-time schedule. The academic education was rated positively in respect to clinic and community areas. 94% of the sample was very satisfied or satisfied with their work, specially the older DH, those with parental responsibilities and those who had graduated from earlier courses. Factors related to work satisfaction were patient relations, adequate supervision, variety of activities, self-recognition and recognition from others of the profession, opportunity to do a good job, enough authority and responsibility, and time to discuss work with colleagues. Only remuneration was not satisfactory. Comparatively with other countries this study demonstrated a higher number of male professionals and more community activities being done. The degree of work satisfaction was higher comparatively and the usual unsatisfactory factors like, lack of diversity in activities, time pressure and physical

complaints about the job weren't relevant. Despite several methodological limitations it was possible to determine an exploratory profile of the DH in Portugal and compare it with data from other countries. In the near future, it would be interesting to know how this profession is going to adapt to the new challenges of health policies, new technologies, free mobilization of professionals throughout the European Union and the curriculum changes introduced in the DH course.

Key-words: Dental Hygienists; Health Communication; Work Satisfaction

## ÍNDICE

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	V
Índice	VII
Índice de quadros	X
Índice de gráficos	XI
Siglas	XII

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
-------------------	----------

<b>I PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>7</b>
---	----------

CAPÍTULO I – O HIGIENISTA ORAL	8
1. O HO como promotor de saúde oral	9
1.1. História da profissão	9
1.2. Inserção da profissão nas sociedades actuais	10
2. A Comunicação em Saúde	13
2.1. A Comunicação em Saúde e os Profissionais de Saúde Oral/HO	15
3. O curso de Higiene Oral em Portugal	20
3.1. Enquadramento legislativo	20
3.2. Formação curricular	23
3.3. A implementação da profissão nos serviços de saúde	24
4. Síntese do capítulo	25

CAPÍTULO II – A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS HIGIENISTAS ORAIS	27
1. A satisfação profissional	28
1.1. Estrutura conceptual	28

1.2. Componentes da satisfação profissional nos profissionais de saúde	33
2. A satisfação profissional dos Higienistas Orais	36
3. Síntese do capítulo	41
<b>II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>43</b>
 CAPÍTULO III – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	 44
1. Tipo de metodologia	45
2. Caracterização da população de estudo	45
3. Técnicas de recolha de dados	45
3.1. Estrutura do questionário	45
3.1.1. Variáveis de caracterização pessoal	46
3.1.2. Variáveis de caracterização profissional do HO	47
3.1.3. Variáveis da Satisfação Profissional	48
3.2. O pré-teste – concepção e aplicação	50
4. Procedimentos da investigação	52
5. Processo de tratamento e análise dos dados	51
5.1. Elaboração da grelha das perguntas e respostas e ordenação das perguntas abertas	51
5.2. Análise descritiva	53
5.3. Análise da fiabilidade da escala de atitudes	53
5.4. Análise correlacional	55
6. Limitações metodológicas	56
7. Síntese	56
 CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	 58
1. Género, Idade e Filhos	59
2. Ano de Conclusão do Curso	60
3. Exercício da Profissão	61

4. Locais de Trabalho e Actividades Exercidas	61
5. Horário de Trabalho	64
6. Qualidade da Formação Académica e Adequabilidade para o Exercício da Profissão	65
7. Grau Geral de Satisfação e as Variáveis de Caracterização Pessoal e Profissional	67
8. Escala de Atitudes para medir a Satisfação Profissional e Grau Geral de Satisfação	69
8.1. Autonomia	70
8.2. Interacção	72
8.3. Políticas Organizacionais	74
8.4. Remuneração	77
8.5. Requisitos do Trabalho	79
8.6. <i>Status</i> Profissional	82
9. Síntese	84
<b>CONCLUSÕES</b>	88
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	96
<b>ANEXOS</b>	108
ANEXO I – Questionário de satisfação profissional	109
ANEXO II – Primeiro <i>email</i> de divulgação	115
ANEXO III – Segundo <i>email</i> com instruções de preenchimento	117
ANEXO IV – Questionário de satisfação profissional com identificação das classes por pergunta	119

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Distribuição dos itens que constituem a escala de atitudes por dimensão e inclinação negativa ou positiva.	50
Quadro II – Apresentação da escala de avaliação para os valores do $\alpha$ -Cronbach por dimensão	54
Quadro III – Descrição dos itens da Autonomia e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação	70
Quadro IV – Descrição dos itens da Interação e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação	72
Quadro V – Descrição das Políticas Organizacionais e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação	74
Quadro VI – Descrição dos itens da Remuneração e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação	77
Quadro VII – Descrição dos itens dos Requisitos do Trabalho e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação	79
Quadro VIII – Descrição dos itens do Status Profissional e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação	82

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I – Distribuição dos HO por anos de finalização do curso	60
Gráfico II – Distribuição dos HO por locais de trabalho	62
Gráfico III – Distribuição dos HO por tipos de actividade	63
Gráfico IV – Distribuição dos HO por pelo nº de horas de trabalho	64
Gráfico V – Avaliação da qualidade de formação recebido	65
Gráfico VI – Avaliação da adequação da formação recebida para o exercício da profissão	66
Gráfico VII – Determinação do grau de satisfação profissional	68
Gráfico VIII – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens da Autonomia	71
Gráfico IX – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens da Interacção	73
Gráfico X – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens das Políticas Organizacionais	75
Gráfico XI – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens da Remuneração	78
Gráfico XII – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens dos Requisitos do Trabalho	81
Gráfico XIII – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens do Status Profissional	83

## SIGLAS

APHO – Associação Portuguesa de Higienistas Orais

EUA – Estados Unidos da América

FMDUL – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

HO – Higienista Oral ou Higiene Oral

IFDH- International Federation of Dental Hygiene

IWS – *Index of Work Satisfaction*

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

## **INTRODUÇÃO**

A profissão de Higienistas Orais (HO - internacionalmente descritos como *Dental Hygienists*) surgiu do conceito da promoção da saúde oral pela prestação de cuidados preventivos regulares através de profissionais. Apesar de em todos os países esta profissão se ter sempre confrontado com grupos de dentistas da oposição, o primeiro curso de HO abriu em 1913 nos Estados Unidos da América e, a partir deste modelo, foram abertos novos cursos na Europa. A Noruega foi o primeiro país da Europa a organizar um curso em 1924, sucedendo-lhe outros países como a Grã-Bretanha em 1954, a Holanda e a Suécia em 1968 (Luciak-Donsberger, 2003).

Em Portugal, os primeiros profissionais formaram-se em 1986 na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (até 1991, Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa). Até 2006 já se completaram 20 cursos exclusivamente nesta faculdade e apenas existe um outro programa, de ensino privado, na região Norte do país, onde os primeiros graduados se formaram em 2006. Estes profissionais encontram-se dispersos por todo o país e regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

Em 2002 cerca de 30 países a nível mundial tinham cursos de HO (Luciak-Donsberger, 2003). Actualmente estão inscritos na Federação Internacional 24 países pertencentes à América do Norte, África, Ásia e Europa (IFDH, s. /d.).

Os HO recebem formação na área da prevenção e promoção da saúde oral. Nos primeiros cursos que abriram nos outros países a área de actuação era praticamente de intervenção clínica mas em Portugal a formação foi orientada desde o início para ambas áreas de actuação, clínica e comunitária (Luís, Ribeiro e Albuquerque, 2003). Actualmente os planos curriculares dos outros países tendem a seguir o perfil

português como aquele mais indicado para dar resposta às necessidades mundiais de saúde oral (Johnson, 2003).

Para Monajem (2006) os HO são os profissionais melhor orientados para a implementação do projecto da Organização Mundial de Saúde "*Global Oral Health Programme*", programa de saúde pública que visa atingir os objectivos mundiais para a Saúde Oral em 2020, com especial enfoque na modificação dos comportamentos de risco, através da prevenção das doenças orais e da promoção dos conhecimentos e práticas de saúde.

Cada vez mais a comunicação em saúde é reconhecida como um elemento fundamental nas estratégias para promover a saúde e prevenir a doença. A comunicação em saúde acompanha o estudo e uso das estratégias da comunicação para informar e influenciar as decisões individuais e comunitárias que promovem saúde. O seu campo de acção centra-se em dois pontos principais, no modo como as técnicas de comunicação podem ser utilizadas para melhorar o conhecimento do público em assuntos de saúde e na forma como os profissionais de saúde podem comunicar mais eficazmente com os pacientes ("*Healthy People 2010*", 2000).

Os efeitos da comunicação em saúde estendem-se não só à satisfação do próprio profissional como também à obtenção de um diagnóstico correcto, à satisfação dos pacientes, à aprendizagem e finalmente à adesão aos tratamentos e adopção de cuidados preventivos de saúde (Davis & Fallowfield, 1991, p. 287-318).

A satisfação no trabalho é um fenómeno amplamente estudado e esse interesse decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afectando a sua saúde, atitudes, comportamento profissional e social, com repercussões tanto para a sua vida privada como para as organizações (Locke, 1976 e Pérez- Ramos, 1980; cit. em

Martinez & Paraguay, 2003). Vários estudos têm sido conduzidos na área de saúde sobre esta temática, todavia, sem se chegar a um consenso, quer por dificuldade de definição de conceitos quer por falhas dos instrumentos utilizados para a medição daquela (Martinez & Paraguay, 2003).

Já existem numerosos estudos sobre as carreiras e satisfação no trabalho dos HO à escala nacional, em diferentes países, como a Inglaterra, Estados Unidos, Suécia e Austrália. Os resultados indicam que de um modo geral os Higienistas parecem satisfeitos com o seu trabalho mas esses graus variam consoante o grupo etário, trabalho privado ou público, trabalho único *versus* vários trabalhos, região demográfica onde exercem, horários de trabalho, remunerações, valorização na equipa de trabalho e variabilidade de funções exercidas (Boyer, 1990, 1994; Hillam, 2000; Gibbons, Corrigan e Newton, 2001; Naidu, Newton e Ayers, 2006).

Em Portugal existe apenas um estudo quantitativo sobre o grau de satisfação dos HO na área de saúde comunitária. O inquérito foi feito por questionário a 40 profissionais com mais de três anos de experiência profissional e com vínculo à função pública. Os resultados obtidos reflectem um elevado grau de satisfação entre os profissionais, e que, os factores mais relacionados com a satisfação são; o tipo de trabalho, a responsabilidade e as relações interpessoais, enquanto a insatisfação relaciona-se com; a remuneração, as condições de trabalho, o reconhecimento, o crescimento pessoal e a progressão na carreira (Amaral, Seia e Ramalho, 2004).

Este foi o único estudo encontrado sobre a profissão em Portugal. Considerando a tendência mundial de se aproximarem os perfis da profissão para um perfil único e de que a investigação sobre a satisfação profissional dos HO em vários países estar presentemente a ser

divulgada, seria importante avaliar a situação em Portugal para fins comparativos. O objectivo principal deste estudo centrou-se na avaliação da satisfação dos HO no exercício da profissão e quais as variáveis que poderão contribuir para os diferentes graus de satisfação.

Sendo HO, pertencente ao primeiro curso formado em 1986 e tendo estado ligada a partir dessa altura à formação destes profissionais, este estudo é importante tanto no aspecto pessoal como visa ter um papel esclarecedor da situação profissional em que vivem os HO, podendo ser utilizado pelo departamento da Faculdade para reorientar a formação académica dos novos alunos. Estudos sobre satisfação e retenção no trabalho dos HO são importantes para os educadores na medida em que lhes permite otimizar a formação académica dos alunos orientando-os para as necessidades do mercado de trabalho e das necessidades sentidas pelos profissionais em exercício de funções (Hillam, 2000; Gorter, 2005).

Para estudar a problemática da satisfação profissional dos HO no exercício profissional definiram-se os seguintes objectivos de investigação:

- Identificar a percepção dos profissionais sobre a qualidade e adequabilidade da formação recebida durante o curso para o exercício da vida profissional.
- Averiguar de que modo, as características pessoais e profissionais do HO se relacionam com a satisfação profissional.
- Identificar as fontes de satisfação e insatisfação no exercício da profissão.
- Comparar os dados obtidos com os referidos em outros países.

Este trabalho está organizado em duas partes, cada uma delas dividida por dois capítulos. A primeira parte do trabalho prende-se com a contextualização teórica da problemática da investigação. No primeiro

capítulo será abordada a profissão dos HO, a sua origem, o perfil e competências destes profissionais. A relação entre esta profissão e a Comunicação em Saúde será posta em evidência através de intervenções comunitárias e clínicas desenvolvidas por HO em diferentes contextos e a necessidade do ensino de técnicas de comunicação durante a formação académica destes técnicos. Em seguida apresenta-se o trajecto desta profissão em Portugal tanto na parte legislativa como nos planos curriculares e o enquadramento na área da saúde oral. No segundo capítulo desenvolve-se a temática sobre a satisfação profissional, modelos teóricos, componentes da satisfação profissional e em especial dos HO. Na segunda parte do trabalho encontra-se discriminado todo o estudo empírico. No terceiro capítulo apresenta-se o procedimento metodológico da investigação e no quarto capítulo os resultados obtidos e respectiva análise dos resultados. No final apresentam-se as conclusões ao trabalho realizado, sintetizando os aspectos principais citados ao longo dos capítulos, a metodologia da investigação, os resultados obtidos e a sua relação com o enquadramento teórico. Referem-se as principais limitações deste estudo e tecem-se algumas sugestões para futuros trabalhos.

## **I PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

## CAPÍTULO I – O HIGIENISTA ORAL

## 1. O HO como promotor de saúde oral

### 1.1. História da profissão

Historicamente a profissão teve origem no princípio de 1900 nos EUA. Foi seguida pela Noruega no ano de 1924. No segundo quarto do mesmo século surgiram em mais três países: Reino Unido (1943), Japão (1948) e Canadá (1949). A grande expansão da profissão começou a ocorrer entre nos anos de 1950-1974, onde apareceu em mais 7 países; Nigéria, Dinamarca, Suíça, Coreia, Holanda, Suécia, Austrália e África do Sul. Entre 1975-1999 começou na Áustria, Finlândia, Israel, Itália, Portugal, Espanha, Nova Zelândia e Látvia. A legislação para regular a prática de higiene oral em todos os países foi geralmente aprovada em simultâneo com o aparecimento da profissão ou logo nos anos imediatos. Todavia, em Itália o reconhecimento legal só foi aprovado 10 anos após a profissão se estabelecer e na Noruega este processo demorou 56 anos.

A profissão permanece predominantemente feminina (cerca de 97% de toda a população de HO). O termo *dental hygienist* é o termo oficial para a profissão na maioria dos países. No entanto também se utiliza *oral hygienist* (HO) nomeadamente em Portugal e África do Sul e *dental therapist* na Nigéria (Johnson, 2003).

Existe uma aceitação cada vez maior de que a saúde oral é uma componente essencial da saúde oral geral, ênfase renovada no estabelecimento e obtenção de objectivos de saúde oral a nível mundial e um aumento do reconhecimento de que os serviços de higiene oral são um elemento importante para a obtenção desses fins (WHO, s. /d. cit. em Monajem, 2006). O HO é o único profissional de saúde e membro da equipa de saúde oral em que a sua função principal continua a ser a prevenção das doenças orais e a promoção do bem-estar (Johnson, 2002; cit. em Johnson, 2003). A sua contribuição em termos de

restrição de custos e eficiência técnica tem sido bem documentada (Hannertz & Westerberg, 1996; Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day e Ndiaye, 2005).

A profissão de HO continua a ter um aumento de responsabilidade na sua instrução, regulação e exercício profissional. Os papéis e relacionamentos têm evoluído para uma maior colaboração entre dentista/HO em relação ao tratamento de pacientes e providencia latitude para o HO trabalhar como prestador de cuidados primários numa variedade de locais de trabalho, inclusive em práticas independentes (Johnson, 2003). Como uma profissão preventiva centrada na prestação de serviços numa multiplicidade de ambientes de trabalho, a profissão de HO enquadra-se muito bem na sempre mutante política da prestação dos cuidados de saúde (Nathe, 2003).

#### 1.2. Inserção da profissão nas sociedades actuais

Num estudo envolvendo 19 países (12 da Europa, 1 da Austrália, 4 da Ásia e 2 de África) Johnson (2003) descreve que a maioria dos HO exerce actualmente a profissão. De facto, 12 de 16 países referem que em cada 10 higienistas 7 exercem a actividade. Quanto ao nível de instrução dos 19 países estudados a maioria oferecia programas de 2 anos de formação em escolas técnicas, após ensino secundário completo. Alguns países entre os quais os EUA, Canadá, África de Sul e alguns países da Europa ofereciam programas com obtenção do grau de bacharel. Apenas existiam programas de mestrado na Noruega, EUA e Suécia (esta também tinha um programa de doutoramento).

Em relação ao trabalho, a maioria dos HO tem emprego, trabalha predominantemente em clínicas, na sua maioria clínicas privadas, seguidas pelos empregos em serviços públicos ou comunitários. Antecipam-se aumentos de locais de trabalho em residências de terceira

idade, clínicas e hospitais e outros locais de saúde pública em geral. Enquanto as oportunidades de emprego são grandes em 11 dos 19 países estudados, outros, como a Itália e Israel referem dificuldade na obtenção de emprego. As oportunidades de carreira variam muito entre cada país. A remuneração, que consiste em salário e outros benefícios, varia muito entre países e local de trabalho. Apesar de não haver dados relativos ao tempo de trabalho nos vários países, os que tinham dados, referem uma maioria de trabalho a *full-time* (sendo que *full-time* varia entre os países, podendo ir de 32-44 horas/semanais) (Johnson, 2003).

A regulação legislativa da profissão apresenta três sistemas diferentes, os mais comuns são os legislados por um departamento do governo, como o departamento de saúde. Em alguns países como a Finlândia, Israel, Coreia, África do Sul e Holanda os representantes dos HO estavam nesses departamentos. O segundo sistema, mais comum, consiste numa regulamentação indirecta do governo através de um conselho de direcção, formado prioritariamente ou exclusivamente por dentistas (ex: em quase todos os estados dos EUA, Reino Unido e Austrália). O terceiro sistema é aquele em que o conselho da direcção é composto maioritariamente por HO, dos quais se salientam alguns estados dos EUA, Canadá e Holanda (Johnson, 2003).

A análise dos perfis da profissão nestes 19 países reflecte a maioria dos profissionais no mundo. Existe uma grande similaridade nos perfis, especialmente nas funções exercidas, e a profissão apresenta um padrão algo semelhante no que se refere à história, instrução, preparação e organização da profissão. Apesar de haver diferenças, em termos de remuneração, horas de trabalho, local de trabalho principal, entre outros, regista-se uma surpreendente homogeneidade da profissão em todo o mundo (Johnson, 2003).

Uma outra análise comparativa da profissão, entre Canadá, Japão e Estados Unidos e os países da União Europeia, em 1988, revelou que, apesar das características dos profissionais terem um padrão muito semelhante, diferia em número, sendo 15 vezes superior o número de HO nos três primeiros países do que em todos os 18 estados membros (Eaton, Newman e Widstrom, 2003).

Como HO, estes profissionais providenciam um papel fundamental na implementação de cuidados preventivos na população saudável, e terapêutico nos pacientes com problemas periodontais (gingivais). Por esta razão, a distribuição destes profissionais por todo o mundo é fundamental e levanta as questões sobre a importância da mobilização destes profissionais entre países (Abbott, Barrow, Lopresti e Hittelman, 2005). A necessidade de implementar legislação sobre a prática e o sistema educacional dos HO, dentro e fora da União Europeia poderá contribuir para um nível estandardizado de cuidados de saúde como também oportunidades iguais na educação e no emprego (Luciak-Donsberger, 2003).

No Japão, a educação em HO e programas associados estão a mudar de dois para três a quatro anos de formação de modo a que possam corresponder às diferentes necessidades da sua sociedade. Os problemas de saúde associados a um rápido envelhecimento da população requerem que os HO providenciem um tipo de cuidados mais especializados e individuais para poderem responder a esta nova situação (Rayman & Almas, 2007; Yoshida, Endo e Komaki, 2004).

As alterações dos planos curriculares nos programas de HO são imprescindíveis, de modo a que possam responder às necessidades da diversidade da população, nomeadamente no que respeita ao reconhecimento, respeito e identificação das diferenças culturais. Estas alterações deverão ser introduzidas nos planos de estudo através de

competências e estatutos associados à prática de HO (Rayman & Almas, 2007).

Segundo o código de ética da Federação Internacional de Higienistas Oraís (IFDH) a responsabilidade fundamental dos HO é a promoção da saúde e o restabelecimento da saúde oral através de intervenções clínicas, terapêuticas e educação para a saúde. Os HO servem o público como profissionais de saúde oral e assim contribuem para a saúde pública geral e o seu bem-estar. A necessidade de serviços de HO é universal e estes são chamados a ministrar cuidados aos indivíduos, à família e a comunidade. (IFDH, 2003).

## 2. A Comunicação em Saúde

A comunicação em saúde pode ser definida como a arte e a técnica de informar, influenciar e motivar audiências individuais, institucionais e públicas sobre assuntos de saúde importantes. O âmbito da comunicação em saúde inclui a prevenção da doença, a promoção de saúde, as políticas dos cuidados de saúde e de tudo o que os rodeia, assim como a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade (Ratzan, 1994).

Uma boa comunicação cuidador/paciente contribui para a qualidade do tratamento e melhoria do *status* de saúde. A avaliação pelo paciente das técnicas de comunicação dos seus cuidadores é importante para os indivíduos com recurso regular ao tratamento mas também para os pacientes que não têm esse recurso e que têm menos contactos frequentes com o sistema médico ("Healthy People 2010", 2000).

Os estudos indicam que os pacientes referem uma comunicação difícil com os seus cuidadores de saúde e que estes não lhes dão informação suficiente. Todavia os pacientes valorizam bastante a informação e

mostram interesse em saber mais. A comunicação cuidador/paciente clara, precisa, cultural e linguisticamente competente é essencial para a prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão das preocupações de saúde. A comunicação eficaz suporta a prevenção e os esforços de tratamento, em situações clínicas, quando os cuidadores têm a oportunidade de estabelecer um aconselhamento um-a-um e providenciar informação que é cultural e linguisticamente apropriada, adaptada ao nível de literacia de saúde de cada pessoa ("Healthy People 2010", 2000).

O diagnóstico e tratamento requerem aos profissionais de saúde estabelecer com o paciente um plano de mútuo comprometimento sobre aquilo que irá ser feito. A qualidade da comunicação do cuidador/paciente pode afectar numerosos resultados, incluindo a adesão pelo paciente às recomendações dadas e o estado de saúde. A informação e comunicação apropriada com um cuidador não só pode aliviar as ansiedades dos pacientes mas também pode ajuda-los a compreender as suas escolhas, permitir-lhes participar na tomada de decisão informada e melhor gerir as suas preocupações de saúde ("Healthy People 2010", 2000).

Kirshner (2003) faz uma retrospectiva das relações entre médico-paciente, referidas na literatura, e verifica que quando estas relações são boas elas estão relacionadas com importantes resultados nos tratamentos, tais como a adesão ao tratamento (DiMatteo, 1995; Francis *et al.*, 1969; Marquis *et al.*, 1983; cit. em Kirshner, 2003), resultados clínicos dos tratamentos (Greenfield *et al.*, 1988; Kaplan *et al.*, 1989; cit. em Kirshner, 2003), diminuição de queixas de mal prática (Beckman *et al.*, 1994; Penchansky & Macnee, 1994; cit. em Kirshner, 2003), e menos mudanças de médico (Marquis *et al.*, 1983; Safran *et al.*, 1998b; cit. em Kirshner, 2003).

Kirshner (2003) também realça que a qualidade das relações médico-paciente tem vindo a deteriorar-se (Chaitin *et al.*, 2003, McKinlay & Marceau, 2002 e Murphy *et al.*, 2001; cit. em Kirshner, 2003). A contribuir para o declínio destas identifica-se o aumento do consumismo, as tendências sociais para um decréscimo na profissionalização e a estrutura organizacional da distribuição dos cuidados de saúde. No entanto, o autor sugere que a influência das tecnologias da informação e comunicação e o enfoque no modelo dos cuidados individualizados de saúde pode alterar positivamente a interacção entre pacientes e os seus cuidadores de saúde. Para Kirshner (2003), as tecnologias da comunicação e informação podem desempenhar um papel facilitador na qualidade da relação médico-paciente.

### 2.1. A Comunicação em Saúde e os Profissionais de Saúde Oral/Higienistas Oraís

A importância das ciências do comportamento, em especial das técnicas de comunicação nos programas curriculares das escolas dentárias, foi formalmente reconhecida no Reino Unido em 1990. Nos EUA, as directrizes de 1993 para as escolas dentárias incluem as mesmas áreas das ciências do comportamento (Hannah, Millichamp e Ayers, 2004). Vários estudos sobre técnicas de comunicação foram conduzidos entre estudantes e professores e foram reconhecidos como muito relevantes (Hannah *et al.*, 2004; Hottel & Hardigan, 2005; Van der Molen, Klaver e Duyx, 2004)

A facilidade de comunicação com os cuidadores tal como é percebida pelos pacientes é uma variável crucial para determinar a adesão às recomendações sobre cuidados de saúde e à satisfação com os serviços (Kvale, Milgrom, Getz, Weinstein e Johnsen, 2004). Lundegren, Axtelius, Häkansson e Åkerman (2004) avaliaram as necessidades de tratamento do paciente percebidas pelo dentista e pelo próprio e

identificaram uma diferença significativa entre elas. Segundo os autores esta discrepância de percepções pode-se apresentar como um problema quando se propõe um plano de tratamento e cooperação do paciente.

Um grupo de investigadores (Schouten, Eijkman e Hoogstraten, 2003; Schouten, Hoogstraten e Eijkman, 2003) estudou as relações de comunicação dentista-paciente nas consultas. Os autores identificaram que a satisfação do paciente com o encontro era positivamente influenciada pelo comportamento comunicativo do dentista. No entanto, a necessidade que os pacientes sentiam sobre informação sobre os seus problemas e participação no plano de tratamento não era realizada, reforçando a necessidade de melhorar esta área de educação para a saúde nestes profissionais.

Yamalik (2005a, 2005b, 2005c, 2005d e 2005e) publicou uma série de artigos sobre relação dentista-paciente e a qualidade do tratamento. O autor identifica nesta relação várias dimensões, como o valor da comunicação e da confiança, o consentimento informado e o papel do profissional nas mudanças do comportamento, que contribuem para uma melhor qualidade de tratamento e satisfação do paciente. No que respeita à comunicação, aqui citada como o conceito "chave" da interacção dentista-paciente, o autor reforça a proximidade da relação entre a qualidade do tratamento e satisfação do paciente, com as atitudes positivas do dentista e técnicas de comunicação. Enquanto no passado os pacientes não eram frequentemente envolvidos nas decisões do tratamento, actualmente, cada vez mais eles exigem a sua participação na decisão de tratamentos e requerem uma informação mais profissional que lhes permita fazer uma escolha informada. Para o autor as técnicas de comunicação não devem resultar dos anos de experiência mas devem ser ensinadas durante a formação dos alunos.

A comunicação também pode ser uma valiosa variável na determinação do modo como o nível de medo e ansiedade perante o tratamento dentário pode ser exacerbado ou reduzido (Scoto & Hirschman, 1982). A fobia ao consultório dentário é manifestada em qualquer parte do mundo e é um obstáculo à realização dos tratamentos (Morais, 2003). Os pacientes com ansiedades dentárias atrasam ou cancelam as suas consultas significativamente mais vezes que os outros, evitam marcações, e quanto mais tempo medeia entre consultas maior a ansiedade sentida. Como consequência estão menos satisfeitos com os seus dentes e têm uma maior percepção sobre a sua fraca saúde oral. A ansiedade dentária pode também interferir com os procedimentos da consulta e aumentar o *stress* associado aos cuidados com a saúde oral para ambos os intervenientes, o paciente e o profissional de saúde oral (Bare & Dundes, 2004; Biggs, Kelly e Toney, 2003; Hainsworth, Moss e Fiarbrother, 2005).

Van der Molen *et al.* (2004) demonstraram a eficácia de um programa de treino de técnicas de comunicação em finalistas de medicina dentária na redução da ansiedade dentária nos pacientes. Os estudantes apresentaram maiores conhecimentos sobre este tema e apresentaram algumas alterações de comportamento, assim como passaram a reconhecer as suas auto capacidades e limitações para lidar com estas situações.

Bare & Dundes (2004) fizeram uma revisão da literatura sobre as diferentes técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde oral na redução da ansiedade dos pacientes e verificaram que na maioria das ocasiões as preferências dos pacientes para a resolução do problema não eram tidas em consideração. Para os autores o inquérito das suas preferências poderia resultar na implementação de estratégias mais eficazes posteriormente, nomeadamente quanto ao ambiente da clínica e a postura dos profissionais.

O papel relevante que a comunicação adquire na prática profissional do HO enquanto educador e promotor de saúde oral pode ser observado em diversos trabalhos de pesquisa sobre intervenções em indivíduos com e sem necessidades especiais e os vários problemas orais que os afectam.

A utilização do tabaco é uma das causas de doença e morte na nossa sociedade que pode ser prevenida. Em relação aos programas de cessação tabágica os profissionais de saúde oral são um recurso potencial para prestarem aconselhamento para os utilizadores de tabaco e existem boas razões para se crer que possam ser eficazes. Uma visita ao consultório dentário providencia uma oportunidade para estes profissionais alertarem para os efeitos prejudiciais do tabaco para a saúde geral e oral. Tal como referem Gordon & Severson (2001) se os profissionais de saúde oral relacionarem a presença de uma lesão oral com a utilização de tabaco, numa consulta, esta informação poderá ser um motivador poderoso para iniciar uma cessação tabágica.

Gordon & Severson (2001) referem-se à consulta de HO ("*the teachable moment*"), como uma excelente oportunidade para discutir os efeitos do tabaco e sugerir uma intervenção de cessação tabágica. Também ressaltam, como é importante disseminar os programas de intervenção sobre a cessação tabágica nos planos curriculares das escolas dentárias.

Almomani, Brown e Williams (2006) estudaram os efeitos dum programa de educação em saúde oral e implementação de hábitos de higiene oral numa população com patologia psiquiátrica. Os doentes psiquiátricos são uma população com um grande défice de saúde oral não só pelas desordens psicológicas e défice cognitivo que apresentam, como pelos efeitos secundários da medicação que tomam (ex: hipossalivação - diminuição da quantidade de saliva), problemas financeiros, que frequentemente apresentam, e dificuldade em encontrar profissionais dentários disponíveis para lidar com este grupo (Hede, 1995, Friedlander

& Mahler, 2001 e Lewis, Jagger e Treasure, 2001; cit. em Almomani *et al.*, 2006). Os resultados do estudo de Almomani *et al.* (2006) demonstraram a eficácia do programa na alteração de comportamentos e conhecimentos de saúde oral, contudo, os autores referem que a grande maioria dos HO se sentia desconfortável no relacionamento com estes indivíduos e reforçam a necessidade da aquisição de competências próprias para lidar com estas populações.

A incidência das desordens alimentares tem aumentado substancialmente nos últimos quarenta anos (DeBate, Tedesco e Kerschbaum, 2005). Devido às manifestações orais resultantes das alterações dos comportamentos alimentares o dentista e o HO podem desempenhar um papel fulcral na prevenção secundária das alterações alimentares, das quais se incluem a detecção precoce, tratamentos orais individualizados e encaminhamento para outros especialistas. Neste estudo, os autores identificaram um baixo conhecimento dos profissionais no que respeita aos sinais e sintomas da anorexia e bulimia nervosa, tal com já era referido em pesquisas anteriores (DiGiacchino *et col.*, 2000 e Harwood & Newton, 1995; cit. em DeBate *et al.*, 2005), o que explica porque muitos dentistas e HO não integram estes comportamentos de prevenção secundária nas suas práticas profissionais.

DeBate, Plichta, Tedesco e Kerschbaum (2006) referem a importância da auto-confiança dos profissionais em identificar e gerir os problemas orais relacionados com as desordens alimentares e a respectiva necessidade de se prepararem estes profissionais com competências que lhes permitam actuar nestas patologias.

A cultura pode ser melhor compreendida através dos conceitos, crenças e valores das diferentes sociedades. É importante compreender as percepções culturais sobre a saúde oral de modo a lidar com as barreiras

interculturais que podem surgir durante a utilização dos serviços de saúde oral. Estas competências culturais apenas podem ser adquiridas através do conhecimento dos vários *backgrounds* das culturas. Ministrar cuidados de saúde oral baseados nas necessidades individuais dos pacientes é um dos fundamentos básicos da prática da HO. A “*Commission on Dental Accreditation*” afirma que, de modo a interagir e tratar eficazmente diferentes grupos da população, os estudantes de HO devem ser competentes nas técnicas de comunicação, interpessoais e multiculturais (Rayman & Almas, 2007).

### 3. O curso de Higiene Oral em Portugal

#### 3.1. Enquadramento legislativo

Em 1982, o Fundo de Desenvolvimento da Mão-de-Obra (actualmente Instituto de Emprego e Formação Profissional – IEFP) e a Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa (hoje Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa – FMDUL) celebraram um “Acordo de Apoio Financeiro” o qual foi homologado pelos Secretários de Estado do Emprego e do Ensino Superior.

A FMDUL comprometeu-se a criar, organizar e ministrar cursos de formação profissional na área da Saúde Oral e o IEFP a financiar a construção de um edifício para esse fim bem como o respectivo funcionamento.

Em conformidade com este acordo, a FMDUL procedeu à construção das instalações dos Cursos de Formação Profissional, equipou-as, elaborou os planos de estudo e currículos dos cursos que pretendia criar, seleccionou o pessoal docente e não docente adequado, promoveu a sua formação, estabeleceu os regulamentos de selecção e de admissão dos alunos, criou os regulamentos dos cursos e, o curso de HO teve início

em Janeiro de 1984.

Em 1988 os HO ingressaram na Carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica<sup>1</sup>. No ano seguinte foi aprovado o conteúdo funcional relativo à profissão de Higiene Oral<sup>2</sup>. O HO é um profissional da área da saúde oral com competências para aplicar medidas clínicas da prevenção e controlo da saúde oral a pessoas de todas as idades e com diversas patologias, assim como trabalhar na equipa de saúde no desenvolvimento e administração de programas de saúde oral escolar e comunitária para a promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais (Luís, Ribeiro e Albuquerque, 2003).

Em 1993<sup>3</sup>, os cursos ministrados pelas então denominadas Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde ficaram integradas no Instituto Superior Politécnico passando a designar-se Escolas Superiores de Tecnologias de Saúde, conferindo-se aos cursos da carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica o grau de Bacharel.

Em 1999 são publicados os novos conteúdos funcionais dos HO<sup>4</sup>. No entanto, os profissionais formados pelo curso de Higiene Oral da FMDUL só foram integrados no Sistema do Ensino Superior em Agosto de 2001<sup>5</sup>, sendo conferido a partir dessa data o grau de bacharel aos alunos que ingressassem no curso.

Como nesta deliberação não tivesse sido prevista a possibilidade dos cursos anteriormente ministrados na FMDUL conferirem grau de bacharel, ficou por definir a atribuição do grau aos técnicos formados

---

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º. 247/88 de 13 de Julho

<sup>2</sup> Portaria n.º 303/89 de 21 de Abril

<sup>3</sup> Decreto-Lei n.º. 415/93 de 23 de Dezembro

<sup>4</sup> Decreto-Lei n.º.564/99 de 21 de Dezembro

<sup>5</sup> Deliberação da Reitoria da Universidade de Lisboa n.º. 1364/2001 de 23 de Agosto

desde 1986 a 2003. No entanto, através do Departamento de Modernização e Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde e ao abrigo dum Decreto-Lei de 1997<sup>6</sup>, é reconhecido o grau de bacharel aos detentores dos cursos de Higiene Oral formados até 1993. Ficaram assim por definir a atribuição do grau aos técnicos formados de 1994 a 2003.

Assim, em 2006 os HO formados pela FMDUL dividiam-se em 3 grupos:

- Cursos de 1986-1993 – cursos reconhecidos com o grau de bacharel
- Cursos de 1994-2003 – cursos não reconhecidos com o grau de bacharel
- Cursos de 2004-2006 – cursos integrados no Sistema de Ensino Superior com o grau de bacharel

Segundo o Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior<sup>7</sup> o processo de Bolonha veio requerer a implementação de medidas necessárias à obtenção de um grau de convergência nas políticas educativas, alargadas a todos os membros da União Europeia. Deste novo quadro de actuação, associado ao desenvolvimento das tecnologias e à complexidade da organização e papéis dos serviços de saúde nas sociedades actuais, surge um outro tipo de necessidades, relativamente ao nível de exigência e qualificação dos técnicos. Nesta perspectiva, verifica-se a tendência observada internacionalmente, no sentido de aprofundar a formação dos técnicos, exigindo-se-lhes níveis de qualificação superiores e que sejam semelhantes em todo o espaço europeu. Abandonada hoje a concepção tradicional do técnico, como um simples executante de um certo tipo de tarefas, torna-se então necessário habilitar estes profissionais com uma formação de maior qualidade e com uma área de actuação mais abrangente. Pretende-se

---

<sup>6</sup> Decreto-Lei 281/97 de 15 de Outubro

<sup>7</sup> Parecer nº. 9/2002 de 29 de Outubro

que a aquisição destas competências lhes permita agir adequadamente na utilização integrada das tecnologias com que trabalham e no desenvolvimento de práticas de saúde em contextos diversos, cuja complexidade e especificidade terão de saber analisar e interpretar com rigor para poderem agir com eficácia. Neste sentido, visa-se essencialmente melhorar a adequação da formação aos perfis profissionais actuais, reestruturando os cursos no quadro de uma licenciatura que corresponda melhor às exigências da integração no espaço Europeu.

De acordo com a legislação vigente foi regulamentada a Licenciatura dos cursos de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica ministrados nas Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde<sup>8</sup>, permitindo a continuação de estudos aos titulares do grau de bacharel. O curso de Higiene Oral ministrado pela FMDUL iniciou o prosseguimento de estudos para obtenção do grau de Licenciatura, em 2007, de acordo com os Estatutos da Faculdade<sup>9</sup>.

De referir que já existe legislada a Licenciatura em Higiene Oral, no âmbito do Ensino Superior Particular e Cooperativo, no Instituto Superior de Saúde do Alto Ave<sup>10</sup> onde é ministrado o curso de licenciatura em Higiene Oral.

### 3.2. Formação curricular

O curso de HO, iniciado em 1984, tem a duração de 3 anos, incluindo 6 meses de estágio (clínico e comunitário) (APHO, s. /d.). Durante os anos que o curso funcionou como formação profissional (ver neste capítulo,

---

<sup>8</sup> Portaria nº.413 – A/98 de 17 de Julho

<sup>9</sup> Despacho nº.11003/2003 de 3 de Junho

<sup>10</sup> Portaria nº.1288/2002 de 21 de Setembro

ponto 3.1.) o plano curricular estava dividido em formação geral (disciplinas das áreas das Ciências Sociais e Humanas) e formação específica (disciplinas das áreas das Ciências Médicas, Ciências Médico-Dentárias e Formação Específica).

Quando o curso iniciou o programa de bacharelato foi reduzido o nº total de horas lectivas e desapareceram algumas disciplinas da formação geral, nomeadamente as disciplinas de Português e Inglês, mantendo-se a Sociologia e a Psicologia. No entanto, manteve-se o perfil especificamente técnico do curso, com o maior peso de unidades curriculares nas áreas da formação médico-dentária e formação específica.

Com a implementação do Tratado de Bolonha e a integração do curso numa licenciatura (2007) procedeu-se a uma total reestruturação do plano de estudos. As unidades curriculares com maior carga horária passaram a centrar-se nas disciplinas morfo-funcionais de carácter científico básico, sendo reduzida substancialmente a formação médico-dentária e formação específica. Estas alterações

*"... procuraram obedecer a princípios de coerência científica e pedagógica tendo em conta os objectivos e estruturação do novo ciclo de estudos conducente ao grau de Licenciado em Higiene Oral e o seu enquadramento nas modificações decorrentes do Processo de Bolonha."* (FMDUL-Regras de Transição, s. /d.).

### 3.3. A implementação da profissão nos serviços de saúde

As poucas referências sobre a profissão em Portugal indicam que os HO exercem a sua profissão nos consultórios dentários privados, nos centros de saúde, nos departamentos dentários dos hospitais, nas administrações regionais de saúde, empresas ligadas a material dentário e educação (Luís *et al.*, 2003; APHO, s. /d.).

Luís *et al.* (2003) referem-se a uma grande procura dos serviços de HO e à existência de locais de emprego, especialmente fora do centro urbano de Lisboa. Na altura existiam 200 HO formados na FMDUL, 13 dos quais se teriam formado em medicina dentária, 77 trabalhavam em clínicas privadas, 79 em centros de saúde, 5 estavam ligados a projectos investigação científica, 11 trabalhavam na formação e 7 em empresas. Sete HO estavam desempregados e um tinha abandonado a profissão.

As actividades clínicas centram-se sobretudo na motivação e educação dos pacientes para a adopção de medidas relacionadas com uma boa saúde oral e a realização de técnicas clínicas para a prevenção das doenças orais dos dentes e tratamento das doenças periodontais (gingivais). As actividades comunitárias desenrolam-se à volta da implementação do Programa Nacional de Saúde Oral a desenvolver nas escolas (Luís *et al.*, 2003). Este programa da Direcção Geral de Saúde, consiste na promoção da saúde oral através da educação e implementação de hábitos de higiene oral e avaliação do estado de saúde oral da população escolar.

#### 4. Síntese do capítulo

O HO é um profissional de saúde cuja função principal é a promoção da saúde oral. Internacionalmente, as características gerais da profissão demonstram uma grande semelhança, especialmente no âmbito da prática clínica de HO. As maiores divergências surgem no número de profissionais por país, a sua distribuição por regiões de cada país, regulação legislativa, locais de trabalho e remuneração. A elaboração de programas a nível mundial para fazerem chegar a saúde, nomeadamente a saúde oral, a todas as áreas do globo colocam a esta profissão novos desafios até agora pouco requisitados.

A prática da comunicação em saúde tem contribuído para a promoção da saúde e prevenção da doença em inúmeros contextos e por isso o HO deverá estar em completa sintonia com esta área de intervenção. Existem diversos estudos que revelam a importância da comunicação em saúde numa implementação eficaz de diferentes intervenções no campo da saúde oral.

O aparecimento desta profissão data do princípio do século XX. Em Portugal, o curso tem apenas 20 anos de existência e por isso beneficiou da experiência vivida nos outros países para elaboração do seu plano curricular, mais adaptado às exigências deste novo século. Esta situação é visível na evolução do curso de formação profissional para bacharelato onde muito pouco foi alterado face ao seu perfil inicial. Actualmente, as maiores modificações traduzem-se no aumento do nível da formação nas ciências básicas o que permitirá ao profissional evoluir de técnico de saúde executante para um profissional de saúde com uma área de actuação mais abrangente e melhor preparado para as constantes alterações da sociedade actual.

CAPÍTULO II – A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS HO

## 1. A Satisfação profissional

### 1.1. Estrutura conceptual

A satisfação no trabalho é um fenómeno complexo e de difícil definição. Uma parte dessa dificuldade decorre da satisfação no trabalho ser um estado subjectivo em que a satisfação, como uma situação ou evento, pode variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, ao longo do tempo para a mesma pessoa e estar sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato (Fraser, 1983; cit. em Martinez & Paraguay, 2003). Apesar do conceito ter vindo a ser estudado desde os anos 30 não existe uma definição única para ele.

A satisfação no trabalho tem sido definida de maneiras diferentes, dependendo do referencial teórico adoptado. No entanto, as definições mais frequentes referem-se à satisfação no trabalho como um sinónimo de motivação, de atitude ou de estado emocional positivo havendo, ainda, os que consideram satisfação e insatisfação como fenómenos opostos (Martinez & Paraguay, 2003).

Os modelos teóricos aqui descritos são aqueles que são mais utilizados na área da saúde, mais especificamente na área de HO (Boyer, 1990).

#### Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas

Na década de 40, Maslow (1943; cit. em Xavier, 2005) preconizava através da teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas, que a satisfação das necessidades do ser humano está relacionada com o processo da motivação. Entende-se por motivação, neste âmbito, o impulso que move o indivíduo em relação ao atendimento de uma necessidade ou ao alcance de um objectivo. Segundo os postulados de

Maslow (1943; cit. em Xavier, 2005), as necessidades humanas estão dispostas hierarquicamente em cinco níveis. Nelas, os indivíduos ordenam as suas necessidades prioritárias de acordo com os valores atribuídos a cada necessidade humana, desde as necessidades fisiológicas básicas, passando pelas necessidades de segurança, sociais, de estima, até chegar às necessidades mais elevadas como a de auto-realização. Porém, esta hierarquia não é rígida; necessidades mais elevadas podem surgir antes das mais básicas terem sido completamente satisfeitas, pois estes níveis podem ser interdependentes e justapostos (Maslow, 1970, Pérez-Ramos, 1980; cit. em Martinez & Paraguay, 2003).

É necessário ressaltar que o modelo teórico de Maslow é importante para compreender e explicar o comportamento das pessoas na situação de trabalho, especialmente em termos de satisfação, enfatizando a tendência humana de progredir e ultrapassar os respectivos níveis da escala hierárquica de necessidades. De acordo com esta teoria, pode-se inferir que o trabalho tem um papel importante para os indivíduos, na medida em que os aspectos psicossociais do trabalho favorecem ou dificultam a satisfação das necessidades humanas (Martinez & Paraguay, 2003).

### Teoria da Motivação-Higiene

Herzberg (1971; cit. em Martinez & Paraguay, 2003) constatou, ao estudar a motivação dos trabalhadores, que os factores que produzem a satisfação no trabalho diferem daqueles factores que produzem a insatisfação. Ainda segundo esse autor, a realização, o reconhecimento pela realização, o trabalho em si, a responsabilidade e o crescimento ou progresso, são factores de motivação intrínseca. Já as condições de trabalho, as relações interpessoais, o salário, a estabilidade, o *status*, a supervisão, a política e a administração da empresa, são factores de

insatisfação, de higiene ou extrínsecos. De acordo com a teoria de Herzberg estes factores higiénicos podem causar insatisfação, mas, no entanto, não levam à motivação.

Apesar de amplamente utilizada no estudo da satisfação no trabalho, esta teoria recebeu críticas à falta de consistência empírica na divisão dos aspectos do trabalho como intrínsecos ou extrínsecos (Locke & Whiting, 1974 e Locke, 1976; cit. em Martinez & Paraguay, 2003). Os autores identificaram aspectos classificados por Herzberg como motivadores, e outros classificados como de higiene, como responsáveis tanto pela satisfação como pela insatisfação no trabalho. Para além disso, Herzberg não considera a existência de diferenças entre empregados no relato das fontes de satisfação e insatisfação no trabalho. Para estes autores, mesmo que se possa reconhecer uma certa igualdade nas necessidades humanas o mesmo não se pode observar para os seus valores. As diferenças entre valores, de cada indivíduo, não podem ser desconsideradas na avaliação das fontes de satisfação e insatisfação (Locke, 1976; cit. em Martinez & Paraguay, 2003).

### Teoria da Expectância

Esta teoria, também conhecida pela teoria de Vroom, sustenta que os desejos e expectativas conscientes do indivíduo são mais importantes do que seus impulsos ou necessidades inconscientes. Durante o processo cognitivo que decorre na tomada de decisões, onde o indivíduo pondera a soma das valências e a probabilidade de êxito, é que se determina a motivação (Pérez-Ramos, 1980 e Steuer, 1989; cit. em Martinez & Paraguay, 2003). Para Vroom (1967; cit. em Martinez & Paraguay, 2003) a valência é a percepção da satisfação antecipada por um resultado. A valência de um trabalho é função do produto das valências de todos os resultados que possam ser obtidos e da concepção de

trabalho, como instrumento que permite o alcance desses resultados, considerados atractivos ou valiosos para o indivíduo.

### Teoria da Satisfação no Trabalho de Locke

Um dos conceitos clássicos da satisfação no trabalho foi apresentado por Locke (1976; cit. em Willem, Buelensa e Jonghe, 2006) que a definiu como um conjunto de sentimentos e emoções percebidas pelos empregados baseados nas suas experiências de trabalho. Esta definição denota a tendência de atribuir à satisfação um carácter afectivo, reflectindo reacções de ordem emocional mediante o trabalho. Na sua definição sobre satisfação no trabalho, Locke (1976; cit. em Xavier, 2005) enfatiza a existência de três componentes como base da satisfação: o valor, o grau de importância e a percepção. Segundo o mesmo, a percepção é o componente mais importante, visto que a satisfação é baseada na percepção da situação actual em relação aos valores de cada indivíduo. Sendo assim, a satisfação é o produto da discrepância entre o que o trabalhador deseja e o que ele realmente possui, levando-se em consideração a importância que ele atribui ao que deseja.

De acordo com Locke (1976; cit. em Xavier, 2005), os modelos de satisfação no trabalho tentam especificar as classes de variáveis relevantes para determinar a satisfação global. Estas classes podem ser:

- Necessidades: o grau de necessidade de realização do trabalho e do dever cumprido apresentado pelo indivíduo é que determina o grau de satisfação no trabalho.
- Expectativas: as reacções afectivas de um indivíduo dependem da discrepância entre o que o seu ambiente oferece e o que ele espera do mesmo.
- Valores: considera-se um valor, o que uma pessoa deseja, espera ou busca alcançar.

Ao analisar a diferença entre valores e necessidades verifica-se que as necessidades são objectivas, enquanto as pessoas têm as mesmas necessidades básicas, elas diferem quanto aos seus valores. Os valores determinam escolhas em virtude, entre outras, de reacções emocionais, já as necessidades confrontam o homem com a obrigatoriedade da acção (Locke, 1976; cit. em Xavier, 2005). Portanto, a intensidade da emoção vai depender do posicionamento em que os valores, implicados na emoção, ocupam na hierarquia de valores do indivíduo (Locke, 1984; cit. em Martinez & Paraguay, 2003). A obtenção de valores importantes está associada com alta satisfação, a obtenção de valores sem importância não está associada com satisfação e a presença de características desvalorizadas é mesmo associada com insatisfação.

Embora existam diferenças individuais significativas em relação ao que os trabalhadores querem dos seus trabalhos, também existem grandes semelhanças entre os factores causais da satisfação no trabalho (Locke, 1984; cit. em Martinez & Paraguay, 2003). Estes factores causais pertencem a dois grandes grupos: (1) eventos e condições (trabalho em si, pagamento, promoção, reconhecimento, condições de trabalho e ambiente de trabalho e (2) agentes (colegas e subordinados, supervisão, empresa/organização) (Locke, 1976; cit. em Martinez & Paraguay, 2003). A satisfação no trabalho pode afectar aspectos comportamentais, a saúde física e a saúde mental, com consequências tanto para os trabalhadores como para a empresa.

Alguns modelos atrás descritos prendem-se com a experiência do indivíduo, com as características subjectivas e as necessidades individuais, com o meio ou conjuntura social, e outros, como a situação no trabalho. Todos eles contribuem para uma melhor compreensão da satisfação no trabalho. Porém, como este fenómeno está situado no campo das subjectividades, é muito difícil, se não impossível, encontrar

padrões universais para o seu estudo (Silva, 1998; cit. em Martinez & Paraguay, 2003).

Todavia, é importante realçar, que apesar das respostas serem individuais, existe uma semelhança entre o que o conjunto dos trabalhadores quer ou espera de seu trabalho (Henne & Locke, 1985; cit. em Martinez & Paraguay, 2003), o que permite que um determinado referencial teórico possa ser utilizado tanto para estudos com abordagem qualitativa, como em estudos com abordagem quantitativa.

### 1.2. Componentes da satisfação profissional nos profissionais de saúde

Sendo a satisfação profissional um conceito multidimensional para o qual contribuem factores sociais, pessoais, culturais, organizacionais e ambientais (Graça, 2000), não parece haver um consenso universal sobre as dimensões a serem analisadas quando se mede a satisfação do trabalho (Van Saane, Sluiter, Verbeek e Frings-Dresen, 2003).

Apesar de parcialmente indicadas nas teorias atrás descritas, procurou-se, para efeitos de operacionalização dos conceitos, rever na literatura médico-dentária e de enfermagem, estudos de natureza qualitativa que avaliassem a satisfação no trabalho e que se adequassem à natureza e ambiente do trabalho dos HO.

Van Saane *et al.* (2003) realizaram uma revisão sistemática para identificarem instrumentos de medida de satisfação no trabalho de adequada fiabilidade e validade para ambientes hospitalares. Identificaram um total de onze dimensões dentro dos estudos sobre satisfação no trabalho nos profissionais de saúde: autonomia, conteúdo do trabalho, comunicação, remuneração, crescimento/desenvolvimento,

promoção, relações entre colegas, valorização do trabalho, reconhecimento/supervisão, carga de trabalho e exigência do trabalho.

No entanto, ao avaliarem os vários instrumentos presentes na literatura, constataram que apenas muito poucos preenchiam os critérios de fiabilidade e validade adequados e apenas um instrumento apresentava um número suficiente de dimensões para medir a validade de conteúdo da satisfação profissional de forma adequada.

No caso das enfermeiras, Stamps (1997) refere as inúmeras maneiras de se medir a satisfação cada uma das quais representando uma maneira diferente de conceptualizar este constructo. De facto, Blegen (1993, cit. em Stamps, 1997) realizou uma meta-análise em estudos sobre satisfação e identificou 21 instrumentos de medida diferentes, utilizados para operacionalizar a satisfação. Para além disso, Stamps identificou a "autonomia" como uma das componentes mais comuns nos estudos da satisfação, curiosamente apelidada de seis maneiras diferentes. Apesar da descrição de autonomia ser a mesma, cada uma das descrições estava associada a instrumentos de medida diferentes.

Stamps (1986; cit. em Lino, 1999) desenvolveu uma escala para medir a satisfação do trabalho nas enfermeiras. Os seus objectivos principais foram que a escala fosse fiável e reproduzível e que da sua análise se pudesse recolher informação que permitisse às organizações melhorar os níveis de satisfação dos seus funcionários. Nesta escala "*Index of Work Satisfaction (IWS)* " são identificadas cinco dimensões para medir a satisfação: remuneração, autonomia, requisitos do trabalho, normas organizacionais, interacção e *status* profissional. Segundo Stamps (1997) o IWS é o índice mais utilizado para medir a satisfação das enfermeiras e tem sido frequentemente testado sobre a sua validade, o que aumenta a confiança na utilização da escala em diferentes ambientes.

Um grupo de investigadores (Chapko, Bergner, Green, Milgrom e Skalabrin, 1986) elaborou um inquérito de avaliação da satisfação no trabalho no contexto das clínicas dentárias, que pudesse ser aplicado tanto a dentistas como HO e assistentes dentárias. A identificação de baixos níveis de retenção dos profissionais de saúde oral nos locais de trabalho, especificamente a constante rotação dos assistentes dentários e HO nos consultórios dentários, criou a necessidade de se avaliar este problema (Bader, 1982 e Milgrom *et al.*, 1983; cit. em Chapko *et al.*, 1986). Foram definidos quatro critérios essenciais na construção deste instrumento de medida: a multidimensionalidade da satisfação no trabalho, a fiabilidade, a validade e a aplicabilidade do instrumento aos três grupos de profissionais.

Da construção desta escala, que respeitou os critérios previamente estabelecidos, os autores identificaram as seguintes dimensões, comuns aos três tipos de profissionais: remuneração, responsabilidade, outras tarefas não relacionadas com pacientes, qualidade do tratamento, oportunidade para se desenvolver profissionalmente, tempo para se desenvolver, tempo livre, *stress* físico ou fadiga, *stress* de tempo ou pressão do tempo, reconhecimento e relação entre *staff*. No entanto, os autores salientaram que a reproducibilidade da escala a nível internacional não tinha sido avaliada e que para esse objectivo teria que ser validada adequadamente.

Boyer (1990) fez uma revisão da literatura sobre a satisfação no trabalho dos HO e identificou as teorias de Vroom e de Herzberg como os modelos mais utilizados na literatura. A satisfação era medida ou globalmente, através duma única questão, ou através de dimensões, cada uma constituída por vários itens. Nestas dimensões identificou componentes específicos tais como a supervisão, os pares de trabalho, as condições de trabalho, o progresso na carreira, a promoção, o salário,

a segurança no trabalho, o crescimento pessoal, a quantidade de trabalho e o tipo de trabalho.

## 2. A satisfação profissional dos HO

Todos os estudos sobre a satisfação da profissão foram retirados de publicações periódicas. Conforme refere Halaand (1999) o referencial literário existente sobre HO provém de artigos de revistas, como acontece com a grande parte da literatura dos cuidados de saúde, e que dois terços destas referências foram publicadas entre 1985 e 1995.

Na sua revisão da literatura sobre a satisfação profissional dos HO nos Estados Unidos Boyer (1990) verificou que em 31 dos estudos a satisfação foi medida globalmente através de uma a duas perguntas. Os resultados obtidos indicaram que 70-99% do total das populações das amostras estava satisfeita com a profissão. De entre os factores identificados como mais positivos na profissão, salientava-se, entre outros, o sentimento de desempenhar um serviço benéfico para com os pacientes, a verificação de melhoria na saúde oral dos pacientes e a independência no trabalho, enquanto os aspectos mais negativos prendiam-se com a natureza do trabalho repetitivo e pouco variado, o desgaste físico, os horários rígidos e a dificuldade em progredirem na profissão.

Em Inglaterra, Hiram (2000) analisou as características do trabalho dos 226 HO formados num período de 20 anos na escola de Liverpool e actualmente a trabalhar em diferentes serviços, clínicos e comunitários, públicos e privados, com horários inteiros ou parciais. O estudo revelou a presença de satisfação em cerca de 83% dos respondentes e os factores mais associados a esta foram: o trabalho com os pacientes para melhorar a saúde oral destes, a comunicação e a motivação dos pacientes, o sentimento de ser-se apreciado pelos pacientes e o

desempenho de um bom trabalho clínico. Os factores mais negativos revelam a repetitividade do trabalho, o tempo restrito para dar consultas, o facto de serem reconhecidos como "máquinas de limpeza", a falta de interesse pela saúde oral por parte dos pacientes e um baixo *status* profissional.

Num estudo à escala nacional no Reino Unido, Gibbons *et al.* (2001) enviaram questionários a todos os HO que estavam registados na altura no "General Dental Council", num total de 3955 questionários. Obtiveram 64% de respostas aos questionários, das quais 98,3% de mulheres e 1,7% de homens. A idade média era de 37,9 anos e 49% tinham crianças a cargo. Em relação às características do trabalho, 78% dos HO (n=1762) estava empregado em clínicas dentárias e 64% (n=1449) trabalhava em mais do que um local. O trabalho em *part-time*, aqui referido como menor do que 30h/semana, era comum (52% ou 1165 HO). Quanto às características da satisfação do trabalho mais de 52% dos HO (n=1178) apresentava um alto nível de satisfação das quais se destacaram correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com o trabalho e 1) os HO com mais de 37 anos de idade e 2) os HO com responsabilidades parentais.

Apesar dos elevados níveis de satisfação com o trabalho, 3,8% dos HO dos respondentes apresentavam baixos níveis de satisfação. Os autores levantam a hipótese de que nos 40% de não-respondentes ao questionário poder-se-iam encontrar mais HO insatisfeitos (Gibbons *et al.*, 2001).

Van Wyck, Toogood, Scholtz e Stander (1998) conduziram um estudo para determinar o perfil do HO na África do Sul, nomeadamente, locais e tipo de trabalho e aspectos mais positivos e negativos do trabalho. Foram enviados questionários a uma amostra da população e os resultados obtidos permitiram revelar que a maioria dos HO estava

contente com a formação recebida, percepcionava o seu trabalho como relevante e estava satisfeita com as suas carreiras. A motivação, educação, tratamento dos pacientes e a comunicação com eles era um dos aspectos mais positivos relativos às suas práticas.

Anos mais tarde, Gordon & Rayner (2004) conduziram um estudo à escala nacional neste país para avaliar o perfil da profissão, enviando um questionário a todos os HO registados (n=853). Obtiveram 51% de respostas (n=439). A média de idades da população situava-se nos 33 anos, apenas dois dos HO eram homens, 60,9% trabalhava a *full-time*, 73% trabalhava em prática privada e 92,7% dos HO gostaria de expandir os seus conhecimentos para além dos seus dois anos de curso.

Na Nova Zelândia, Ayers, Meldrum, Thomson e Newton (2006) conduziram um inquérito à escala nacional para avaliar as características de trabalho e o nível de satisfação dos HO. O número de respondentes foi de 213 (73,2% da população de HO). Destes HO, 90,6% trabalhava e a maioria estava empregada em prática privada. Muitos trabalhavam em *part-time*, especialmente os que tinham responsabilidades parentais. O nível de satisfação com a carreira e a remuneração era alto sobretudo nos HO mais velhos.

Naidu *et al.* (2006) realizaram um estudo comparativo sobre a satisfação no trabalho entre o Reino Unido (RU), Nova Zelândia (NZ) e *Trinidad & Tobago* (Ilha das Caraíbas) (TT) num grupo de profissionais dentários semelhantes ("*dental therapists*"). Foi enviado um questionário, contendo apenas uma pergunta de satisfação global e uma pergunta sobre a percepção de ser valorizado como membro da equipa, medidas através duma escala, à amostra da população seleccionada, resultando em 221 terapeutas do RU, 38 de TT e 502 da NZ. Os resultados demonstraram uma menor satisfação no trabalho em TT, estatisticamente significativa em relação aos outros dois países, que

apresentaram entre si resultados muito semelhantes. Todos os terapeutas consideravam-se muito valorizados no trabalho de equipa, especialmente os de TT.

Os autores (Naidu *et al.*, 2006) alertam para as limitações destes estudo, traduzidas pela medição da satisfação do trabalho através duma pergunta única. Realçam a importância das diferenças culturais que podem estar envolvidas na interpretação da pergunta sobre satisfação apontando para o facto dos terapeutas de TT se sentirem mais valorizados como membros da equipa e ao mesmo tempo menos satisfeitos no trabalho. Apontam também as diferenças entre as idades das várias sub-amostras com uma variável que pode ter enviesado os resultados da satisfação.

Num trabalho de revisão da literatura sobre o *stress* e o *burn-out* nos HO dos Estados Unidos, Suécia, Holanda e Reino Unido, Gorter (2005) identifica os seguintes factores causais: pouca diversidade de tarefas, dores músculo-esqueléticas, dificuldades de enquadramento entre vida familiar/trabalho, trabalho requerendo grande organização, sem assistência e com grande número de horas, pacientes difíceis e exigentes, falta de tempo livre, falta de suporte pela organização e dúvidas sobre auto-capacidades.

O abandono da profissão está relacionado com factores como o *burn-out*, o cansaço, o *stress*, uma fraca relação com o dentista empregador (Boyer, 1994) ou a monotonia do trabalho, queixas de saúde e poucas perspectivas de progressão na carreira (Gorter, 2005). Pelo contrário a retenção dos HO no local de trabalho associa-se a factores como ambiente de trabalho seguro, com a qualidade do trabalho e tempo suficiente para o bom desempenho dele, políticas de gestão e organização eficazes, apoio do empregador, na carreira e no trabalho

desempenhado, e variedade de tarefas (Calley, Bowen, Darby e Miller, 1996).

A construção dum ambiente de trabalho saudável leva a uma melhor qualidade de tratamentos (Arnetz e col, 1999 e Thomsen *et al.*, 1998; cit. em Petrán *et al.*, 2005). As desordens músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho são um grande problema de saúde nos HO, nomeadamente, o trabalho manual repetitivo. As relações de trabalho e conflitos sobre funções são prognósticos comuns neste tipo de problemas, enquanto uma gestão de suporte, o envolvimento pessoal e o tempo de lazer estão relacionados com uma melhor saúde (Ylipää, Arnetz, Benko e Rydén, 1997; Ylipää, Arnetz e Preber, 1999; Ylipää *et al.*, 2002).

Petrán e col (2005) examinaram as preferências sobre as condições dos locais de trabalho e evolução do desenvolvimento profissional dos HO, numa amostra aleatória de HO da Suécia. Neste estudo, os autores concluíram que o grupo etário acima dos 40 apresentava um envolvimento maior com o trabalho e que este preconizava uma preferência para melhores condições de trabalho, assim como, o reconhecimento das qualificações profissionais pelos pares, qualidade de tratamento clínico e tempo para desenvolvimento profissional. No geral a melhoria das condições dos locais de trabalho era mais prioritária do que a necessidade de desenvolvimento profissional.

Em Portugal, o único estudo encontrado, pretendeu avaliar a satisfação profissional dos HO que se encontravam em serviço de comunidade pelo menos há três anos e pertencentes aos quadros da função pública. Esta amostra de 40 pessoas com idades entre os 23-40 anos, 60% tendo apenas 3-5 anos de actividade, revelou uma taxa de satisfação de cerca de 65%. Entre os factores que se relacionam com a satisfação destacam-se a responsabilidade e o tipo de trabalho, relações

interpessoais, supervisão, gestão da vida pessoal/trabalho, políticas e segurança. Os aspectos negativos mais apontados foram a remuneração, as condições de trabalho e o reconhecimento/crescimento pessoal/progressão na carreira (Amaral *et al.*, 2004).

### 3. Síntese do capítulo

A satisfação profissional foi largamente estudada desde o início dos anos trinta no século passado. Caracteriza-se como um conceito multidimensional onde entram factores sociais, pessoais, culturais, organizacionais e ambientais. Existem vários modelos teóricos que explicam como a satisfação profissional é obtida, porém, como este fenómeno está situado no campo da subjectividade, a sua medição não é objectiva e só pode ser inferida, o que dificulta a fiabilidade dos estudos.

Todavia, é importante realçar que apesar das diferenças entre cada indivíduo, existe uma semelhança entre o que o conjunto dos trabalhadores quer ou espera de seu trabalho, o que permite que um determinado modelo teórico ou uma adaptação de vários possa ser utilizado nos estudos sobre satisfação do trabalho.

Têm sido desenvolvidos diversos instrumentos de medida da satisfação profissional, especificamente na área da saúde, a maioria deles com grandes falhas a nível de fiabilidade e validade, devido ao carácter multidimensional deste tema. No entanto, ao analisar-se a literatura no que respeita aos HO, verifica-se que os factores que influenciam a satisfação e a insatisfação destes profissionais são muito semelhantes apesar de reproduzirem contextos culturais, sociais e geográficos diferentes.

Assim, contribuem para a satisfação e insatisfação dos HO inúmeros componentes, entre outros, a remuneração, natureza do trabalho,

autonomia, supervisão, diversidade das tarefas, relação entre pares de trabalho, tempo, *status* profissional e políticas das organizações.

## **II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**

## CAPÍTULO III – PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

## 1. Tipo de metodologia

Neste estudo pretendeu-se descrever qual a situação de exercício profissional dos HO em desempenho de funções e identificar, através de uma escala de atitudes, a satisfação profissional de cada sujeito. Pretendeu-se também relacionar as características pessoais e profissionais de cada sujeito com o grau de satisfação descrito por cada HO e tecer algumas considerações entre a realidade vivida em Portugal com a dos outros países.

## 2. Caracterização da população de estudo

A população escolhida para este trabalho foram todos os HO formados na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa desde 1986, data da saída do 1º curso, até 2006, data da formação do 20º curso, num total de 298 HO.

## 3. Técnicas de recolha de dados

### 3.1. Estrutura do questionário

O instrumento de recolha de dados foi um questionário com perguntas abertas e fechadas. O questionário continha 2 partes: a 1ª parte englobava as variáveis de caracterização pessoal de cada inquirido, as características do trabalho e a formação académica. A 2ª parte continha uma pergunta sobre a satisfação global no trabalho e uma escala de atitudes para medir a satisfação profissional.

As perguntas abertas foram construídas de modo a que posteriormente se pudessem converter em classes. As perguntas fechadas foram de dois tipos: nominal e ordinal. As perguntas referentes à formação académica, satisfação global no trabalho e a escala de atitudes foram avaliadas

através de uma escala modificada do tipo *Lickert* a 4 pontos (Hill & Hill, 2002; Moreira, 2004). Para determinar o valor atribuído a cada item a escala variava de “muito a pouco”, no caso da qualidade da formação, “muito a nada”, no caso da adequação da formação para o exercício profissional e de “concordo totalmente a não concordo” na escala de atitudes.

### 3.1.1. Variáveis de caracterização pessoal

- Género
- Idade
- Existência de filhos

Sendo a profissão predominantemente feminina em todo o mundo pretendeu-se verificar se a diferença de géneros contribuiria de modo diferente para a satisfação no trabalho.

Considerando que a idade de ingresso no curso, enquanto formação profissional até 2003, se limitava a estudantes menores de 25 anos espera-se que a idade actual esteja de certo modo relacionada com o ano de conclusão do curso e que os resultados na avaliação da satisfação sejam semelhantes para estas duas variáveis. As classes etárias que se utilizaram foram as mesmas de Hiram (2000), entre 20-30 anos, 31-40 e maiores de 40 anos.

A literatura sugere que os factores pessoais podem interferir na satisfação do trabalho e também descreve que a profissão de HO se adequa enquanto ocupação a um ambiente familiar que permite educar e viver com os filhos (Stamps, 1997; Gibbons, 2001).

### 3.1.2. Variáveis de caracterização profissional do HO

- Ano de conclusão do curso
- Exercício da profissão
- Local (ais) de trabalho
- Tipo(s) de actividade exercida
- Nº de horas a exercer a profissão
- Qualidade da formação recebida durante o curso
- Adequabilidade da formação recebida durante o curso

O ano de conclusão do curso para além de se relacionar com a idade, está relacionado com o grau académico que o HO possui actualmente, como referido atrás, na contextualização do curso HO em Portugal. Para além disso, o ano do curso poder-se-à relacionar com as outras variáveis acima descritas, tais como, o actual exercício da profissão, os locais de trabalho, as actividades exercidas e o nº de horas de trabalho. Estas variáveis, independentemente de poderem contribuir individualmente para o grau da satisfação, poderão estar relacionadas entre si.

O ano do curso, as actividades exercidas e o nº de horas de trabalho poderão também estar relacionadas com a actual situação dos profissionais inscritos na Ordem dos Médicos Dentistas. Segundo as estatísticas da Ordem, o nº de associados activos duplicou nos últimos 5 anos, passando de 2149 em 1998 para 5056 em 2005.

*“A projecção do número de Médicos Dentistas para os próximos anos revela um descontrolo por excesso da formação de licenciados. O resultado será inevitavelmente o do aumento do desemprego e subemprego na classe.”* (OMD, 2006).

Este excesso de profissionais de medicina dentária, que competem no mercado de trabalho com os HO, poderá promover uma alteração nas

características de trabalho dos HO e conseqüentemente na sua satisfação.

Quanto à qualidade de formação do curso e à sua adequabilidade para o exercício profissional tal como foi descrito na revisão da literatura pode contribuir para a satisfação profissional e também poderá apresentar diferenças entre os anos de curso dos HO que actualmente enfrentam outras realidades no mercado de trabalho, nomeadamente no que se refere ao aumento do nº de médicos dentistas.

### 3.1.3. Variáveis da Satisfação Profissional

- Grau de satisfação geral com a profissão
- Escala de Atitudes para medir a satisfação profissional através de seis dimensões específicas: Autonomia, *Status* Profissional, Interação, Remuneração, Políticas Organizacionais e Requisitos do Trabalho.

Como variável a satisfação pode ser conceptualizada como dependente ou independente. Todavia, independentemente de como ela é conceptualizada, tem de alguma forma ser medida. O instrumento de medida tem que ser baseado numa estrutura teórica apropriada, ser fiável e válido mas também suficientemente simples para ser utilizado (Stamps, 1997; p.28).

Principalmente nas ciências da saúde é comum o interesse em avaliar um determinado constructo teórico, que se caracteriza por ser uma variável latente (não directamente observada) tal como a satisfação no trabalho. Esse constructo é normalmente uma abstracção teórica definida a partir de vários outros constructos (Spector, 1992; cit. em Soares, 2005). Por não ser directamente medido, a escala de valores segundo a qual esse constructo é avaliado, é produzida a partir de instrumentos constituídos por itens que se associam directamente ao

constructo de interesse. Assim, as variáveis produzidas a partir das questões apresentadas no instrumento são variáveis indicadores da variável latente que se deseja medir (Soares, 2005).

A parte do questionário destinada a caracterizar o construto de satisfação profissional foi em grande parte adaptada do *Index of Work Satisfaction* (IWS) de Stamps (1997) uma vez que grande parte dos itens se adequava ao trabalho exercido pelos Higienistas, especialmente nos serviços públicos e comunitários. Foram também adaptados itens do questionário de Chapko (1992) porque se relacionavam com o contexto de trabalho nas clínicas dentárias. O agrupamento dos itens por dimensão foi baseado no IWS e estas foram:

**Interacção** – oportunidades que resultam dos contactos profissionais e sociais formais e informais durante o trabalho

**Autonomia** – independência, iniciativa, liberdade nas actividades

**Requisitos do Trabalho** – tarefas ou actividades que devem ser feitas como parte do trabalho

**Status Profissional** – importância ou significado sentido sobre o trabalho pela sua visão ou dos outros

**Políticas/Normas Organizacionais** – políticas de administração e procedimentos instituídos no serviço

**Remuneração** – salário e benefícios adicionais pelo trabalho desempenhado

Cada dimensão foi medida através de 5-10 itens construídos com sentidos inversos com o intuito de confirmar a consistência interna de alguns destes itens (Hill, 2002, p.136-138). A distribuição destes itens pela dimensão a que pertenciam e pela inclinação positiva ou negativa, na forma como se apresentavam, encontra-se descrita no Quadro I.

A resposta a estes itens variava entre “Concordo Totalmente, Concordo, Concordo Parcialmente e Não Concordo” sendo que a maior satisfação correspondia a um grau de concordância maior (Hill, 2002; p. 137). Quando as perguntas não se adaptavam ao contexto do trabalho os inquiridos podiam assinalar a opção “Não se Aplica”. No final os itens negativos foram convertidos para o correspondente valor positivo (Moreira, 2004).

<b>DIMENSÕES</b>	<b>ITEMS POSITIVOS</b>	<b>ITEMS NEGATIVOS</b>
Interacção	29,32,50	39,47,52
Autonomia	26,37,55	21,30,33,41,43
Requisitos do Trabalho	18,35,36,40,48	19,28,49,57,58
Status Profissional	22,24,42,46,51	15,17,38,53
Políticas/Normas Organizacionais	20,23,54	25,31,45
Remuneração	16,27,44	34,56

Quadro I – Distribuição dos itens que constituem a escala de atitudes por dimensão e inclinação negativa ou positiva.

### 3.2. O pré-teste – concepção e aplicação

Depois de elaborado o pré-teste do questionário foi verificada a validade de conteúdo, pela aplicação deste a um pequeno grupo de profissionais da mesma área de saúde (Médicos-dentistas contratados por conta de outrem e Auxiliares de Gabinete Dentário) visto que se pretendia administrar o questionário final à totalidade da população (Carmo & Ferreira, 1988). Depois de devidamente preenchido cada questionário foi analisado em conjunto com o investigador e o inquirido para perceber a dificuldade de compreensão e a linguagem utilizada. Após efectuadas as devidas alterações foi elaborado o questionário final (Anexo I).

## 4. Procedimentos da investigação

Pela dimensão reduzida da população e suas características, nomeadamente o grupo etário relativamente jovem, decidiu-se usar a

*Internet*, através de *emails*, para o envio e recepção dos questionários. Foi enviado um primeiro *email* de divulgação a alguns dos colegas mais próximos do investigador, com uma informação sobre o tema da investigação, o objectivo e um pedido para pôr a correr essa informação entre os vários profissionais, afim de que enviassem os respectivos endereços de *emails* para o investigador, para que fosse possível construir a base de dados de endereços (Anexo II).

Alguns HO foram também contactados via telemóvel, por SMS, para pedir os respectivos *emails*. Depois da base de dados ter sido elaborada foi enviado um segundo *email*, esse, já com o questionário em anexo e com as instruções de preenchimento (Anexo III).

Assim que os questionários chegavam à caixa de *email* do investigador, verificava-se o seu correcto preenchimento e era assinalada na base de dados a sua recepção. Os questionários eram impressos sem identificação nominal e apenas com um n.º de 1 a 298 (o total da população), para que os dados fossem tratados anonimamente, tal como tinha sido referido aos inquiridos. Caso houvesse problemas na recepção do questionário ou mau preenchimento voltava-se a enviar novo e-mail com novo questionário e o anterior não era considerado.

## 5. Processo de tratamento e análise dos dados

### 5.1. Elaboração da grelha das perguntas e respostas e ordenação das perguntas abertas

Após a impressão dos questionários, foi elaborada uma grelha no programa Excel do Microsoft Office para o Windows® com todas as respostas. Após a análise da grelha houve necessidade de se reclassificar a pergunta nº11 (horas de trabalho) e codificar as respostas às perguntas abertas por classes (perguntas nº 4, 7, 8, 9 e 10) de modo

a que permitissem o tratamento estatístico dos dados e que facilitassem a leitura e interpretação dos mesmos (Anexo IV).

- A pergunta aberta nº 4 (ano de curso) foi classificada em três classes: a 1ª) dos anos mais antigos com equivalência a bacharel, a 2ª) integra os cursos que não têm equivalência a bacharel e a 3ª) agrupa os cursos que são de raiz, equivalentes a bacharelato, de acordo com o que foi dito anteriormente (ver capítulo I - ponto 3.1. e capítulo III - ponto 3.1.1.).
- A pergunta nº 7 (ano em que deixou a profissão) não se julgou necessário alterar visto que o nº reduzido de respostas permitiu fazer uma leitura directa destes dados.
- A pergunta nº 8 (qual a profissão actual), foi dividida em três grupos: médicos dentistas, outros (actividades não relacionadas com a área da saúde oral) e desempregados.
- Quanto às perguntas nº 9 (locais de trabalho) e nº 10 (tipos de actividade), verificou-se, pela associação dos vários tipos de actividade e locais de trabalho, que fazia mais sentido reagrupá-los de uma forma onde se pudessem reunir um maior nº de pessoas por grupo. No caso, das actividades criou-se uma classe "outros", onde se agruparam, nomeadamente as actividades comerciais e participação em projectos de investigação
- Por fim, na pergunta nº11 (horas de trabalho) as classes, "inferiores a 8h" e "9-16h" foram agrupadas numa nova classe "até 16h", visto que o nº de respostas não justificava a separação entre as duas.

Posteriormente os dados foram importados para o programa de estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 12.0 for Windows Student Version®), para a análise dos mesmos.

### 5.2. Análise descritiva

Para realizar a análise descritiva foram utilizadas as frequências relativas das respostas a cada pergunta. Como medida de tendência central foi utilizada a média. Para a elaboração dos quadros foi também utilizado o programa Excel do Microsoft Office XP®.

### 5.3. Análise da fiabilidade da escala de atitudes

Uma das análises mais comuns à escala de atitudes do IWS é a avaliação da fiabilidade de todos os itens e das seis dimensões que o compõe, separadamente. O teste *α-Cronbach* é o teste mais utilizado e na maioria dos estudos apresentou-se entre 0,79-0,89 (Stamps, 1997).

Na maioria das pesquisas das Ciências Sociais só os valores do coeficiente de fiabilidade a partir de 0,70 são considerados "aceitáveis" (UCLA Academic Technology Services, s. /d.). No entanto, apesar do valor de alfa ser uma boa referência de fiabilidade, quando avaliado sozinho, pode ser erradamente interpretado, pois é afectado com o número de itens numa escala, as inter correlações entre itens e a dimensionalidade da escala (Cortina, 1993).

#### Correlações entre itens

Para determinar a fiabilidade interna dos 44 itens que compunham a escala de atitudes foi utilizado o teste de *Cronbach's Alpha*. O valor obtido foi 0,831, o que traduz uma fiabilidade boa entre itens (Hill, 2002; p. 149) para medir a variável global da satisfação do trabalho.

### Correlações entre dimensões

Da análise dos itens que compõe cada dimensão, os valores de  $\alpha$  situam-se entre 0,449-0,838, como se visualiza no quadro abaixo (Quadro II).

<b>Dimensões</b>	<b>N.º itens</b>	<b>N.º Casos Validos</b> <b>Máx.=151 casos</b>	<b><math>\alpha</math>-Cronbach</b>	<b>Escala de avaliação</b>
Autonomia	8	148	0,604	Fraco
Interacção	6	150	0,400	Inaceitável
Políticas Organizacionais	6	151	0,600	Fraco
Remuneração	5	150	0,796	Razoável
Requisitos Trabalho	10	148	0,562	Inaceitável
Status Profissional	9	145	0,546	Inaceitável

Quadro II – Apresentação da escala de avaliação para os valores do  **$\alpha$ - Cronbach** por dimensão

Estes valores, tal como são indicados na coluna da direita são inaceitáveis para justificar a consistência interna das dimensões Interacção, Requisitos do trabalho e *Status* Profissional, fracos para a Autonomia e Políticas Organizacionais e razoável para a Remuneração (Hill, 2002, p. 149).

De acordo com Stamps (1997) que analisou os vários estudos efectuados com o seu IWS a Remuneração apresentava os valores mais altos, porque segundo a autora também é a dimensão mais objectiva de se avaliar. Em relação à Autonomia e Interacção os valores de alfa situavam-se no razoável e nas Políticas Organizacionais e Requisitos do Trabalho entre fraco a razoável. Quanto ao Status Profissional a variação estendia-se de inaceitável a fraco.

Como não era objectivo deste estudo a validação deste questionário, não foi feita a correlação entre a resposta a cada item e a soma das

respostas a todos os itens, para eliminar os itens, cuja importância para medir a variável satisfação na escala, não fosse relevante. Em relação às dimensões e a fraca correlação entre os itens constituintes, a causa mais provável prende-se com a multidimensionalidade dos itens integrados em cada uma delas, e que deveriam ter sido retirados através da análise factorial para constituir outras dimensões (Moreira, 2004, p. 78). Todavia, para facilitar a análise e discussão dos resultados optou-se por manter os itens agrupados nas dimensões de origem para fazer a análise e discussão dos resultados.

#### 5.4. Análise correlacional

Para determinar o tipo de testes estatísticos a efectuar nos dados recolhidos foi utilizado o teste *One-Sample Kolmogorov-Smirnov* (Hill, 2002; p.234) que permitiu identificar que a distribuição das respostas a cada pergunta não seguia a distribuição normal, determinando a utilização de testes do tipo não paramétrico. O teste escolhido foi o teste não-paramétrico de correlação de *Kendall's Tau\_b*, que mede correlações entre perguntas do tipo ordinal (Hill, 2002, p.192-196; Pereira, 2006) e por ser também aquele que tinha sido utilizado por Stamps (1997) na análise da sua escala de atitudes.

Todas as variáveis ordinais foram analisadas recorrendo aos *cross-tabs* para um estudo mais pormenorizado entre classes. Apenas as correlações entre as variáveis de caracterização, pessoal e profissional, e o grau geral de satisfação, com um nível de significância entre 0,01-0,05, foram descritas. No caso da escala de atitudes, optou-se por apresentar todas as correlações entre os itens e o grau geral de satisfação, dando maior ênfase aos itens que se relacionaram com significância com o grau geral de satisfação.

## 6. Limitações metodológicas

As limitações deste estudo prenderam-se com aspectos de inexperiência do investigador perante a metodologia que foi empregue – inquérito por questionário e análise e interpretação estatística dos questionários.

Apesar de ser a metodologia adequada para a dimensão da população em estudo, a recolha dos *emails* da população e o factor de adesão de resposta aos questionários resultaram numa diminuição considerável da colecta de dados inicialmente prevista. As dificuldades na obtenção dos *emails* deveram-se ao facto de vários HO deixarem de ter qualquer forma de contacto com os outros, mesmo os do mesmo ano de curso. A adesão de resposta pode ter sido influenciada pelo facto dos não-respondentes provirem de contactos indirectos, fornecidos por outros colegas que não o próprio, e por essa razão não se terem envolvido pessoalmente no estudo.

Em relação à análise estatística, a escala de atitudes, apesar de ter demonstrado uma boa consistência interna em relação aos itens utilizados para a medição da satisfação global, não demonstrou ser um bom instrumento para medir a relação entre as componentes dimensionais. Outros testes deveriam ter sido feitos para eliminar itens que não apresentassem correlações entre si e eventualmente reagrupar os itens em outras componentes. No entanto, não era objectivo deste estudo a validação deste questionário.

## 7. Síntese

Este estudo de carácter descritivo e correlacional pretendeu medir a satisfação profissional dos 298 HO que compõem toda a população de profissionais formados na FMDUL desde o início, em 1986 até 2006.

Foi elaborado um questionário com base num questionário frequentemente aplicado a enfermeiras e num outro especificamente orientado para profissionais de saúde oral, entre os quais HO. O envio e recepção destes questionários foi efectuado através da *Internet*, via *email*, em duas etapas; na primeira foi enviada uma informação do que se pretendia e um pedido de divulgação entre pares para recolher endereços e passar a mensagem, na segunda etapa foi enviado o questionário com as respectivas instruções de preenchimento.

Após a recepção, os questionários foram impressos e foi construída uma grelha para a introdução dos dados. As respostas às perguntas abertas foram codificadas e no final reestruturou-se a codificação de mais algumas respostas de modo a facilitar o tratamento dos dados estatísticos. No programa de tratamento de dados procedeu-se inicialmente ao estudo descritivo das variáveis através das frequências relativas e médias. Foram também corridos testes de normalidade que detectaram uma distribuição não-normal das variáveis.

Em seguida, através do teste  $\alpha$ -Cronbach, procedeu-se a uma análise para medir o grau de fiabilidade da escala de atitudes, que revelou ser bom apenas no total dos itens e fraco entre as dimensões que se propuseram para avaliar a satisfação. No final foi feita uma análise correlacional utilizando o teste não-paramétrico de correlação de *Kendall's Tau\_b* entre as diferentes perguntas que compunham o questionário para se identificarem as correlações estatisticamente significativas.

As limitações metodológicas referidas prendem-se essencialmente com o número de questionários não respondidos assim como as dificuldades na construção e validação do questionário.

## CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 298 elementos que faziam parte da população foi possível obter 231 endereços e enviar os respectivos questionários (77,5%). Destes 231 envios resultaram 168 respostas (72,7%) mas como 2 dos questionários tiveram que ser anulados, devido ao incorrecto preenchimento, o resultado final foi de 166 questionários viáveis a que corresponde uma percentagem de 55,7% da população.

Estes resultados estão em conformidade nos estudos referidos anteriormente sobre a temática da satisfação profissional dos HO. No estudo de âmbito nacional realizado no Reino Unido por Gibbons *et al.* (2001) obteve-se uma taxa de respostas de 64%. Nos Estados Unidos dos 1200 questionários enviados a uma amostra de HO, Calley *et al.* (1996) obtiveram uma taxa de resposta de 62,9%. No levantamento efectuado na África do Sul por Gordon & Rayner (2004) as respostas foram de 51% aos 853 questionários enviados. Na Nova Zelândia, Ayers *et al.* (2006) referem uma taxa de respostas de 73,2%. Em Portugal, Amaral *et al.* (2004) enviaram 72 questionários aos HO e obtiveram 78 % de respostas.

#### 1. Género, Idade, Filhos

Dos 166 respondentes 134 (80,7%) eram do sexo feminino e 19,3% do sexo masculino. Considerando a população total dos HO (n=298) em que 79,9% são mulheres e 20,1% homens, esta proporção parece manter-se na taxa de respostas. Comparados com os 3% do sexo masculino apresentado por Johnson (2003) na sua análise do perfil da profissão em 19 países, a percentagem de homens HO em Portugal é relativamente maior.

Dos 166 HO, 73 (44%) tinha filhos, destes, cerca de dois terços, com idade entre os 31-40 anos. No inquérito realizado por Gibbons *et al.*

(2001) no Reino Unido 49% dos HO referiam responsabilidades parentais.

Em relação à idade, 77 (46,4%) tinham entre 20-30 anos, 67 (40,4%) tinham entre 31 e 40 anos (40,4%) e 22 (13,3%) tinham mais de 40 anos. No Reino Unido a média de idades era de 37,9 anos mas a média do ano de graduação era de 14,7 anos (Gibbons *et al.*, 2001). A população portuguesa é mais jovem mas também o ano de conclusão de curso é mais recente, comparativamente ao estudo do Reino Unido.

## 2. Ano de Conclusão do Curso

Em relação aos anos de conclusão de curso encontraram-se os seguintes resultados: o grupo de 1986-1993 (que teve equivalência a bacharel em 1997) constitui 25,3% da amostra, o grupo de 1994-2003 (apenas detentor de curso de formação profissional) corresponde a 54,2% e o grupo de 2004-2006 que concluiu o curso já com o grau de bacharel representa 20,5% (Gráfico I).

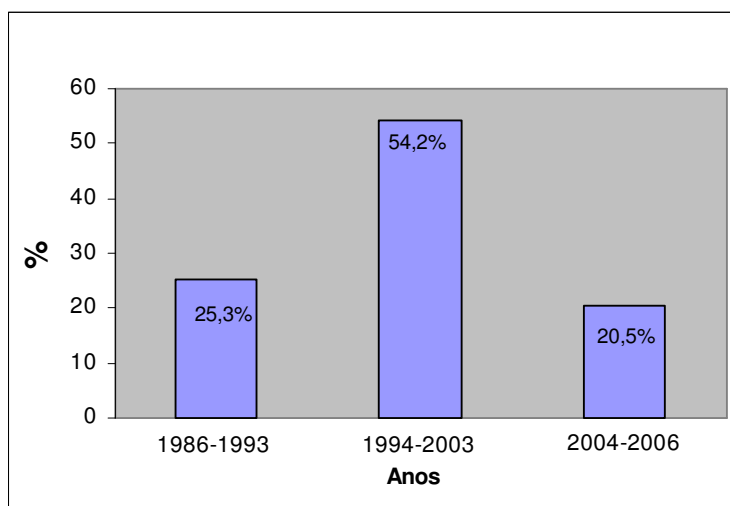


Gráfico I – Distribuição dos HO por anos de finalização do curso

Em relação à população total (n=298) sabe-se que 20,8% dos HO graduaram-se entre 86-93, 54,4% entre 94-2003 e 24,8% entre 2004-06, o que indica que as respostas da amostra correspondem com a distribuição da população dos HO

Tal como era previsto o ano de curso relacionava-se com a idade, sendo os mais velhos os que se tinham graduado há mais tempo.

O tipo de actividades também estava relacionado com o ano de curso. Pode-se observar que as actividades da clínica e clínica e comunitária são mais prevalentes para as classes 94-03 e 04-06 (67,9% dos HO do grupo 04-06 trabalha exclusivamente em clínica) a actividade de formação está mais relacionada com os HO dos cursos 86-93 (40,5% realiza algum tipo de actividade de formação) *versus* 18,6% dos cursos 94-03 e 3,6% dos cursos 04-06.

### 3. Exercício da Profissão

Dos 166 inquiridos 15 (9%) responderam que não exerciam a profissão de HO dos quais 3 não chegaram sequer a exercê-la. Actualmente 5 são médicos-dentistas, 3 estão desempregados e 7 exercem outras actividades não relacionadas com a área da saúde.

Todos os dados apresentados em seguida referem-se aos 151 profissionais em exercício de HO, apesar de alguns dados não contarem com o mesmo nº de respostas, às quais nem todos os inquiridos responderam.

### 4. Locais de Trabalho e Actividades Exercidas

Dos 149 que responderam à pergunta sobre os locais de trabalho onde exerciam (Gráfico II), apenas 26 (17,4%) estavam a exercer

exclusivamente em centros comunitários e 29 (19,5%) numa única clínica privada. Todos os outros 95 (63,1%) profissionais desempenhavam funções em mais do que um local. Por outro lado verificou-se que 124 (83,2%) profissionais trabalhavam em clínicas privadas exclusiva ou concomitantemente com outros locais.

No Reino Unido os dados apresentados por Gibbons *et al.* (2001) referem 47% HO a trabalharem em clínica privada e cerca de 64% a acumularem mais do que um local de trabalho. Em Liverpool entre os anos 77-88, dos 167 profissionais, 91% trabalhava em clínicas; privadas, do serviço de saúde ou ambas, e apenas 9% trabalhava em hospitais e serviços comunitários (Hillam, 2000).

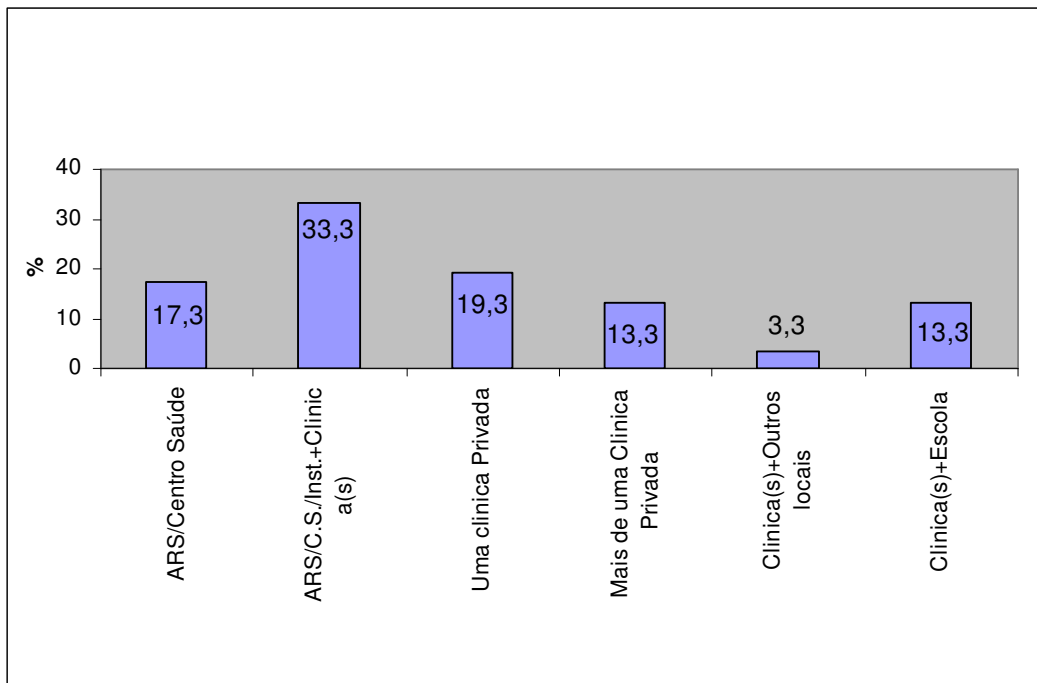


Gráfico II -Distribuição dos HO por locais de trabalho

Em relação às actividades exercidas pelos HO (Gráfico III) observa-se que 54 HO (35,8%) realizam trabalho exclusivamente clínico e 14

(9,3%) exclusivamente comunitário, o que indica que todos os outros 83 (55%) elementos da população exercem mais do que uma actividade.

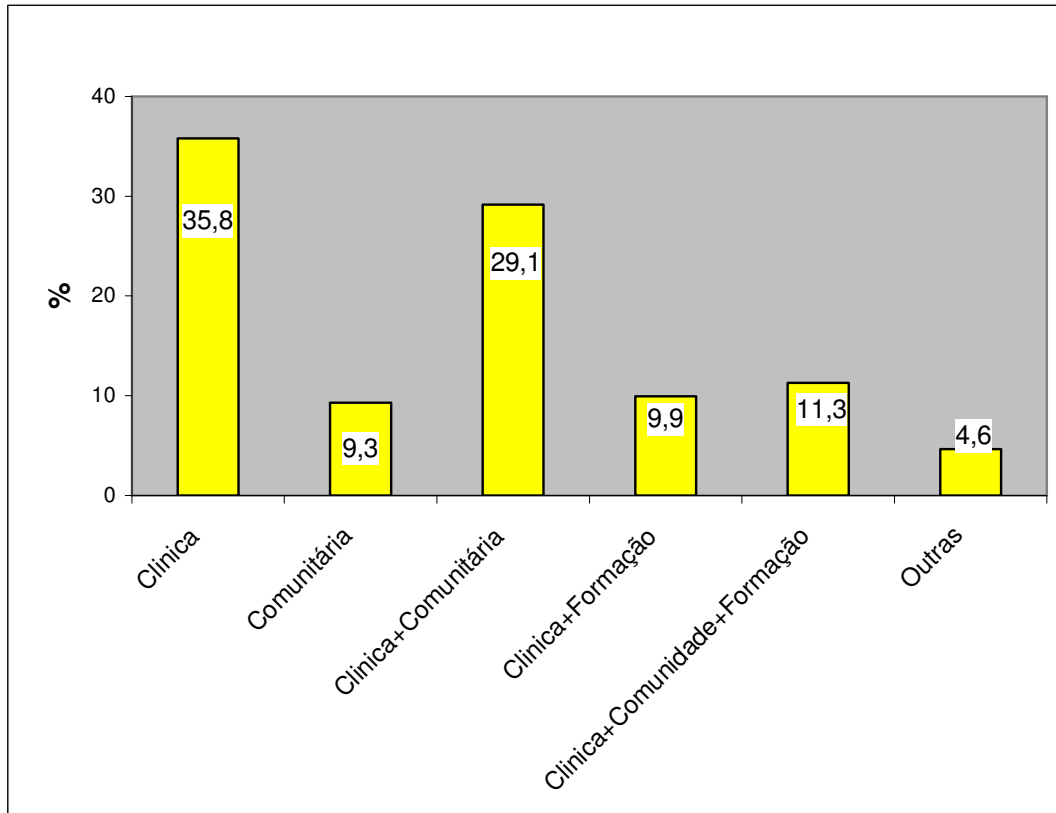


Gráfico III – Distribuição dos HO por tipo de actividades

Relacionando os locais de trabalho com os tipos de actividade exercida, observa-se que 137 (90,7%) dos HO referem prática da actividade clínica nos locais de trabalho tal como Gibbons *et al.* (2001), que referem 95,5% de profissionais com responsabilidades clínicas. Johnson (2003) refere semelhanças de perfil quanto à prática clínica da profissão, a nível internacional.

Neste estudo também se identificou que 75 HO (49,7%) pratica algum tipo de trabalho comunitário e 32 (21,2%) faz formação. É de referir que no grupo etário dos 20-30 anos (n=71) 45,1% realizam trabalho exclusivamente clínico e no grupo dos >40 anos (n=19) nenhum

profissional trabalha só em comunidade e que, 52,6% está ligado à formação.

## 5. Horário de Trabalho

No Gráfico. IV pode-se verificar que dos 150 respondentes a maioria (n=114) referiu um horário de trabalho semanal a tempo inteiro, se se considerar um horário semanal completo a partir das 33 horas semanais (Jonhson 2003). Uma análise mais aprofundada permitiu verificar que dos 36 HO que apresentavam um horário de trabalho inferior a 32 horas, 23 executavam trabalho exclusivamente clínico enquanto apenas 31 se encontravam na mesma situação, dos 114 HO a *full-time*.

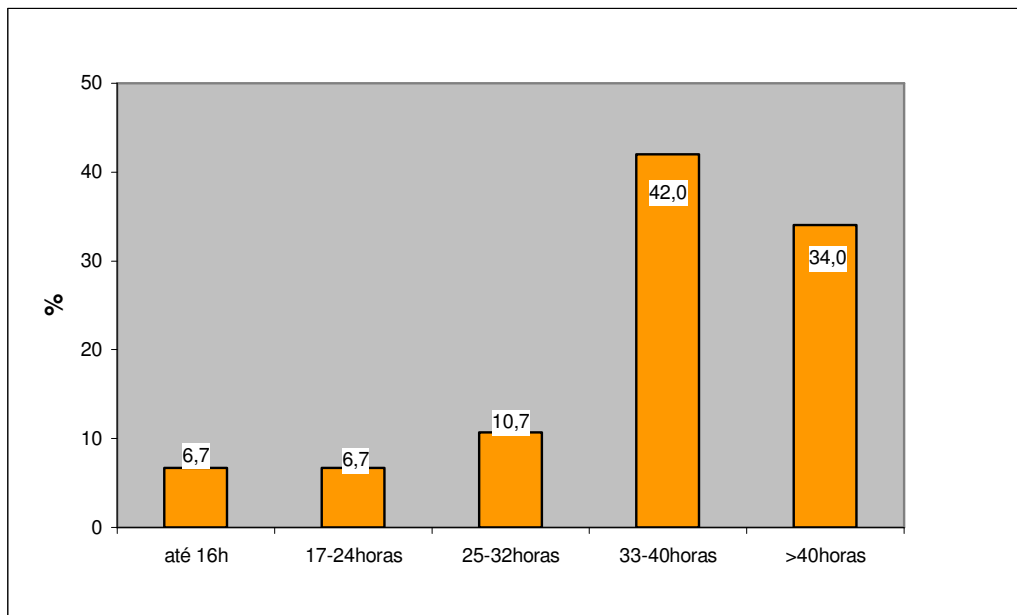


Gráfico IV – Distribuição dos HO pelo nº de horas de trabalho

Hillam (2000) encontra 36% dos 167 HO a trabalharem mais do que 35 horas por semana. Gibbons *et al.* (2001) referem 52% dos HO a praticarem um horário inferior a 30 horas semanais, dos quais mais de dois terços com responsabilidades parentais. No entanto, de acordo com

o perfil internacional traçado por Jonhson (2003) a maioria dos HO encontra-se em trabalho a tempo inteiro.

Para Silva (2006) o tempo é um factor que pode ocasionar a culpa e interferência do trabalho na vida pessoal visto que o tempo dedicado às famílias acaba por ser mínimo, comparando com o tempo dedicado ao trabalho. Por exemplo, as preferências das mulheres pelos horários reduzidos são influenciadas pelo facto de terem ou não de cuidar de filhos pequenos e de existirem ou não serviços de guarda de crianças que lhes permitam dispor melhor do seu tempo (Projecto Viver, s. /d.). Os estudos de Gibbons *et al.* (2001) no Reino Unido parecem confirmar esta realidade. Neste trabalho, não se identificou nenhuma relação entre o nº de horas de trabalho e a existência ou não de filhos.

## 6. Qualidade da Formação Académica e Adequabilidade para o Exercício da Profissão

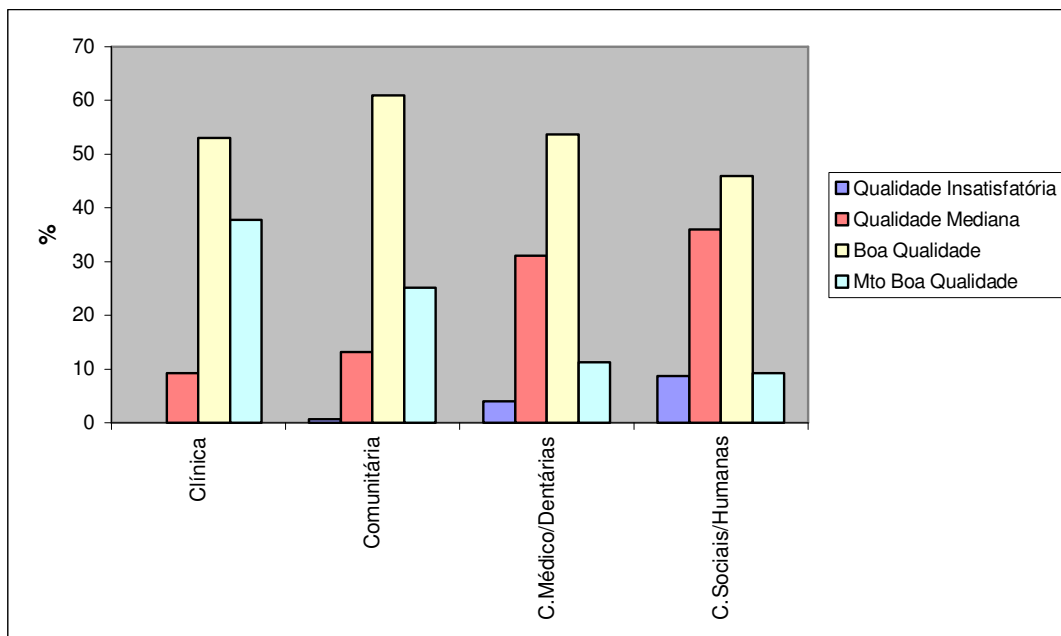


Gráfico V – Avaliação da qualidade da formação recebida

Em relação às perguntas que avaliam a formação académica verifica-se, de um modo geral, que a avaliação da qualidade de formação recebida durante o curso é muito favorável (Gráfico V). Dos 151 HO, avaliaram como boa e muito boa qualidade a formação na área de clínica (90,7%), comunitária (86,1%), área de ciências médicas e médico-dentárias (64,9%) e ciências humanas e sociais (55,3%). É de salientar que a qualidade da formação foi classificada como mediana (31,1% e 36%) e como insatisfatória (4,0% e 8,7%) nas áreas de ciências médicas e na área de ciências sociais respectivamente.

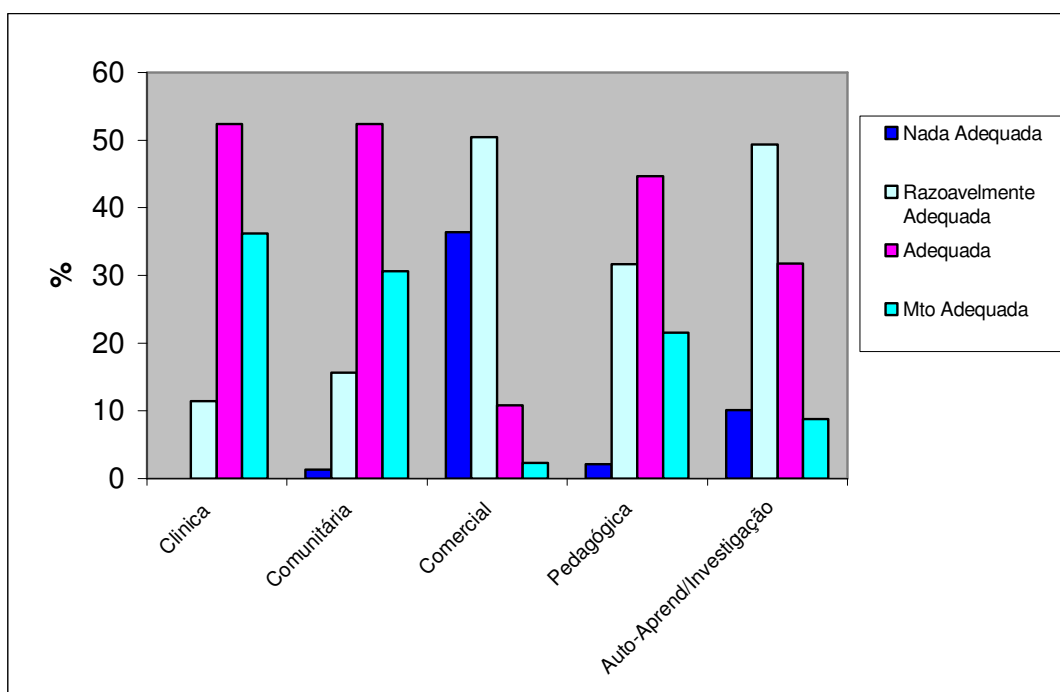


Gráfico VI – Avaliação da adequação da formação recebida para o exercício da profissão

Em relação à adequação da formação para o exercício da profissão, nas diferentes áreas (Gráfico VI), verificou-se que a formação era considerada de adequada a muito adequada para a prática clínica (88,5% dos 149 respondentes), para a prática comunitária (83% dos 147 HO), razoavelmente adequada (50,4% dos 129 HO) para a prática comercial e razoavelmente adequada a adequada para a área

pedagógica (76,3% dos 139 HO) e para a auto-aprendizagem (81,1%) dos 148 HO. É de realçar que 10,1% e 36,4% consideraram nada adequada a formação na área de auto-aprendizagem e na área comercial, respectivamente.

Da análise a estas duas perguntas verificou-se que os HO consideraram-se bem preparados academicamente nas áreas mais técnicas do curso, clínica, comunitária e pedagógica e adequadamente preparados para exercer a sua profissão nestas mesmas áreas. No entanto, identificaram-se alguns aspectos negativos, como uma formação com menor qualidade nas áreas das ciências sociais e médicas e menos adequada para a prática das áreas comercial e de auto-aprendizagem.

Tal como referido anteriormente, as actuais orientações do Ensino Superior e a integração do curso numa licenciatura visam preparar estes profissionais com uma base de conhecimentos mais reforçada nas ciências da saúde afim de providenciar uma maior abrangência de conhecimentos e uma maior adaptabilidade às necessidades actuais na área da saúde, distanciando-se assim do papel de técnico de saúde. Sendo assim, este novo enquadramento do curso poderá vir a preencher as lacunas referidas anteriormente em relação à qualidade e adequabilidade da formação.

#### 7. Grau Geral de Satisfação e as Variáveis de Caracterização Pessoal e Profissional

Em relação ao grau geral de satisfação com o trabalho (Gráfico. VII) verifica-se que todos responderam a esta pergunta (n=151) e que 58% estão satisfeitos a muito satisfeitos (36%) com o respectivo trabalho. Estes dados estão de acordo com a literatura existente. Em Portugal, o único estudo existente (Amaral *et al.* 2004) revelou uma taxa de satisfação de 65% dos 40 HO analisados. Boyer (1990) refere valores de

satisfação entre 79-99% nos estudos efectuados nos Estados Unidos. Hiram (2000), em Liverpool (Inglaterra), obtém 83% de satisfação nos 226 HO inquiridos e Gibbons *et al.* (2001) encontra um elevado grau de satisfação (52%) entre os profissionais do Reino Unido.

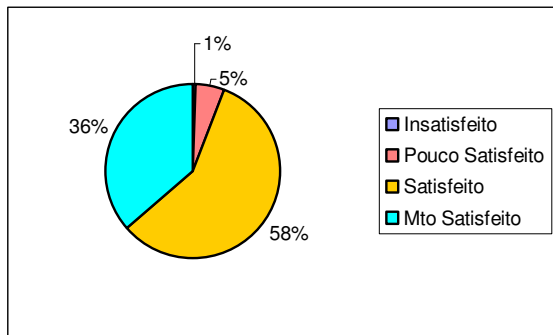


Gráfico VII – Determinação do grau de satisfação profissional

Foram encontradas correlações significativas entre um maior grau de satisfação e HO dos cursos 86-93, com idade superior a 40 anos e com filhos. Um paralelo praticamente idêntico pode ser traçado com os dados obtidos por Gibbons *et al.* (2001) que refere correlações significativas entre a satisfação os HO com mais de 37 anos e com filhos, no Reino Unido.

Na sua revisão da literatura sobre satisfação profissional nos HO nos *EUA*, Body (1988) descreve que os HO com mais graduação (bacharelato) teriam uma menor satisfação com o trabalho pois as suas expectativas com o trabalho e carreira seriam maiores. Neste estudo, esta situação não se demonstrou, pois os cursos de 86-93 estão mais satisfeitos e, no entanto, são detentores do grau de bacharel.

Existia um maior grau de satisfação nos HO que referiam uma maior qualidade de formação nas áreas de clínica e comunidade e uma melhor adequabilidade para exercer na área de clínica, comunitária e comercial. Esta relação é compreensível considerando que 137 (90,7%) dos 151

HO referem prática da actividade clínica nos locais de trabalho e 75 (49,7%) pratica algum tipo de trabalho comunitário. Dos 9 HO que se encontram pouco satisfeitos a insatisfeitos com o trabalho 6 trabalham exclusivamente em clínica.

A discussão da natureza dos factores que contribuem para a satisfação e insatisfação dos HO será descrita no próximo ponto, durante a análise da escala de atitudes.

#### 8. Escala de Atitudes para medir a Satisfação Profissional e Grau Geral de Satisfação

Tal como referido anteriormente, a escala de atitudes apresentou uma boa fiabilidade entre itens para medir a variável global de satisfação e demonstrou ser pouco fiável para medir algumas das dimensões da escala. De acordo com estes resultados optou-se por dar especial relevo aos itens da escala de atitudes que apresentaram correlações significativas com o grau geral de satisfação à medida que se analisava cada dimensão e os itens que a compunham.

### 8.1. Autonomia

Os itens que pretendiam medir a Autonomia encontram-se descritos no Quadro III.

Nº.	ITENS da dimensão Autonomia	Nível de significância do coeficiente de correlação com o GGS
21	Sinto que sou supervisionado(a) mais rigorosamente do que o necessário	p<0,05
30	Tenho muita responsabilidade e pouca autoridade	p<0,01
33	No meu trabalho os meus superiores tomam todas as decisões. Tenho pouco controlo directo sobre o meu próprio trabalho	NS
41	Algumas vezes sinto-me frustrado(a) porque todas as minhas actividades parecem ser pré-programadas para mim	NS
43	No meu trabalho algumas vezes tenho que fazer coisas que vão contra o meu melhor julgamento/"bom-senso" profissional	NS
26	Sinto que tenho participação suficiente no planeamento das minhas actividades e/ou no tratamento dos meus pacientes	NS
37	O meu trabalho permite-me e/ou requer muita independência	p<0,05
55	No meu trabalho tenho liberdade suficiente para tomar decisões importantes como acho apropriado e posso contar com os meus superiores para me apoiarem	p<0,01

Quadro III – Descrição dos itens da Autonomia e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação

(as perguntas a cinzento são de natureza negativa e as respostas foram posteriormente convertidas na análise dos dados; GGS- grau geral de satisfação; NS- não significativo)

Em relação à Autonomia (Gráfico VIII) verifica-se que a média das respostas variava entre 2,57-3,47, resultando num grau de satisfação positivo para todas as perguntas. Os HO parecem poder controlar o seu trabalho, agir de acordo com o seu julgamento profissional e com bastante independência.

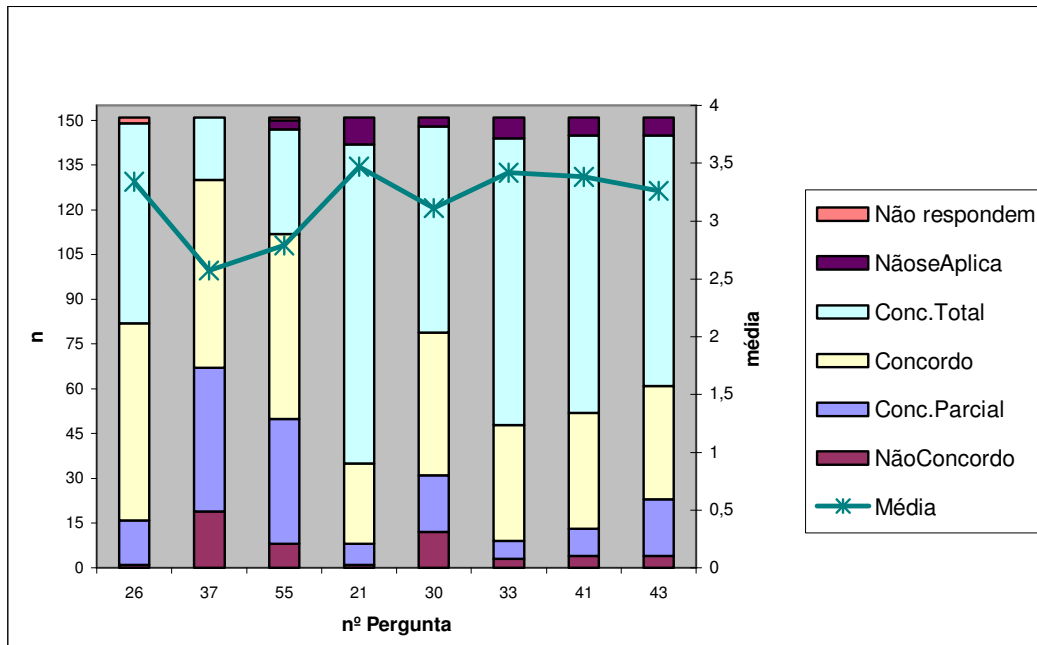


Gráfico VIII – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens da Autonomia

Em relação à questão de autonomia, especificamente de independência no trabalho, é descrita por Boyer (1990) como um dos aspectos positivos descritos pelos HO nos EUA. No entanto, a falta de informação a questões respeitantes à autonomia na profissão de HO poderá ter a ver com a mesma situação que Stamps (1997) descreve para os estudos com enfermeiras. A autora refere que, apesar de todos os estudos com satisfação avaliarem a dimensão da autonomia ela não parece ter um carácter relevante para a satisfação global. Na sua concepção, na enfermagem tradicional a autonomia limitada já é tão institucionalizada que as expectativas são, à partida, também reduzidas.

Neste caso, uma possível explicação para as respostas “não se aplica” poderia significar que estes HO esperam que o seu trabalho seja desempenhado da forma como já está instituído e por isso os itens, não se aplicam ao contexto do seu trabalho.

## 8.2. Interacção

Os itens da dimensão Interacção encontram-se descritos no Quadro IV.

Nº	ITENS da dimensão Interacção	Nível de significância do coeficiente de correlação com o GGS
39	Existe uma grande consciência de hierarquia no meu trabalho	NS
47	Gostaria que os outros profissionais demonstrassem mais respeito sobre o trabalho e os conhecimentos dos HO	NS
52	Os outros profissionais menosprezam o trabalho dos HO	$p < 0,05$
29	No meu trabalho existe muito trabalho em equipa e cooperação entre os HO	NS
32	No meu trabalho há muito trabalho em equipa entre os HO e os outros profissionais de saúde	$P < 0,05$
50	Os outros profissionais normalmente apreciam e compreendem o que os HO fazem	$p < 0,01$

Quadro IV – Descrição dos itens da Interacção e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação

(as perguntas a cinzento são de natureza negativa e as respostas foram posteriormente convertidas na análise dos dados; GGS- grau geral de satisfação; NS- Não Significativo)

Em relação à Interacção (Gráfico IX) a média de respostas variou entre 1,78-3,29 o que representa uma variação entre o pouco satisfeito e o satisfeito.

Na pergunta 50 denota-se a pouca satisfação (57%) dos HO em relação ao reconhecimento do seu trabalho pelos outros profissionais. Esta situação ainda é mais evidente na pergunta 47, que demonstra mesmo uma insatisfação (49%) em relação ao respeito dos outros profissionais pela profissão. Todavia, contrariando estes dois itens, a pergunta 52, revela uma grande satisfação (45,7%) dos HO pelo reconhecimento do seu trabalho pelos outros profissionais. Ainda que discrepantes, os itens 50 e 52 relacionaram-se com o grau geral de satisfação positivamente (Quadro IV).

Petrén *et al.* (2005) referem um maior envolvimento com o trabalho quando o reconhecimento do trabalho pelos pares é visível. Crawford, Gutierrez e Harber (2005) referem no seu estudo que os HO equacionavam de modo diferente o reconhecimento da profissão, consoante fosse pelos pacientes, dentistas ou outro pessoal da clínica. A apreciação dos pacientes e dentistas era muito razoável enquanto pelo outro pessoal era geralmente baixa.

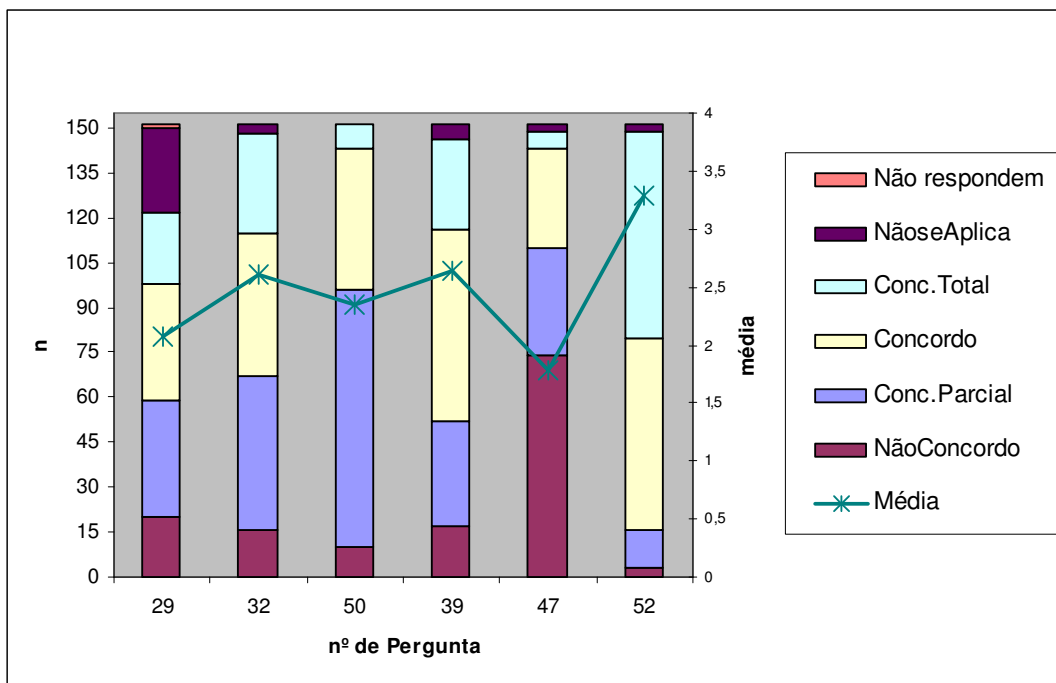


Gráfico IX – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens da Interação

Em relação às outras perguntas do trabalho de equipa e cooperação os resultados são semelhantes e reveladores de satisfação. Todavia o facto de 18,7% HO responderem “não se aplica” à pergunta 29 parece revelador do trabalho individual de alguns dos HO. Apenas o item 32 se relacionou com o grau geral de satisfação positivamente (Quadro IV).

Calley *et al.* (1996) relacionam a retenção no local de trabalho com o apoio do empregador na carreira de HO. Também Naidu *et al.* (2006) revelaram no seu estudo comparativo entre o Reino Unido, Nova Zelândia e *Trinidad & Tobago* que os respondentes ao inquérito referiam muita satisfação em relação ao trabalho de equipa.

### 8.3. Políticas Organizacionais

Em seguida apresentam-se os itens da dimensão Políticas Organizacionais (Quadro V).

Nº	ITENS da dimensão P. Organizacionais	Nível de significância do coeficiente de correlação com o GGS
25	Existe uma grande distância entre a direcção/"chefias" e os problemas diários do departamento/clínica/serviço onde trabalho	NS
31	No meu trabalho não existem oportunidades suficientes para o desenvolvimento/progressão dos HO	p<0,01
45	No meu trabalho as decisões directivas interferem demasiado com as actividades e/ou tratamento dos pacientes	NS
20	Tenho controlo suficiente sobre a minha agenda de tempo	p<0,05
23	Tenho tempo e oportunidade para me manter a par da minha área científica/de trabalho	NS
54	Os directores/"chefias" normalmente consultam os HO nos procedimentos e problemas diários	P<0,05

Quadro V – Descrição dos itens das Políticas Organizacionais e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação

(as perguntas a cinzeno são de natureza negativa e as respostas foram posteriormente convertidas na análise dos dados; GGS- grau geral de satisfação; NS- Não Significativo)

Quanto às Políticas Organizacionais a média variou entre 2,11-3,39, também revelando um grau de satisfação positivo (Gráfico X).

Destaca-se a pergunta 20 que revela um grau de muito satisfeito a satisfeito (70,2%) com o controlo do tempo. No item 45, parece

revelador de que para a maioria dos HO a entidade empregadora não interfere com o desempenho do trabalho (62,7%).

Crawford *et al.* (2005) referem que um aumento no controlo da agenda de tempo parece estar relacionado com um maior nível de satisfação e vontade de permanecer na profissão, mesmo se os HO já referirem problemas físicos, tais como dores músculo-esqueléticas.

As perguntas 31 e 23, colocadas na forma negativa e positiva revelaram resultados ligeiramente contraditórios. Na pergunta 23, 62,9% dos inquiridos revelam insatisfação a pouca satisfação com as oportunidades para se manter a par do desenvolvimento científico enquanto na pergunta 31, 54,6% encontrava-se satisfeito a muito satisfeito com estas oportunidades. Apenas o item 31 se relacionou com significado com a satisfação geral (Quadro V).

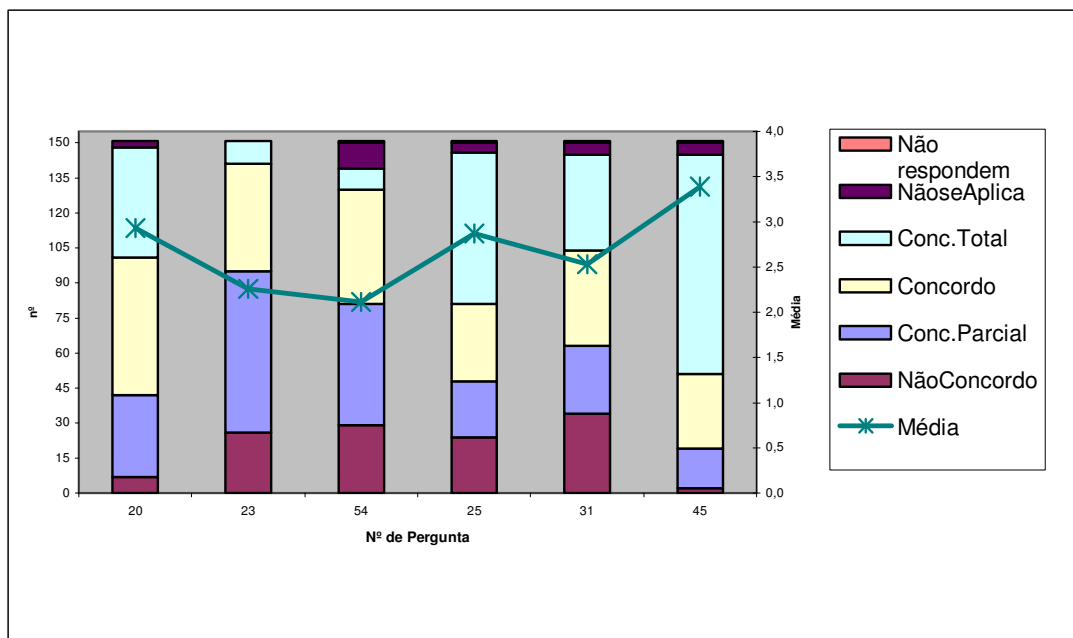


Gráfico X – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens das Políticas Organizacionais.

Para Boyer (1990) nos EUA um dos aspectos mais negativos na satisfação com o trabalho era a falta de oportunidade para se desenvolver cientificamente. Também para Gorter (2006) o abandono da profissão estava relacionado com as limitações na progressão e desenvolvimento na carreira, enquanto o envolvimento estava ligado à possibilidade de desenvolvimento na carreira (Petrén *et al.* 2005).

Na pergunta 25, 65,3% dos respondentes parecem muito satisfeitos a satisfeitos com a proximidade entre a direcção e o departamento de trabalho mas apenas 38,7% dos inquiridos se encontram satisfeitos com a participação na organização (pergunta 54). Só a pergunta 54 se relacionou positivamente com o grau de satisfação (Quadro V).

A falta de suporte pela organização foi identificada como um dos factores causais pelo *stress* e *burn-out* da profissão de HO (Gorter, 2005). Para Von Thiele, Lindfors e Lundberg (2006) existe uma relação entre as más condições físicas e psicossociais do trabalho, nomeadamente, o suporte da organização, com um aumento de ausências por doença. Também Calley *et al.* (1996) referem a importância da relação entre a retenção no trabalho e as políticas de gestão e organização do local de trabalho e apoio do empregador.

#### 8.4. Remuneração

Em baixo encontram-se descritos os itens que avaliaram a Remuneração (Quadro VI).

Nº	ITENS da dimensão Remuneração	Nível de significância do coeficiente de correlação com o GGS
34	Neste trabalho a taxa de aumento de remuneração (salário e benefícios) não é satisfatória	NS
56	Sinto necessidade de uma actualização da minha remuneração	$p < 0,01$
16	A minha remuneração (salário e benefícios) actual é satisfatória	$p < 0,05$
27	Considerando o que se espera dum HO neste trabalho, a remuneração (salário e benefícios) que recebo é razoável	$p < 0,05$
44	Do que eu oiço falar dos outros HO, a trabalhar noutros locais, sou razoavelmente bem remunerado(a)	$p < 0,05$

Quadro VI – Descrição dos itens da Remuneração e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação

(as perguntas a cinzento são de natureza negativa e as respostas foram posteriormente convertidas na análise dos dados; GGS- grau geral de satisfação; NS- Não Significativo)

Em relação à Remuneração os resultados são muito semelhantes para todos os itens mesmo aqueles de orientação negativa e posteriormente convertidos. A média das respostas variou entre 1,83-2,19, o que traduz um nível baixo de satisfação (Gráfico XI). Dos HO que responderam aos itens cerca de 31,1%-42,4% não estão satisfeitos com as questões relativas à remuneração. Apenas o item 34 não se relacionou significativamente com a satisfação global (Quadro VI).

Já no estudo de Amaral *et al.* (2004) a remuneração estava relacionada com baixa satisfação e volta a confirmar-se neste estudo. Yee, Crawford e Harber (2005) encontraram, em metade da sua amostra de 529 HO na Califórnia (EUA), uma taxa de insatisfação com os benefícios. Já nos estudos analisados anteriormente, a remuneração é referida por Boyer (1990) como um aspecto positivo nos EUA e corroborado por Ayers *et al.* (2006).

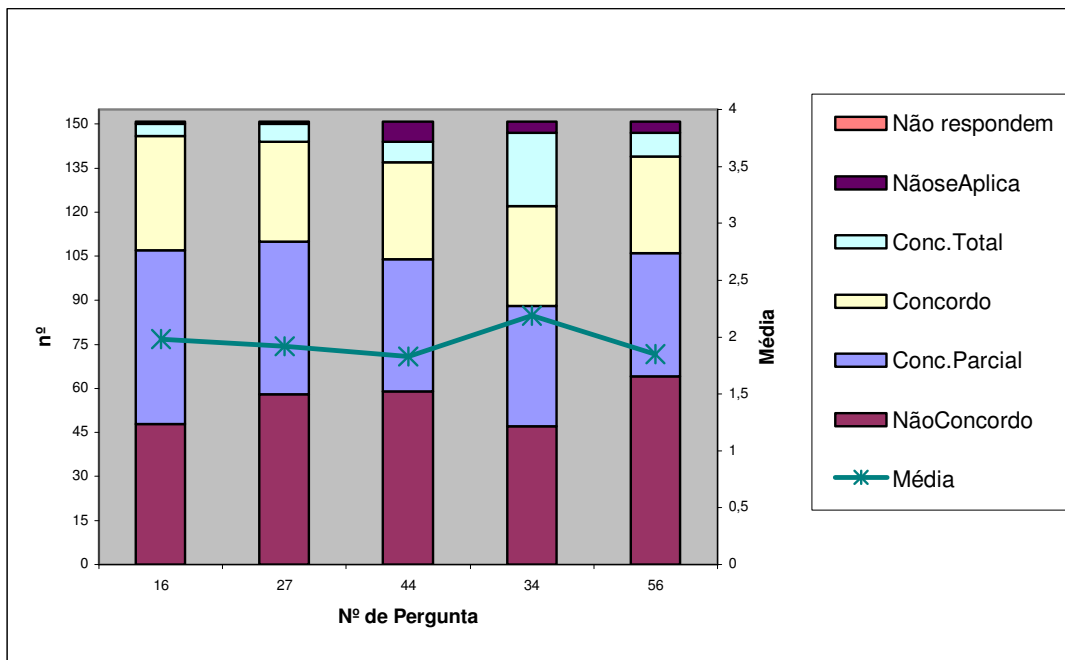


Gráfico XI – Frequências relativas e média das respostas a cada um dos itens da Remuneração

Estes dados contraditórios parecem estar conforme a análise de perfis internacionais de Johnson (2003), que descreve a remuneração como um dos factores mais variáveis no perfil da profissão.

### 8.5. Requisitos do Trabalho

No quadro abaixo (Quadro VII) encontram-se descritos os itens dos Requisitos do Trabalho.

Nº	ITENS da dimensão R. Trabalho	Nível de significância do coeficiente de correlação com o GGS
19	Neste trabalho existe muito "trabalho de secretária"/administrativo	NS
28	Tenho um trabalho pouco diversificado	p<0,01
49	Poderia prestar melhores cuidados aos pacientes se tivesse mais tempo com cada um deles	NS
57	Muitas vezes realizo o meu trabalho sob pressão	NS
58	Sinto alguns problemas físicos resultantes do trabalho, ex: cansaço dos olhos, dores nas costas, dores de cabeça	NS
18	Tenho oportunidade de ser útil aos pacientes/clientes	p<0,01
35	Estou satisfeito com o tipo de actividades que faço no meu trabalho	p<0,01
36	Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir os problemas de trabalho/ tratamento dos doentes com os outros colegas	p<0,01
40	Tenho tempo suficiente para o tratamento dos pacientes/clientes	NS
48	Tenho oportunidade de providenciar um trabalho de boa qualidade	p<0,01

Quadro VII – Descrição dos itens dos Requisitos do Trabalho e sua correlação com o Grau geral de Satisfação

(as perguntas a cinzento são de natureza negativa e as respostas foram posteriormente convertidas na análise dos dados; GGS- grau geral de satisfação; NS- Não Significativo)

Em relação aos Requisitos do Trabalho o grau de satisfação classificou-se entre muito satisfeito a parcialmente satisfeito com a média a variar entre 2,05-3,55, como se pode ver pelo gráfico (Gráfico XII).

A pergunta 18 destaca-se de todas as outras perguntas por revelar um grau entre satisfação a elevada satisfação (97,4%) pela oportunidade de prestar cuidados aos pacientes. Esta questão relaciona-se com a satisfação global e está largamente descrita na literatura, sempre

associada aos aspectos mais positivos do trabalho, em qualquer das sociedades analisadas, americana, inglesa e sul-africana (Boyer, 1990; Hillam, 2000; Van Wyck *et al.*, 1998).

A satisfação de prestar um trabalho de boa qualidade (correlação positiva com a satisfação global) também é demonstrada pela pergunta 48 com 84,1% dos HO encontrando-se entre satisfeitos a muito satisfeitos e corroborando os dados de Hillam (2000) e Petrén *et al.* (2005).

As perguntas sobre o tempo de trabalho com os pacientes, 40 e 49, de sentidos opostos, revelam um resultado semelhante, com um bom nível de satisfação para o tempo de trabalho. Esta questão diverge do relatado na literatura sobre as questões do tempo (Boyer 1990; Hillam 2000) que revelam horário rígidos e falta de tempo nas consultas com os pacientes.

Já a pergunta 36 sobre o tempo para discutir trabalho com outros colegas revela que 39,1% dos HO estava pouco satisfeito com esta situação, resultados que se relacionam com a satisfação global (Quadro VII).

Em relação às pressões sobre o tempo de trabalho (item 57), 64,2% HO estavam muito satisfeitos a satisfeitos.

Os itens 28, 35 e 19 relacionavam-se com a natureza do trabalho. Em relação à pergunta 28 e 35 de sentidos opostos os resultados foram positivos revelando um nível de satisfação alto a moderado respectivamente, relacionando-se com o nível geral de satisfação (Quadro VII). Esta foi outra questão que demonstrou não estar de acordo com a literatura referenciada. Boyer (1990) e Gorter (2006) descrevem a pouca diversidade de tarefas dos HO como contribuindo

para a insatisfação, Petrén *et al.* (2005) relacionam esta situação com o pouco envolvimento no trabalho. Como a maioria dos HO nos outros países estudados têm um trabalho essencialmente clínico, enquanto os HO portugueses e graduados há mais tempo acumulam frequentemente várias actividades, é possível pensar-se que esta variedade de funções nos HO portugueses possa contribuir para os resultados favoráveis.

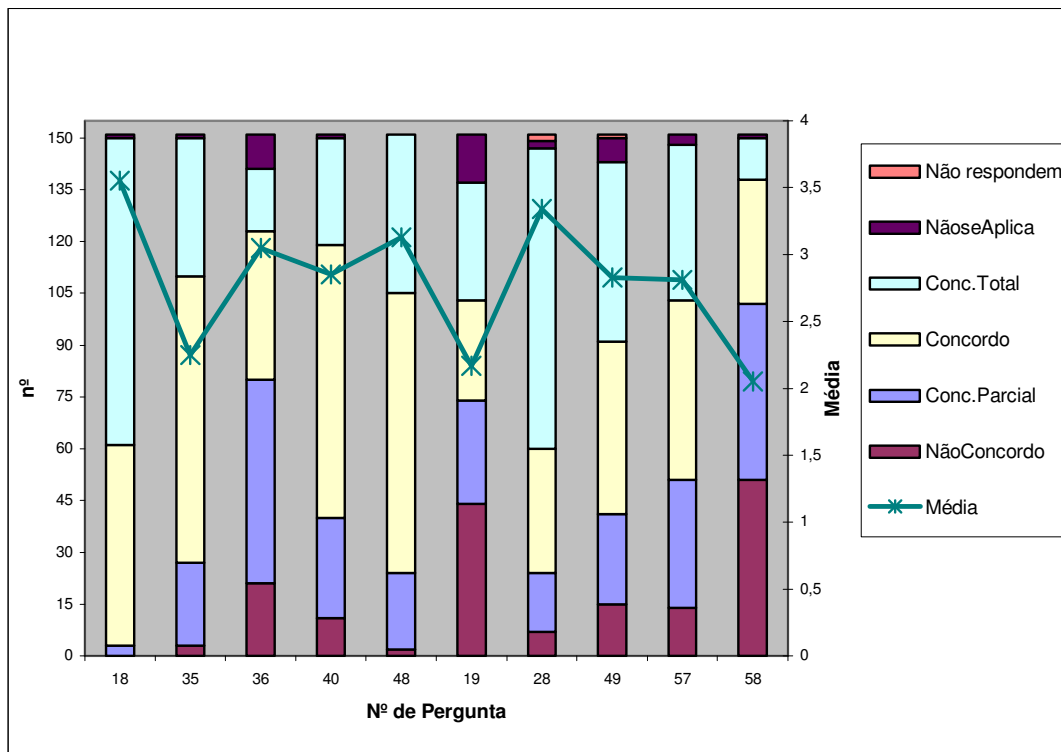


Gráfico XII – Frequências relativas e média das respostas de cada um dos itens dos Requisitos do Trabalho

Quanto ao tipo de trabalho administrativo, item 19, as opiniões distribuem-se mais ou menos de um modo semelhante por todos os respondentes.

Em relação à pergunta sobre os problemas físicos resultantes do trabalho (item 58) 33,8% respondeu estarem pouco satisfeitos em relação a esta situação e 33,8% respondeu estarem mesmo insatisfeitos.

Esta situação tem sido demonstrada ao longo dos anos na literatura (Boyer, 1990; Gorter, 2006) e tem a ver com o trabalho essencialmente clínico da profissão (Ylipää *et al.*, 1997, 1999, 2002). Tal como referido neste ponto sobre a natureza do trabalho, a diversificação do trabalho nos HO da amostra e especialmente nos mais velhos poderá influenciar positivamente estes resultados.

#### 8.6. *Status* Profissional

No quadro seguinte apresenta-se a última das dimensões que compôs a escala de atitudes, o *Status* Profissional (Quadro VIII).

Nº	ITENS da dimensão S. Profissional	Nível de significância do coeficiente de correlação com o GGS
15	As relações que estabeleço com os pacientes/clientes nem sempre são recompensadoras	NS
17	A Higiene Oral não é reconhecida como sendo uma profissão importante	p<0,01
38	O que eu faço no meu trabalho não é realmente muito significativo	NS
53	O meu trabalho não requer particularmente muita técnica ou sabedoria	NS
22	A maioria das pessoas reconhece a importância dos cuidados de HO aos pacientes	p<0,05
24	Pessoalmente não tenho quaisquer dúvidas de que o que faço no meu trabalho é realmente importante	NS
42	Sinto que sou reconhecido(a) por fazer um bom trabalho	p<0,01
46	Quando falo com outras pessoas sobre o que faço no meu trabalho sinto orgulho	p<0,01
51	Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, voltaria a tirar o curso de HO	p<0,01

Quadro VIII – Descrição dos itens do *Status* Profissional e sua correlação com o Grau Geral de Satisfação

(as perguntas a cinzento são de natureza negativa e as respostas foram posteriormente convertidas na análise dos dados; GGS- grau geral de satisfação; NS- Não Significativo)

Em relação ao Status Profissional a satisfação apresenta-se de média a alta (2,31-3,85) mas a distribuição das respostas a cada item apresenta algumas variações (Gráfico XIII).

Em relação ao reconhecimento da profissão pelos outros, representada pelos itens 17, 22, 42 revelam resultados contraditórios. Apesar das perguntas 17 e 42 apresentarem graus de satisfação positivos para a maioria dos profissionais e correlacionarem-se positivamente com a satisfação geral a pergunta 22 revela um grau baixo de satisfação (55,3%).

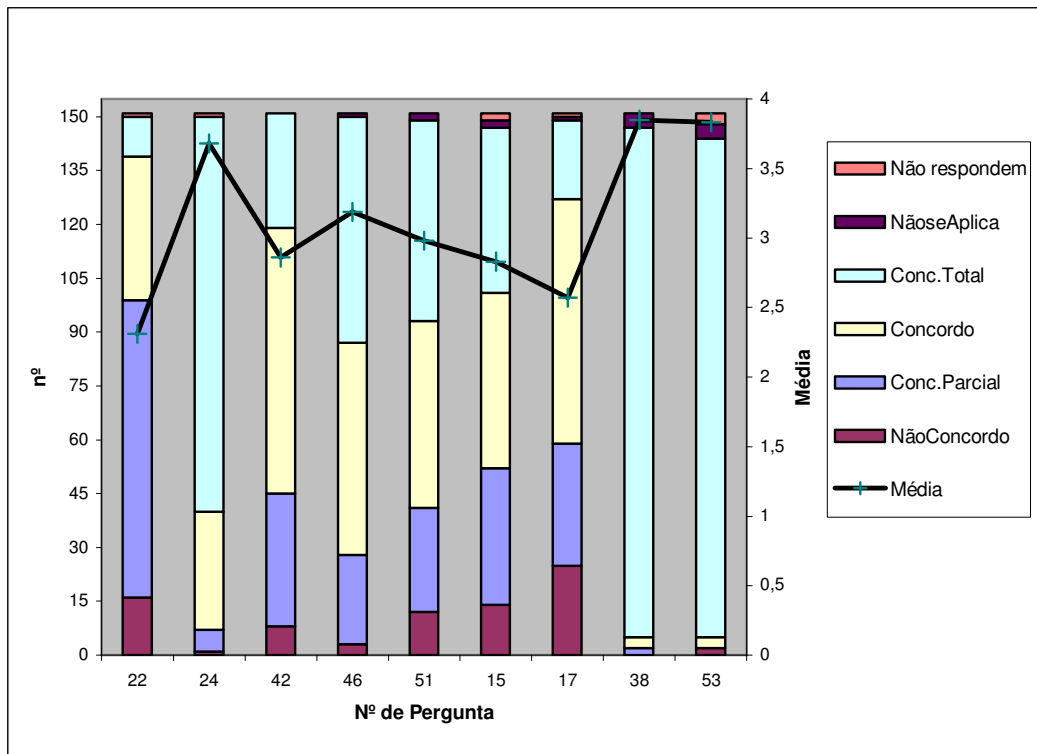


Gráfico XIII – Frequências relativas e média das respostas a cada item do *Status Profissional*

Em relação ao encontrado na literatura Hillam (2000) refere alguma insatisfação na relação com os pacientes, especialmente os que não colaboram com o tratamento sugerido e por serem reconhecidos como

“máquinas de limpeza”. Praticamente todos os 529 HO inquiridos por Yee *et al.* (2005) revelavam uma elevada satisfação com a qualidade de interacção com os pacientes.

As perguntas 15, 24, 38, 46, 51 e 53 reflectem o reconhecimento da profissão e trabalho pelo próprio. É visível no gráfico (Gráfico XIII) que os níveis de satisfação são bons a elevados. No entanto, destacam-se os itens 24, 38 e 53, com uma taxa de satisfação elevada: 110 (73,3%), 142 (94%) e 139 (93,9%) do grupo de HO inquiridos, respectivamente. Apenas a 46 e 51 se relacionaram com a satisfação global positivamente (Quadro VIII). Já Van Wick (1998) descreve um bom nível da satisfação com a profissão entre os HO da África do Sul.

## 9. Síntese do capítulo

Da população total de 298 HO foi possível obter 231 endereços (77,5%) e enviar o mesmo nº de questionários. A taxa de resposta foi de 72,7%, o que está de acordo com a literatura encontrada sobre a taxa de resposta a inquiridos deste tipo. No total foi possível trabalhar os dados duma amostra de 55,7% da população.

Em relação às variáveis demográficas a amostra continha 80,7% do género feminino, que é sensivelmente semelhante à da população (79,9% do género feminino). Em relação ao perfil mundial do género masculino (3%), em Portugal o número obtido foi superior.

Do total da amostra 44% tinha responsabilidades parentais, 46,4% tinha idades compreendidas entre os 20-30 anos, 40,4% tinham entre 31-40 anos e 13,3% tinha mais de 40 anos. A idade estava directamente relacionada com o ano de graduação.

Em relação ao ano de conclusão do curso, entre 1986-93 identificavam-se 25,3% dos inquiridos, 1994-2003, 54,2% e 2004-06, 20,5%, proporções muito semelhantes aos da população total. As actividades estavam relacionadas com o ano de curso, estando os dos cursos mais antigos ligados à formação e os dos cursos mais recentes a trabalhar mais em clínica.

Em relação ao exercício da profissão só 15 dos respondentes referiram não exercê-la, 3 dos quais nunca chegaram a fazê-lo, 5 formaram-se em Medicina Dentária, 3 estavam desempregados e 7 exerciam outras actividades não relacionadas directamente com a área da saúde.

Só os inquiridos que referiram exercer a profissão tiveram que responder às demais perguntas do questionário (n=151). Assim, em relação aos locais de trabalho e actividades exercidas, verificou-se que 63,1% dos HO desempenhavam funções em mais do que um local de trabalho, e que 83,2% trabalhava pelo menos numa clínica privada, podendo acumular outros locais. Em relação às actividades praticadas, 55% exerce mais do que uma actividade, 90,7% dos casos desempenhando alguma actividade clínica, 49,7% desempenha algum trabalho comunitário e 21,2% dá formação. Estes resultados estão de acordo com o panorama internacional enquanto prática clínica, no entanto, os números de HO a exercer trabalho comunitário são mais relevantes. O horário a *full-time*, superior a 33h é referido por 76% dos HO, semelhante à maioria dos outros países.

Quanto à qualidade da formação recebida e adequabilidade para exercer a profissões destacaram-se positivamente as componentes técnicas do curso, clínica e comunitária. As áreas comercial e de auto-aprendizagem assim como a formação básica apresentaram os piores resultados, ainda que positivos. No novo enquadramento do curso, no ensino superior

pensa-se que a reestruturação do curso irá melhorar os aspectos mais carenciados.

Em relação ao grau de satisfação geral com o trabalho 94% dos 151 HO considerou-se satisfeito a muito satisfeito com o trabalho, com resultados superiores aos da literatura dos outros países. Os HO com idade superior a 40 anos, com filhos e provenientes dos cursos 86-93 relacionaram-se positivamente com a satisfação global, valores muito semelhantes à realidade conhecida no Reino Unido. Existia um maior grau de satisfação nos HO que referiam uma maior qualidade de formação nas áreas de clínica e comunidade e uma melhor adequabilidade para exercer na área de clínica, comunitária e comercial.

Em relação à escala de atitudes apenas alguns dos itens que pretendiam medir as dimensões que compunham o constructo satisfação profissional se relacionaram significativamente com a pergunta da satisfação geral do trabalho.

Da dimensão Autonomia pode-se identificar que a média dos itens reflectia um grau de satisfação positivo mas apenas 4 dos 8 itens relacionavam-se com a satisfação geral. Os HO parecem poder agir com independência, e estão satisfeitos com a supervisão que recebem. Estes pontos são focados na literatura como aspectos positivos relevantes para o HO.

Da dimensão Interação os inquiridos demonstraram satisfação, apesar de existirem resultados contraditórios em relação ao reconhecimento do trabalho dos HO pelos outros profissionais de trabalho. Apenas 3 dos 6 itens se relacionaram com a satisfação geral. Uma explicação possível poderá ter a ver com a interpretação pela parte dos respondentes sobre quais os profissionais de trabalho que estão em causa nesta pergunta.

Em relação ao trabalho de equipa entre HO e pares de trabalho os resultados são satisfatórios e relacionam-se com o grau de satisfação.

Em relação às Políticas Organizacionais a satisfação estava presente mas apenas 3 dos 6 itens estavam relacionados com a satisfação global. O HO tinha controlo sobre a sua agenda de tempo e a organização não interferia com o desempenho. As oportunidades de progressão e desenvolvimento demonstram resultados contraditórios, mas o único item que se relacionava com o grau de satisfação indicava que os HO estavam satisfeitos com este factor. A proximidade da direcção com o HO ou serviço é variável mas satisfatória. Estes pontos são referidos na literatura como factores importantes para a retenção no trabalho dos HO.

Em relação à Remuneração é sempre referida para todos os itens como pouco satisfatória e 4 dos 5 itens estavam relacionados com a satisfação geral do trabalho.

Em relação aos Requisitos do Trabalho 5 dos 10 itens relacionavam-se com a satisfação geral e os resultados revelaram uma alta a média satisfação para a oportunidade de prestar cuidados aos pacientes, providenciar um trabalho de boa qualidade com tempo adequado e sem pressões, com actividades diversificadas e sem problemas físicos associados. As diferenças encontradas na literatura a respeito dos problemas físicos, pressão do tempo e pouca diversificação das actividades, associadas à insatisfação, poderão estar relacionadas com o facto dos HO desta amostra realizarem mais do que uma actividade, especialmente os mais velhos.

Quanto ao *Status Profissional*, 5 dos 9 itens relacionaram-se positivamente com a satisfação. O reconhecimento da profissão pelos

outros e pelo próprio correspondeu a uma média de satisfação de moderada a elevada.

## **CONCLUSÕES**

A profissão de HO teve início no princípio do século XX nos EUA. Desde início, o seu principal objectivo foi a prevenção das doenças orais. Ao longo do século várias escolas foram abrindo não só na América como em outros países, primeiro na Europa do Norte e actualmente estendendo-se a múltiplos países dos vários continentes. Apesar do seu objectivo se manter inalterado a sua área de intervenção tem vindo a sofrer grandes alterações. As necessidades de saúde oral da população em geral e o acesso universal aos cuidados de saúde exigem que o perfil dos HO, inicialmente orientado para o trabalho especificamente clínico, se adequa a esta realidade para melhor corresponder às necessidades das sociedades actuais.

Em Portugal o curso de HO teve início em 1984, mas beneficiando da experiência adquirida nos outros países, o seu plano curricular foi, desde o princípio, orientado para a formação de técnicos preparados para responder às necessidades comunitárias e clínicas no campo da saúde oral. O curso de HO tem sofrido algumas alterações, nomeadamente legislativas, muito embora o seu plano curricular pouco tenha mudado ao longo destes 20 anos. No entanto, com a implementação do tratado de Bolonha e as reestruturações que daí decorrem, a transição do curso para uma licenciatura implicou grandes alterações no plano curricular no sentido de dotar os futuros profissionais com conhecimentos mais alargados nas áreas das ciências da saúde em oposição a uma formação mais técnica. Com esta transição, pensa-se permitir aos profissionais estarem melhores preparados para se adaptarem às exigências e constantes mudanças na área da saúde.

A comunicação em saúde é uma área intrinsecamente ligada à profissão. Como educadores e promotores da saúde oral os HO devem receber preparação nesta área de modo a que a sua mensagem possa passar para a população em geral, bem como num plano individual. Vários estudos demonstraram a eficácia de programas de intervenção em

saúde oral promovidos por HO mas em todos eles é reforçada a necessidade dos profissionais receberem formação adequada nesta área para os preparar melhor para lidar com grupos distintos da população, nomeadamente grupos de pessoas com necessidades especiais. Sem uma comunicação eficaz a mensagem principal de promoção da saúde oral não passará.

A satisfação profissional é uma área amplamente estudada na literatura. Desde o início do século XX que este constructo tem sido analisado pelas organizações para melhorar o seu desempenho. Vários modelos teóricos foram concebidos para estudar esta temática sem no entanto chegarem a um modelo padronizado. De facto, a satisfação profissional é um fenómeno tão multidimensional, com factores sociais, psicológicos, culturais etc., que o torna muito difícil de analisar. Em consequência, construir instrumentos de pesquisa para a avaliar é uma tarefa difícil, muitas vezes conduzindo a resultados pouco válidos e de baixa fiabilidade. Na literatura médica foram identificados pelo menos 11 componentes que pretendiam medir a satisfação profissional, agrupados de forma diferente e em instrumentos diferentes.

A satisfação profissional dos HO também foi analisada, especialmente nos últimos anos. O número crescente dos profissionais, as questões de *burn-out*, a rotatividade nos locais de trabalho e o abandono da profissão, entre outros, levaram os investigadores a procurarem analisar e detectar as razões para a satisfação e insatisfação. Dos estudos analisados detectou-se um grau de satisfação bom a elevado em vários países, tais como nos EUA, Reino Unido, África do Sul, Nova Zelândia e Suécia. Todavia, foram muitos os factores detectados como influenciando a satisfação; o tipo de actividades, a remuneração, a relação da equipa de trabalho, o *status* profissional, entre outros.

Existindo apenas um único estudo efectuado em Portugal, pretendeu-se com o presente estudo aprofundar os conhecimentos sobre a profissão e a satisfação dos seus profissionais. Os objectivos que se traçaram para o estudo foram a avaliação das características demográficas e profissionais de toda a população dos HO, avaliar a satisfação profissional dos mesmos e analisar os factores que contribuíam para a mesma, e por último, comparar a realidade portuguesa com a dos outros países.

Como a população consistia em 298 HO formados na FMDUL, desde 1986 até 2006, sendo este o único curso existente até 2006, ano em que começaram a graduar os primeiros HO formados fora desta instituição, pretendeu-se avaliar a totalidade dos profissionais. As informações seriam recolhidas através de um questionário a ser enviado por *email*.

O questionário foi elaborado a partir de outros questionários utilizados na área de enfermagem, HO e medicina dentária que já tinham sido testados para a validade e fiabilidade. Para identificar a consistência interna dos itens, o pré-teste foi aplicado a outros profissionais da área da saúde oral e após as devidas correcções foi elaborado o questionário final.

Foram enviados uma série de *emails* a HO para divulgar o tema e objectivos do estudo e um pedido de divulgação entre colegas para obter os endereços em falta. Depois de elaborar a lista de endereços foram enviados 231 questionários. Todos os 168 questionários recebidos foram impressos, dos quais 2 foram inviabilizados, para serem inseridos numa grelha de análise. Houve necessidade de se proceder a uma codificação das perguntas abertas e reclassificar outras. Após esta primeira análise os dados foram inseridos no programa estatístico para tratamento dos mesmos.

O tipo de análise das variáveis foi de carácter descritivo e correlacional visto que os objectivos do trabalho eram descrever as características dos profissionais e encontrar relações entre elas.

A análise descritiva das variáveis de caracterização pessoal demonstrou que as características da amostra eram semelhantes à população total quanto ao género e ano de graduação. 44% dos HO tinha responsabilidades parentais, 46,4% tinha entre 20-30 anos, 40,4% tinha entre 31-40 anos e 13,3% tinha mais de 40 anos. A idade estava relacionada com o ano de curso.

Em relação ao exercício da profissão apenas 15 dos 166 respondentes não exerciam a profissão por isso foram excluídos da restante análise de dados. Em relação aos locais de trabalho verificou-se que 63,1% desempenhava funções em mais do que um local de trabalho e que 83,2% exerciam funções em clínicas privadas, podendo estar associados a outros locais. Em relação às actividades praticadas, 55% exerciam mais do que uma área de actividade, desempenhando pelo menos actividades na área de clínica e de comunidade, 90,7% e 49,7% HO, respectivamente, e ainda 21,2% na área de formação.

As actividades de formação estavam mais ligadas aos HO dos cursos mais antigos e os HO recentemente graduados estavam mais relacionados com a prática clínica. O horário a *full-time* foi referido pela maioria dos HO. Com respeito à qualidade formação e da sua adequabilidade para ser exercida, os inquiridos consideraram a formação técnica do curso de melhor qualidade e as áreas de clínica e comunidade melhor adequadas para o exercício profissional. Com o ingresso do curso de HO no Ensino Superior prevê-se num futuro próximo que as áreas das disciplinas básicas sejam mais completas, ainda que, as repercussões na redução das áreas mais técnicas nos planos de estudos não possa ser por ora avaliada.

O grau geral da satisfação foi muito positivo, estando 94% dos HO satisfeitos a muito satisfeitos com o trabalho. A satisfação relacionava-se com os HO com idade superior a 40 anos, com filhos e dos cursos mais antigos com equivalência a bacharel.

Quanto à escala de atitudes verificou-se que ela se correlacionava com o grau de satisfação em geral mas muitos dos itens utilizados não se relacionaram. As dimensões que pretendiam medir a satisfação global revelaram a presença de itens que diminuían o grau de consistência interna e diminuían a sua fiabilidade para medir a dimensão. No entanto, foi feita a leitura das dimensões através dos itens que as compunham, dando maior relevância aos que se relacionavam significativamente com o grau de satisfação geral.

Da leitura efectuada aos itens relevantes pode-se identificar um grau de satisfação médio a alto para os factores de prestação de cuidados aos pacientes, supervisão adequada, diversidade de actividades, reconhecimento da profissão por outras pessoas e pelo próprio, realização um trabalho de boa qualidade, autoridade e responsabilidade e tempo para discutir o trabalho com os pares de trabalho. A satisfação baixava para média a média-baixa no controlo da agenda do tempo, apoio da organização, trabalho em equipa, independência e progressão na carreira e era pouco satisfatória no caso da remuneração.

Ressaltam-se desta leitura algumas divergências com a literatura consultada. Os respondentes estavam, de um modo geral satisfeitos com a diversidade de tarefas, não referiam problemas de pressão do tempo e não apresentavam queixas físicas resultantes do trabalho. Uma hipotética explicação poderia ser o facto de que a maioria dos HO portugueses, especialmente os mais velhos, apresentarem mais do que uma actividade profissional, realizada em diferentes locais de trabalho. Esta situação reduz a monotonia das tarefas e reduz a pressão do tempo

e problemas físicos mais relacionados com o trabalho clínico nas clínicas privadas.

Em comparação com o perfil dos HO, traçado por Johnson (2003) verifica-se que os HO portugueses apresentam um maior número de profissionais do sexo masculino (cerca de 20,1%) comparado com os 3% do perfil internacional. As actividades clínicas são de igual modo prevalentes mas dos estudos consultados as actividades comunitárias são em número superior em Portugal, e é neste sentido que tende a evoluir a profissão internacionalmente. O horário a *full-time* também é maioritário e está em sintonia com os outros países estudados.

Quanto ao grau geral de satisfação, os valores apresentados são superiores a todos os estudos encontrados. A escala dos itens deu oportunidade para se identificar os factores que mais contribuíram para esta satisfação e à excepção da remuneração, todos os itens que se correlacionavam estatisticamente com o grau geral de satisfação revelaram uma concordância média a boa.

As maiores limitações com este estudo, como já foram referidas, prenderam-se com os aspectos metodológicos. A dificuldade em obter os contactos dos HO, mesmo por colegas do mesmo curso, e que não tiveram acesso ao questionário, reduziu para cerca de metade a população dos HO. Estes dados poderiam ter influência nos níveis de satisfação obtidos.

Apesar de não ter sido objectivo deste trabalho a validação do questionário, a falta de consistência interna dos itens de cada dimensão não permitiu correlacionar cada dimensão com o grau geral de satisfação. Assim, apenas foram efectuadas correlações entre itens da escala eo grau geral de satisfação. Também foi apercebido que os que os itens de orientação negativa, quando convertidos, produziam

respostas mais satisfatórias do que os seus pares positivos. Todavia, não foi analisada estatisticamente esta situação. Outra dificuldade, referida à *posteriori* por colegas que preencheram o questionário e exerciam mais do que uma actividade em diferentes locais de trabalho, foi a dificuldade em se responder a questões, que podem ter respostas muito diferentes, quando se avalia cada contexto de trabalho. Neste caso, poder-se-ia ter pedido a cada HO para responder à escala, só considerando, por exemplo, a actividade principal (local de trabalho onde exerce o maior número de horas semanais).

No futuro seria importante continuar com o estudo da profissão já que actualmente estão a decorrer grandes modificações na nossa sociedade que poderão vir a influenciar a sua situação. Nomeadamente, refere-se a transição do curso para uma licenciatura, com alterações profundas no plano curricular, a mobilidade de HO no espaço europeu tanto para fora como para dentro de Portugal e o acréscimo do número de médicos dentistas, que limita as oportunidades de emprego no mercado de trabalho.

A reflexão sobre as adversidades decorrentes duma sociedade em constante alteração, especialmente na área da saúde, e o posicionamento da profissão dos HO perante esta situação deverá ser um factor determinante na constante procura de um maior grau de satisfação dos profissionais pelo papel imprescindível que os HO desempenham na promoção da saúde oral das populações.

**BIBLIOGRAFIA**

- Abbott, A., Barrow, S-Y., Lopresti, F. e Hittelman, E. (2005). International employment in clinical practice: influencing factors for the dental hygienist. *International Journal of Dental Hygiene*, 3:37-44. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Albuquerque, T.M.B.R.E.G.S. (2006). Da intenção de abandono à intenção de permanência num curso de ensino superior que não o de 1º opção. Dissertação de mestrado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Almomani F., Brown C. e Williams, K.B. (2006). The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29:274-281. Boston: Boston University.
- Amaral, M.H., Seia, M.J. e Ramalho, S. (2004). A motivação dos Higienistas Orais que desempenham funções a nível comunitário. Trabalho de conclusão de curso de licenciatura em Higiene Oral do Instituto Superior de Saúde do Alto Ave.
- Associação Portuguesa de Higienistas Orais (APHO). Consultado a 5 de Dezembro de 2007 em: <http://www.apho.pt/historia.htm>
- Ayers, K. Meldrum, A.M., Thomson, W.M. e Newton, J.T.(2006). The working practices and job satisfaction of dental hygienists in New Zealand. *Journal of Public Health Dentistry*, 66:186-191. Delmar; N. Y.:American Association of Public Health Dentists
- Bare, L. C. & Dundes, L. (2004). Strategies for combating dental anxiety. *Journal of Dental Education*, 68:1172-1177. Washington: American Association of Dental Schools.
- Biggs, Q. M., Kelly, K. S. e Toney, J. D. (2003). The effects of deep diaphragmatic breathing and focused attention on dental anxiety in a private practice setting. *Journal of Dental Hygiene*, 77:105-113. Chicago, IL: American Dental Hygienists Association

- Body, K. L. (1988). Dental hygiene job and career satisfaction – a review of the literature. *Dental Hygiene*, 62:170-175. Chicago, IL: American Dental Hygienists Association.
- Boyer, E.A. (1990). Job satisfaction among dental hygienists. *Journal of Dental Hygiene*, 64:235-238. Chicago, IL: American Dental Hygienists Association.
- Boyer, E.A. (1994). Factors related to career retention among dental hygienists. *Journal of Dental Hygiene*, 68:68-74. Chicago, IL: American Dental Hygienists Association.
- Bryman, A. & Cramer D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta, Lda.
- Calley, K.H., Bowen, D.M., Darby, M.L. e Miller, D.L. (1996). Factors influencing dental hygiene retention in private practice. *Journal of Dental Hygiene*, 70:151-160. Chicago, IL: American Dental Hygienists Association.
- Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da Investigação-Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, S. (2004). A formação superior em gestão hoteleira em Portugal: adequação ao mercado de trabalho na perspectiva dos diplomados. Trabalho de licenciatura da Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril.
- Chapko, M.K., Bergner, M., Green, K., Milgrom, P. e Skalabrin, N. (1986). Development of a measure of job satisfaction for dentists and dental auxiliaries. *Community Dental Oral Epidemiology*, 14:76-79. Copenhagen: Munksgaard International Publishers.
- Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78:98-104.

- Crawford, L. Gutierrez, G. e Harber, P. (2005). Work environment and occupational health of dental hygienists: a qualitative assessment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47:623-632. Los Angeles: University of California at Los Angeles
- Davis, H. & Fallowfield F. (1991). *Counselling and Communication in Health Care*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd.
- Debate R.D., Plichta, S., Tedesco, L.A. e Kerschbaum W.E. (2006). Integration of oral health care and mental health services: dental hygienists' readiness and capacity for secondary prevention of eating disorders. *Journal of Behavioural Health Services & Research*, 33:113-125. New York: Springer New York.
- Debate, R.D., Tedesco, L.A. e Kerschbaum, W.E. (2005). Knowledge of Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Dentists and Dental Hygienists. *Journal of Dental Education*, 69:346:354.
- Eaton, K.A., Newman, H.N. e Widstrom, E. (2003). A survey of dental hygienists numbers in canada, the European Economic Area, Japan and the United States of America in 1988. *British Dental Journal*, 195:595-598. London: London British Dental Journal.
- Ellenbecker, C.H. (2001). Home Health care Nurses' Job Satisfaction. *Home Health care Management Practice*, 13:462-467. Versão on-line em: <http://hhc.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/6/462>
- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL). Regras de Transição. Consultado a 5 de Dezembro de 2007 em: [http://www.fmd.ul.pt/pdfs/secretaria/bolonha/transicao\\_ho.pdf](http://www.fmd.ul.pt/pdfs/secretaria/bolonha/transicao_ho.pdf)
- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL). Plano de Estudos. Consultado a 5 de Dezembro de 2007 em: <http://www.fmd.ul.pt/pdfs/secretaria/bolonha/horal%20plano%20de%20estudos.pdf>

- Gibbons, D.E., Corrigan, M. e Newton, J.T. (2001). A national survey of dental hygienists: working patterns and job satisfaction. *British Dental Journal*, 190 (4): 207-210. London: London British Dental Journal.
- Gordon, J.S. & Severson, H.H. (2001). Tobacco cessation through dental office setting. *Journal of Dental Education*, 65:354-363. Washington: American Association of Dental Schools.
- Gordon, N.A. & Rayner, C.A. (2004). A national survey of oral hygienists in South Africa. *SADJ: Journal of the South African Dental Association*, 59:186-188. Houghton: South African Dental Association.
- Gorter, R.C. (2005). Work stress and burnout among dental hygienists, *International Journal of Dental Hygiene*, 3:88-92. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Graça, L.(2000). Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Parte I, II, III e IV. Consultado a 21 de Setembro de 2006 de Textos sobre Saúde e Trabalho da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa em:  
[http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos\\_papers.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos_papers.html)
- Haaland, A. (1999). Mapping the literature of dental hygiene. *Bulletin of the Medical Library Association*, 87:283-286. Chicago. Medical Library Association.
- Hainsworth, J. M., Moss, H. e Fiarbrother, K. J. (2005). Relaxation and complementary therapies. An alternative approach to managing dental anxiety in clinical practice. *Dental Update*, 32(2):90-2, 94-96. Guildford: Update Publications.
- Hannah, A., Milichamp, J. e Ayers, K.M.S. (2004). A communication skills course for undergraduate dental students. *Journal of Dental Education*, 68(9): 970-977. Washington: American Association of Dental Schools.

- Hannertz, H. & Westerberg, I. (1996). Economic assessment of a six-year project with extensive use of dental hygienists in the dental care of children: a pilot study. *Community Dental Health*, 13:40-43. Lowestoft, Suffolk, UK: FDI World Dental Press.
- Healthy People 2010 (2000). Health Communication. Consultado a 21 de Fevereiro de 2007 de Healthy People, Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services em:  
<http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/volume1/11HealthCom.htm>
- Hill, M.M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Hillam, D.G. (2000). A survey of hygienists qualifying from the Liverpool School of Dental Hygiene 1977–1998. *British Dental Journal*, 188 (3): 150-153. London: London British Dental Journal.
- Hottel, T.L., & Hardigan, P.C. (2005). Improvement in the interpersonal communication skills of dental students. *Journal of Dental Education*, 69: 281-284. Washington: American Association of Dental Schools.
- International Federation of Dental Hygienists (IFDH). (2003). Code of Ethics. Consultado a 21 de Fevereiro de 2007 em:  
[http://www.ifdh.org/dt/ifdh\\_ethics\\_code.pdf](http://www.ifdh.org/dt/ifdh_ethics_code.pdf)
- International Federation of Dental Hygienists (IFDH). Consultado a 22 Outubro de 2006 e a 21 de Fevereiro de 2007 de:  
<http://www.ifdh.org/>.
- Johns, G.H., Gutmann, M.E., DeWald J.P. e Nunn, M.E. (2001). Career retention in the dental hygiene workforce in Texas. *Journal of Dental Hygiene* 75:135-148. Chicago, IL: American Dental Hygienists Association.
- Johnson, P.M. (2003). International profiles of dental hygiene 1987 to 2001: a 19-nation comparative study. *International Dental Journal*, 51:299-313. Oxford (Eng.): Blackwell Pub

- Kirshner, M. (2003). The role of information technology and informatics research in the dentist-patient relationship. *Advances in Dental Research*, 17:77-81. Washington, DC: International Association for Dental Research.
- Kvale, G., Milgrom, P., Getz, T., Weinstein, P. e Johnsen, T.B. (2004). Beliefs about professional ethics, dentist-patient communication, control and trust among fearful dental patients: the factor structure of the revised dental beliefs survey. *Acta Odontologica Scandinavica*, 62:21-29. Oslo: Taylor & Francis.
- Lino, M.M. (1999). Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI. Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Luciak-Donsberger, C. (2003). Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *International Journal of Dental Hygiene*, 1:29-42. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Luís, H.S., Ribeiro, S. e Albuquerque, T. (2003). The Dental Hygiene Program in Portugal. *International Journal of Dental Hygiene*, 1:223-226. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Lundegren, N., Axtelius, B., Häkansson, J. e Äkerman, S. (2004). Dental treatment among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need. *Acta Odontologica Scandinavica*, 62:91-96. Oslo: Taylor & Francis.
- Martinez, M.C. & Paraguay, A.I.B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6:59-78. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Monajem, S. (2006). Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. *International Journal of Dental Hygiene*, 4: 47-51. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Morais, E. R. B. (2003). O medo do paciente ao tratamento odontológico. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RGS*, 44:39-42.

- Moreira, J. M. (2004). Questionários: teoria e prática. Coimbra: Livraria Almedina.
- Naidu, R. Newton, T. e Ayers, K. (2006). A comparison of career satisfaction amongst dental healthcare professionals across three health care systems: Comparison of data from the United Kingdom, New Zealand and Trinidad & Tobago. *BMC Health Services Research*, 6:32. London: BioMed Central.
- Nathe, C. (2003). Dental hygiene's interdisciplinary relationship with dental public health: a position paper. *International Journal of Dental Hygiene* 1:98-100. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Consultado a 5 de Novembro de 2007 em: [http://www.omd.pt/pt-pt/UploadImages/Menu/ESTATISTICAS\\_OMD\\_2006.pdf](http://www.omd.pt/pt-pt/UploadImages/Menu/ESTATISTICAS_OMD_2006.pdf)
- Pereira, A. (2006). *Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 6ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral disease and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:661-669. Geneva: World Health Organization.
- Petrén, V., Levin, G., Chohan, T., Preber, H., Candell, A. e Bergstrom, J. (2005). Swedish dental hygienists' preferences for workplace improvement and continuing professional development. *International Journal of Dental Hygiene*, 3:117-125. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Petrén, V., Petzäll, K., Preber, H. e Bergström, J. (2007). The relationship between working conditions and sick leave in Swedish dental hygienists. *International Journal of Dental Hygiene* 5:27-35. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.

- Pitta, Á.M.R. & Rivera, F.J.U. (2006). Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. *Interface* [online], 10 (20): 395-410. Consultado a 18 de Janeiro de 2007 em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200009&lng=pt&nrm=iso)
- Projecto Viver (s. /d.). Conciliação. Consultado em 15 de Dezembro de 2006 em: <http://www.viver.org/conciliacao.html>
- Ratzan, S.C. (1994). Health communication, challenges for the 21<sup>st</sup> century. Special issue. *The American Behavioral Scientist*, 38(2). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rayman, S. & Almas, K. (2007). Transcultural barriers and cultural competence in dental hygiene practice. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 8:1-10. Cincinnati, OH: Procter & Gamble Co.
- Schouten, B.C., Eijkmam, M.A: e Hoogstraten, J. (2003). Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. *Community Dental Health*, 20:11-15. Lowestoft, Suffolk, UK: FDI World Dental Press.
- Schouten, B.C., Hooogstraten, J. e Eijkman, M.A.J. (2003). Patient participation during dental consultations. The influence of patient's characteristics and dentists' behaviour. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31:368-377. Copenhagen Munksgaard International Publishers.
- Scoto, D.S. & Hirschman, R. (1982). Psychological aspects of dental anxiety in adults. *Journal of the American Dental Association*, 104:27-31. Chicago, Ill.: American Dental Association.
- Silva, J. V. A. (2006). A relação trabalho e família de mulheres empreendedoras. *Perspectivas Contemporâneas*, 1:1-18. Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas mantidas pela Faculdade Integrada de Campo Mourão (Brasil).

- Soares, T.M. (2005). Utilização da teoria da resposta ao item na produção de indicadores sócio-económicos. *Pesquisa Operacional* 25:83-112. Rio de Janeiro: Sograpo.
- Stamps, P.A. (1997). *Nurses and work satisfaction: an index for measurement*. 2ª Ed. Chicago: Health Administration Press.
- Teixeira, J.A.C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22:615-620. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- UCLA Academic Technology Services. (s.d.). Consultado a 10 de Dezembro de 2007 em:  
[Http://www.ats.ucla.edu/STAT/SPSS/faq/alpha.html](http://www.ats.ucla.edu/STAT/SPSS/faq/alpha.html)
- Van der Molden, H.T., Klaver, A.A.M. e Duyx, M.P.M.A. (2004). *British Dental Journal*, 196:107. London: London British Dental Journal.
- Van der Molen, H.T., Klaver, A.A.M. e Duyx, M.P.M.A. (2004). Effectiveness of a communication skills training programme for the management of dental anxiety. *British Dental Journal*, 196(2):101-107. London: London British Dental Journal.
- Van Saane, N., Sluiter, J.K., Verbeek, J.H.A.M. e Frings-Dresen, M.H.W. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. *Occupational Medicine*, 53:191-200. London: Oxford University Press.
- Van Wyk, C., Toogood, S., Scholtz, L. e Stander, I. (1998). South African oral hygienists: their profile and perception of their profession and career. *SADJ: Journal of the South African Dental Association*, 53:537-546. Houghton: South African Dental Association.
- Von Thiele, U., Lindfors, P e Lundberg, U. (2006). Evaluating different measures of sickness absence with respect to work characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34:247-253. Stockholm, Sweden: Taylor & Francis

- Willem, A., Buelensa, M. e Jonghe, I. (2006). Impact of organizational structure on nurses' job satisfaction: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* (article in press, disponível online a 18 Maio, 2006). Oxford (Eng.): Pergamon Press.
- Xavier, V.M.C. (2005). *Locus de controle, comprometimento organizacional e satisfação no trabalho: um estudo orrelacional*. Dissertação de mestrado da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal da Uberlândia.
- Yamalík, N. (2005a). Dentist-patient relationship and quality care 1. Introduction. *International Dental Journal*, 55:110-112. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Yamalík, N. (2005b). Dentist-patient relationship and quality care 2. Trust. *International Dental Journal*, 55:168-170. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Yamalík, N. (2005c). Dentist-patient relationship and quality care 3. Communication. *International Dental Journal*, 55:254-256. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Yamalík, N. (2005d). Dentist-patient relationship and quality care 4. Professional information and informed consent. *International Dental Journal*, 55:342-344. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Yamalík, N. (2005e). Dentist-patient relationship and quality care 5. Modification of behaviour. *International Dental Journal*, 55:395-397. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.
- Yee, T., Crawford, L. e Harber, P. (2005). Work environment of dental hygienists. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47:633-639. Los Angeles: University of California at Los Angeles
- Ylipää, V. Arnetz, B.B. e Preber, H. (1999). Factors that affect health and well-being in dental hygienists; a comparison of Swedish dental practices. *Journal of Dental Hygiene*, 73:191-9. Chicago, IL: American Dental Hygienists Association.

- Ylipää, V., Arnetz, B.B., Benko, S.S. e Rydén, H. (1997). Physical and psychosocial work environments among Swedish dental hygienists: risk indicators for musculoskeletal complaints. *Swedish Dental Journal*, 21:111-20. Jönköping (Sweden): Swedish Dental Federation.
- Ylipää, V., Szuster, F., Spencer, J., Preber, H., Benko, S.S. e Arnetz, B.B. (2002). Health, mental well-being, and musculoskeletal disorders: a comparison between Swedish and Australian dental hygienist. *Journal of Dental Hygiene*, 76:47-58. Chicago, IL: American Dental Hygienists Association.
- Yoshida, N., Endo, K. e Komaki, M. (2004). Dental hygiene education in Japan. Present status and future directions. *International Journal of Dental Hygiene* 2:179-184. Oxford (Eng.): Blackwell Pub.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário de satisfação profissional

**QUESTIONÁRIO sobre  
A SATISFAÇÃO DOS HIGIENISTAS ORAIS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO**

Este questionário destina-se a todos os Higienistas Oraís formados na FMDUL desde o 1º ao 20º curso. A finalidade do questionário é avaliar a satisfação profissional dos HO no exercício da profissão. A análise dos questionários será feita anonimamente e os dados pessoais serão mantidos confidenciais.

**Instruções de preenchimento e envio:**

- salve o questionário em anexo (*attach*) para o disco rígido
- abra o questionário já no disco e preencha-o
- salve as alterações. **NÃO IDENTIFIQUE O QUESTIONÁRIO.**
- abra a sua caixa de correio e crie uma nova mensagem para [inesopinto@fmd.ul.pt](mailto:inesopinto@fmd.ul.pt)
- anexe o questionário (*attach*)
- envie a mensagem

Assinale com um X a resposta correcta

<b>1</b>	Sexo	Feminino		Masculino	
----------	------	----------	--	-----------	--

<b>2</b>	Idade	20-30 Anos		31-40 Anos		> 40 Anos	
----------	-------	------------	--	------------	--	-----------	--

<b>3</b>	Tem filhos a viver consigo?	SIM		NÃO	
----------	-----------------------------	-----	--	-----	--

<b>4</b>	Em que ano completou o curso de Higiene Oral da FMDUL?	
----------	--	--

<b>5</b>	Ainda exerce a profissão de Higienista Oral?	SIM		<b>Passa directamente para a pergunta 9</b>
		NÃO		Responda apenas às perguntas de 6-8

<b>6</b>	Chegou a trabalhar como Higienista Oral?	SIM		<b>7</b>	Em que ano deixou de trabalhar como HO?	
		NÃO				

<b>8</b>	Qual a sua profissão actual?	
----------	------------------------------	--

Acaba aqui a resposta ao questionário para quem assinalou NÃO à pergunta 5.  
Por favor salve agora o questionário com as alterações e siga as instruções de envio.  
Obrigado pela sua colaboração.

9	Assinale qual/quais o (s) local/locais de trabalho onde exerce a profissão	ARS/Centro de Saúde	
		Instituições Públicas	
		Apenas uma Clínica Privada	
		Mais de uma Clínica Privada	
		Empresas	
		Escola/Faculdade	
		Outro local de trabalho	Qual?

10	Assinale qual/quais o(s) tipos de actividade que exerce	Clínica	
		Comunitária	
		Educação/Formação	
		Comercial/Marketing	
		Outra actividade	Qual?

11	Quantas horas por semana desempenha funções como Higienista Oral?	<8h	
		8-16h	
		17- 24h	
		25-32h	
		33-40h	
	>40h		

12	Como considera a <u>qualidade da formação</u> recebida durante o curso?		Muita boa qualidade	Boa qualidade	Qualidade Mediana	Qualidade Insatisfatória
		Na área de clínica				
		Na área de comunidade				
		Na área das ciências médicas e médico-dentárias				
		Na área das ciências sociais e humanas				

13	Considera que a formação que recebeu durante o curso foi adequada às exigências profissionais que lhe foram solicitadas?		Muito adequada	Adequada	Razoavelmente Adequada	Nada Adequada
		Para a prática clínica				
		Para a prática comunitária				
		Para a prática comercial/marketing				
		Para a prática pedagógica				
	Para a prática de auto-aprendizagem e investigação					

14	Como classifica o seu grau de satisfação em relação ao exercício profissional como Higienista oral?	Muito satisfeito	
		Satisfeito	
		Pouco Satisfeito	
		Insatisfeito	

Em seguida colocam-se algumas questões relativas à caracterização de todo o seu trabalho como Higienista oral que contribuem para a satisfação do exercício profissional. Por favor responda a cada item assinalando a resposta que se identifica mais com os seus sentimentos. A escala utilizada compõem-se de 4 graus que variam entre:

Conc. Total/=Concordo totalmente      Conc.=Concordo      Conc. Parcial/=Concordo parcialmente      Não  
 Conc.=Não concordo.

Se algum dos itens não se apropriar ao seu contexto de trabalho actual responda na coluna **Não se Aplica**

	<b>ITEMS</b>	Conc. Total/	Conc.	Conc. Parcial/	Não Conc.	Não se Aplica
15	As relações que estabeleço com os pacientes/clientes nem sempre são recompensadoras					
16	A minha remuneração (salário e benefícios) actual é satisfatória					
17	A Higiene Oral não é reconhecida como sendo uma profissão importante					
18	Tenho oportunidade de ser útil aos pacientes/clientes					
19	Neste trabalho existe muito "trabalho de secretária"/administrativo					
20	Tenho controlo suficiente sobre a minha agenda de tempo					
21	Sinto que sou supervisionado(a) mais rigorosamente do que o necessário					
22	A maioria das pessoas reconhece a importância dos cuidados de HO aos pacientes					
23	Tenho tempo e oportunidade para me manter a par da minha área científica/de trabalho					
24	Pessoalmente não tenho quaisquer dúvidas de que o que faço no meu trabalho é realmente importante					
25	Existe uma grande distância entre a direcção/"chefias" e os problemas diários do departamento/clínica/serviço onde trabalho					
26	Sinto que tenho participação suficiente no planeamento das minhas actividades e/ou no tratamento dos meus pacientes					
27	Considerando o que se espera dum HO neste trabalho, a remuneração (salário e benefícios) que recebo é razoável					
28	Tenho um trabalho pouco diversificado					
29	No meu trabalho existe muito trabalho em equipa e cooperação entre os HO					
30	Tenho muita responsabilidade e pouca autoridade					
31	No meu trabalho não existem oportunidades suficientes para o desenvolvimento/progressão dos HO					

	<b>ITEMS</b>	Conc. Total/	Conc.	Conc. Parcial/	Não Conc.	Não se Aplica
32	No meu trabalho há muito trabalho em equipa entre os HO e os outros profissionais de saúde					
33	No meu trabalho os meus superiores tomam todas as decisões. Tenho pouco controlo directo sobre o meu próprio trabalho					
34	Neste trabalho a taxa de aumento de remuneração (salário e benefícios) não é satisfatória					
35	Estou satisfeito com o tipo de actividades que faço no meu trabalho					
36	Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir os problemas de trabalho/ tratamento dos doentes com os outros colegas					
37	O meu trabalho permite-me e/ou requer muita independência					
38	O que eu faço no meu trabalho não é realmente muito significativo					
39	Existe uma grande consciência de hierarquia no meu trabalho					
40	Tenho tempo suficiente para o tratamento dos pacientes/clientes					
41	Algumas vezes sinto-me frustrado(a) porque todas as minhas actividades parecem ser pré-programadas para mim					
42	Sinto que sou reconhecido(a) por fazer um bom trabalho					
43	No meu trabalho algumas vezes tenho que fazer coisas que vão contra o meu melhor julgamento/"bom-senso" profissional					
44	Do que eu oiço falar dos outros HO, a trabalhar noutros locais, sou razoavelmente bem remunerado(a)					
45	No meu trabalho as decisões directivas interferem demasiado com as actividades e/ou tratamento dos pacientes					
46	Quando falo com outras pessoas sobre o que faço no meu trabalho sinto orgulho					
47	Gostaria que os outros profissionais demonstrassem mais respeito sobre o trabalho e os conhecimentos dos HO					
48	Tenho oportunidade de providenciar um trabalho de boa qualidade					
49	Poderia prestar melhores cuidados aos pacientes se tivesse mais tempo com cada um deles					
50	Os outros profissionais normalmente apreciam e compreendem o que os HO fazem					
51	Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, voltaria a tirar o curso de HO					
52	Os outros profissionais menosprezam o trabalho dos HO					

	<b>ITEMS</b>	Conc. Total/	Conc.	Conc. Parcial/	Não Conc.	Não se Aplica
<b>53</b>	O meu trabalho não requer particularmente muita técnica ou sabedoria					
<b>54</b>	Os directores/"chefias" normalmente consultam os HO nos procedimentos e problemas diários					
<b>55</b>	No meu trabalho tenho liberdade suficiente para tomar decisões importantes como acho apropriado e posso contar com os meus superiores para me apoiarem					
<b>56</b>	Sinto necessidade de uma actualização da minha remuneração					
<b>57</b>	Muitas vezes realizo o meu trabalho sob pressão					
<b>58</b>	Sinto alguns problemas físicos resultantes do trabalho, ex: cansaço dos olhos, dores nas costas, dores de cabeça					

Por favor salve agora o questionário com as alterações e siga as instruções de envio.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II – Primeiro *email* de divulgação

**Subject:** A todos os Higienistas Orais  
**From:** inesopinto@fmd.ul.pt  
**Date:** Fri, March 16, 2007 1:03 am  
**To:** inesopinto@fmd.ul.pt  
**Bcc:** inesopinto@sapo.pt ([more](#))  
**Priority:** High  
**Options:** [View Full Header](#) | [View Printable Version](#)

Caros (as) Colegas

Vou fazer a minha tese de mestrado sobre a satisfação no trabalho de todos os Higienistas Orais que já se formaram na FMDUL até 2006, o que perfaz 298 pessoas.

Para isso estou a elaborar um questionário que pretendo mandar a todos por via email. Gostava muito que todos participassem, mesmo aqueles que já não exercem a profissão, e que por isso só terão que preencher uma pequena parte do questionário.

Para já preciso de recolher os endereços electrónicos ou as moradas de todos vocês. É claro que não vou divulgar nem partilhar estes contactos com ninguém assim como vou providenciar posteriormente para que as respostas dos questionários me sejam reencaminhadas de forma anónima. Infelizmente só tenho muito poucos contactos porque hoje em dia, como já referi, não se pode partilhar os dados pessoais sem a autorização do próprio. Se puderem-me ajudar, passem esta mensagem aos outros colegas. O email onde vou recolher a lista de contactos é [inesopinto@fmd.ul.pt](mailto:inesopinto@fmd.ul.pt).

Aguardo os vossos dados.

Obgd Inês

ANEXO III – Segundo *email* com instruções de preenchimento

**Date:** Tue, May 8, 2007 12:31 pm  
**To:** inesopinto@fmd.ul.pt  
**Priority:** High  
**Options:** [View Full Header](#) | [View Printable Version](#)

Caros Colegas

Finalmente vos envio o questionário. Tal como disse anteriormente o objectivo do questionário é avaliar a satisfação dos HO no exercício da profissão. Para isso são-vos pedidas informações de carácter demográfico, profissional e de satisfação do trabalho.

Por favor sigam as instucções descritas nos questionários e **NÃO OS IDENTIFIQUEM**. Saberei de quem são os questionários à chegada ao meu email, pelos vossos endereços, porque preciso de dar baixa de cada um recebido, mas após a impressão deixarão de ter identificação para poder trabalhá-los anonimamente.

Mais uma vez agradeço a vossa colaboração porque também foram incansáveis em me ajudar nesta busca de emails. Qualquer problema na recepção e reenvio mandem-me um email ou telefonem para o 918721132.

Obgd Inês

PS- Se puderem devolver até final de Maio seria excelente.

**Attachments:**

[Pós-teste.doc](#)

223 k

[ application/msword ]

ANEXO IV – Questionário de satisfação profissional com identificação  
das classes por pergunta

**Questionário de Satisfação**  
**Classificação das perguntas para tratamento de dados**

1	Sexo	Feminino	1	Masculino	2
---	------	----------	---	-----------	---

2	Idade	20-30 Anos	1	31-40 Anos	2	> 40 Anos	3
---	-------	------------	---	------------	---	-----------	---

3	Tem filhos a viver consigo?	SIM	1	NÃO	2
---	-----------------------------	-----	---	-----	---

4	Em que ano completou o curso de Higiene Oral da FMDUL?	1= 1986-1993	2=1994-2003	3=2004-2006
---	--	--------------	-------------	-------------

5	Ainda exerce a profissão de Higienista Oral?	SIM	1	<b>Passa directamente para a pergunta 9</b>
		NÃO	2	

6	Chegou a trabalhar como Higienista Oral?	SIM	1	7	Em que ano deixou de trabalhar como HO? ano
		NÃO	2		

8	Qual a sua profissão actual?	1= médico-dentista	2= outros	3=desempregado
---	------------------------------	--------------------	-----------	----------------

9	Assinale qual/quais o (s) local/locais de trabalho onde exerce a profissão	ARS/Centro de Saúde	1
		ARS/C.S. + Clínica(s)	2
		Apenas uma Clínica Privada	3
		Mais de uma Clínica Privada	4
		Clínica(s) + Outra actividade	5
		6= Clínica + Formação	6

10	Assinale qual/quais o(s) tipos de actividade que exerce	Clínica	1
		Comunitária	2
		Clínica+Comunidade	3
		Clínica + Formação	4
		Clínica+Comunidade +Formação	5
		Outras	6

11	Quantas horas por semana desempenha funções como Higienista Oral?	Até 16h	1
		17- 24h	2
		25-32h	3
		33-40h	4
		>40h	5

12	Como considera a <u>qualidade da formação</u> recebida durante o curso?		Muita boa qualidade	Boa qualidade	Qualidade Mediana	Qualidade Insatisfatória
		Na área de clínica	4	3	2	1
		Na área de comunidade	4	3	2	1
		Na área das ciências médicas e médico-dentárias	4	3	2	1
		Na área das ciências sociais e humanas	4	3	2	1

13	Considera que a formação que recebeu durante o curso foi adequada às exigências profissionais que lhe foram solicitadas?		Muito adequada	Adequada	Razoavelmente Adequada	Nada Adequada
		Para a prática clínica	4	3	2	1
		Para a prática comunitária	4	3	2	1
		Para a prática comercial/marketing	4	3	2	1
		Para a prática pedagógica	4	3	2	1
		Para a prática de auto-aprendizagem e investigação	4	3	2	1

14	Como classifica o seu grau de satisfação em relação ao exercício profissional como Higienista oral?	Muito satisfeito	4
		Satisfeito	3
		Pouco Satisfeito	2
		Insatisfeito	1

ITEMS	Conc. Total/	Conc.	Conc. Parcial/	Não Conc.	Não se Aplica
	4	3	2	1	0