



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

A Qualidade dos Serviços de Saúde Análise Comparativa de Diferentes Perceções

Dora Vanessa Gomes Abrantes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Helena Alves

Covilhã, Junho de 2012



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

A Qualidade dos Serviços de Saúde

Análise Comparativa de Diferentes Perceções

Dora Vanessa Gomes Abrantes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Helena Alves

Covilhã, Junho de 2012

Dedicatória

Aos meus pais

Ao Tiago

À Íris e ao Santiago

À Carla e ao Sérgio

Ao Paulo e à Tânia

Agradecimentos

Este estudo de investigação representa uma fase de trabalho continuado e aplicado associado a um crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional tornado possível pela dedicação diária e apoio geral das pessoas que me são mais próximas e queridas.

Agradeço à minha família em geral, em especial aos meus pais e ao Tiago, pelo apoio incessante e pela paciência demonstrada em todo o percurso e pela compreensão do menor tempo que passei com eles.

À professora Helena Alves, orientadora desta dissertação de mestrado, pelo acompanhamento e orientação constante e todo o apoio proporcionado ao longo das reflexões e mudanças necessárias para um melhor alcance dos objetivos traçados. Agradeço também a disponibilidade sempre demonstrada para os momentos de debate que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e académico.

Aos utentes e profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Hospital Sousa Martins, em especial ao serviço de Pneumologia, pela disponibilidade para participar neste estudo de investigação.

Resumo

A qualidade de um serviço é fundamental e inerente ao seu sucesso e competitividade, nomeadamente um serviço de saúde, onde estão em causa valores tão nobres.

A qualidade dos serviços de saúde proporciona a satisfação dos utentes e dos próprios profissionais, pois qualidade e satisfação são dois termos que se cruzam. Por sua vez, a qualidade percebida pelos utentes aumenta a competência de um serviço de saúde.

A satisfação do cliente é um meio para atingir a competitividade de um serviço, conduzindo à lealdade do cliente e a um processo de marketing bastante positivo para o serviço.

Os clientes são uma fonte de informação acerca da qualidade de um serviço, muitas vezes dada pela sua satisfação, assim, é essencial ouvir quem consome o serviço e utilizar os dados recolhidos em prol do sucesso da organização em questão.

Este estudo de investigação tem como propósito primordial compreender se existem diferentes perceções acerca da qualidade de um serviço de saúde, entre quem recebe e presta os serviços, e perceber se este aspeto contribui para a existência de falhas no sistema da qualidade de um serviço.

Com a investigação conclui-se que existem diferentes perceções entre os utentes e profissionais com cargos de gestão, ao passo que, as perceções entre os utentes e os profissionais em prestação direta de cuidado se revelaram semelhantes.

É notória a necessidade do aumento do conhecimento das expectativas, opinião e satisfação dos utentes, chegar até eles.

A existência de diferentes perceções acerca da qualidade e o baixo conhecimento do *feedback* dos utentes com a receção do serviço revelam-se pressupostos para a existência de *gaps* no sistema de qualidade.

Palavras-chave

Satisfação, expectativa, qualidade, serviço, qualidade do serviço de saúde, perceção do utente, perceção do profissional de saúde, *gaps* da qualidade;

Abstract

The quality of service is a fundamental and inherent to its success and competitiveness, including a health service, where values are at stake so noble.

The quality of health services provides the satisfaction of users and the professionals themselves, for quality and satisfaction are two terms that intersect. In turn, the quality perceived by users increases the competence of a health service.

Customer satisfaction is a means to achieve competitiveness of a service as it relates to customer loyalty and marketing process with a very positive for the service.

Customers are a source of information about the quality of a service often provided by your satisfaction, so it is essential to listen to those who consume the service and use the data collected to support the success of the organization in question.

This research study has as its primary purpose is to understand there are different perceptions about the quality of a health service, among those who receive and provide services, and see if this aspect contributes to the existence of flaws in the system of quality of service.

With the investigation concludes that there are different perceptions between users and professionals with managerial positions, whereas the perceptions between users and professionals in providing direct care proved to be similar.

These findings emphasize the need to increase the knowledge of expectations, opinion and customer satisfaction, to reach them.

The existence of different perceptions about the quality and knowledge of the soft feedback from users of the receiving service reveal themselves to the existence of gaps in the quality system.

Keywords

Satisfaction, expectations, quality, service quality health service, the user perception, perception of health professionals, quality gaps.

Índice

<i>DEDICATÓRIA</i>	<i>III</i>
<i>AGRADECIMENTOS</i>	<i>V</i>
<i>RESUMO</i>	<i>VII</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>IX</i>
<i>LISTA DE FIGURAS</i>	<i>XIV</i>
<i>LISTA DE QUADROS</i>	<i>XIV</i>
<i>LISTA DE TABELAS</i>	<i>XVI</i>
<i>LISTA DE ABREVIATURAS</i>	<i>XX</i>
1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA	1
1.1. Justificação e Pertinência do Tema	1
1.2. Propósito e Objetivos da Investigação	4
1.3. Organização da Dissertação	5
2. A QUALIDADE E OS SERVIÇOS.....	7
2.1. Conceitos Básicos	7
2.2. Modelos da Qualidade nos Serviços	12
2.2.1. O Modelo dos <i>Gaps</i> da Qualidade.....	12
2.2.2. O Modelo da Dimensão Técnica e Funcional - Gronroos.....	16
2.2.3. O Modelo de Gummesson: <i>4Q Model of Offering Quality</i>	19
2.3. A Medição da Qualidade: Escalas <i>SERVQUAL</i> e <i>SERVPERF</i>	20
3. A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	23
3.1. Diferentes Perceções da Qualidade nos Serviços de Saúde.....	26
3.2. Proposta de Modelo de Análise e Definição de Hipóteses	29
4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	32
4.1. Tipo de Estudo.....	32
4.2. População e Amostra	33
4.3. Local de Implementação do Estudo.....	34
4.4. Definição de Variáveis	34
4.5. Métodos e Técnicas de Recolha e Tratamento de Dados.....	35

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
5.1. Análise Descritiva	41
5.2. Análise Inferencial	54
5.3. Análise Qualitativa.....	63
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7.1. Conclusões Finais	71
7.2. Limitações do Estudo.....	71
7.3. Pistas para Futuras Investigações	72
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	78

Lista de Figuras

Figura 1 - Avaliação da qualidade segundo Berry <i>et al.</i> (1983).....	10
Figura 2 - Modelo da qualidade de um serviço de Parasuraman <i>et al.</i> (1985)	13
Figura 3 - As duas dimensões da qualidade de um serviço segundo Gronroos (2000).....	16
Figura 4 - Percepção total de qualidade segundo Gronroos (2000).....	18
Figura 5 - O modelo de Gummesson (1993): <i>4Q Model of Offering Quality</i>	20
Figura 6 - Modelo de análise	30
Figura 7 - Modelo da qualidade do serviço de saúde e <i>gaps</i> detetados	70

Lista de Quadros

Quadro 1 -Comparação do modelo dos <i>gaps</i> da qualidade desenvolvidos por Parasuraman <i>et al.</i> (1985) e Brown e Swartz (1989).....	14
Quadro 2 - Critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde avaliados na implementação dos questionários e entrevista.....	37
Quadro 3 - Grau de dispersão em função do coeficiente de variação	39
Quadro 4 - Interpretação dos valores de significância	39

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Frequência do recurso dos utentes aos serviços de saúde por género	42
Tabela 2 - Apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM por parte da amostra de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados	43
Tabela 3 - Estatísticas da apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM por parte dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados	44
Tabela 4 - Estatísticas da apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos utentes por género	44
Tabela 5 - Estatísticas da apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos utentes por frequência de recurso ao serviço de saúde	45
Tabela 6 - Estatísticas da apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos enfermeiros em prestação direta de cuidados por género	45
Tabela 7 - Classificação da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM por parte da amostra de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados	47
Tabela 8 - Estatísticas da opinião dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados acerca da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM	47
Tabela 9 - Estatísticas da classificação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos utentes por género	48
Tabela 10 - Estatísticas da classificação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos utentes por frequência de recurso ao serviço de saúde	48
Tabela 11 - Estatísticas da classificação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos enfermeiros em prestação direta de cuidados por género	48
Tabela 12 - Perceção da qualidade de um serviço de saúde por parte dos utentes	49
Tabela 13 - Análise estatística da perceção da qualidade de um serviço de saúde dos enfermeiros em prestação direta de cuidados por género	50
Tabela 14 - Análise estatística da perceção da qualidade de um serviço de saúde por parte dos enfermeiros em prestação direta de cuidados	51
Tabela 15 - Ponderação dos critérios físicos e funcionais, técnicos e relacionais na definição da qualidade de um serviço de saúde	53
Tabela 16 - Análise estatística da ponderação dos critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde por parte da amostra total	54

Tabela 17 - Análise estatística da ponderação dos critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde por amostra de utentes, enfermeiros em prestação direta de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão	54
Tabela 18 - Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para as amostras de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios definidores da qualidade	55
Tabela 19 - Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para as amostras de utentes e enfermeiros com cargos de gestão e os critérios definidores da qualidade	57
Tabela 20 - Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para as amostras de enfermeiros em prestação direta de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão e os critérios definidores da qualidade	58
Tabela 21 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre grupos de idade dos utentes e os critérios que definem a qualidade	60
Tabela 22 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre grupos de idade dos enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios que definem a qualidade	60
Tabela 23 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre estado civil dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios que definem a qualidade	61
Tabela 24 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre habilitações académicas dos utentes e os critérios que definem a qualidade	61
Tabela 25 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre habilitações académicas dos enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios que definem a qualidade	62
Tabela 26 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre profissão dos utentes e os critérios que definem a qualidade	62
Tabela 27 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre o tipo de vínculo profissional dos enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios que definem a qualidade	63
Anexo 6 - Tabela 1 - Distribuição do género nos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados	99
Anexo 6 - Tabela 2 - Distribuição dos grupos de idade dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados por género.....	100
Anexo 6 - Tabela 3 - Distribuição do estado civil por utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados	100
Anexo 6 - Tabela 4 - Distribuição das habilitações académicas por utentes	101
Anexo 6 - Tabela 5 - Distribuição das habilitações académicas por enfermeiros em prestação direta de cuidados	101
Anexo 6 - Tabela 6 - Distribuição da profissão dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados por género	102

Anexo 6 - Tabela 7 - Análise estatística em relação ao tempo de serviço dos enfermeiros em prestação direta de cuidados	103
---	-----

Lista de Abreviaturas

%	Frequências Percentuais
CDQ	Critérios Definidores da Qualidade
CFF	Critérios Físicos e Funcionais
CR	Critérios Relacionais
CT	Critérios Técnicos
CV	Coefficiente de Variação
DGS	Direção Geral da Saúde
Dp	Desvio Padrão
Ed.	Edição
EPE	Entidade Pública Empresarial
HSM	Hospital Sousa Martins
n	Frequências Absolutas
ns.	Não Significativo
p	Significância
q	Qualidade
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
t	Valor do Teste t de <i>Student</i>
U	Valor do Teste de U de <i>Mann-Whitney</i>
ULS	Unidade Local de Saúde
\bar{x}	Média
χ^2	Qui-Quadrado

1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

1.1. Justificação e Pertinência do Tema

A presente investigação intitula-se “A Qualidade dos Serviços de Saúde: análise comparativa de diferentes percepções” e aborda a problemática atual da qualidade de um serviço de saúde.

Lima *et al.* (2010) salientam que já desde a segunda Guerra Mundial que teve início a realização de estudos visando abordar e avaliar a qualidade de serviços na área da saúde.

Corroborando com a linha de pensamento de Henriques (2008), a escolha da qualidade prende-se com a necessidade da criação de valor e sustentabilidade das organizações de saúde, apresentando-se como uma área com grande potencial pelo seu poder estratégico no Sistema Nacional de Saúde.

A qualidade é um tema atual e Bosi e Uchimura (2007) referem que hoje em dia a avaliação das ações na saúde ocupa lugar de destaque nas ações de planeamento e gestão, havendo tendência para considerar as especificidades de cada contexto, nomeadamente as relações que se processam e produzem reflexos nas práticas de saúde, assim, emergem estratégias metodológicas variadas e multidimensionais.

Fernandes (2006), baseado na Direção Geral da Saúde (DGS), refere que existem cinco razões para a importância da qualidade em saúde: profissionais, através da melhoria do desempenho; éticas, pela confiança dos utentes nos profissionais; políticas, pela preocupação estratégica da qualidade; sociais, pelo aumento da exigência pelos utentes; e por último, económicas, pela necessidade de rentabilização de recursos mas dando resposta às necessidades da população.

A melhoria da qualidade na saúde tanto serve o cidadão, considerado individualmente, como serve o profissional de saúde (DGS, 2011). O cidadão, como protagonista dos serviços que integram o sistema de saúde e como cliente, como utilizador e como proprietário desses serviços; O profissional de saúde, como responsável pelo desenvolvimento de um trabalho com capacidade técnica, seguro, qualificado e preparado para a modificação que o seu papel tem sofrido e continuará a sofrer nas próximas décadas.

O Sistema de Saúde Português é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) - entidades públicas e privadas e todos os profissionais de saúde que com este estabeleçam acordos, contratos e convenções. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identifica uma desprovida cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, à carência

de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e ao restrito apoio às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica (DGS,2011).

Para Baker (2000) é necessário que os gestores compreendam as expectativas que um consumidor tem acerca de um serviço porque é o consumidor que julga a performance de uma organização. As relações entre a organização e o cliente/consumidor devem ser cada vez mais valorizadas pela administração, pois o consumidor constitui o ponto essencial do sucesso da mesma (Gummesson, 2002).

Segundo Gomes (2004), se as necessidades não são satisfeitas ou se as expectativas são frustradas, houve negligência da qualidade. Para o autor o reconhecimento de falhas da qualidade real é o começar da existência da preocupação com a qualidade.

Pires (1996:19) refere que “um cliente satisfeito com um produto implica que ele lhe reconheça uma boa qualidade. A satisfação de um cliente resulta da sua avaliação positiva dos atributos que considera importantes, objetiva ou subjetivamente, na qualidade do produto”. Segundo o mesmo autor, a entidade prestadora do serviço pode considerá-la de boa qualidade e este pode não satisfazer o público-alvo.

Rocha e Trevizan (2009) constataam que a satisfação dos utilizadores de um serviço de saúde deve ser usada como um instrumento de avaliação da qualidade do mesmo, deste modo, é necessária uma proximidade com o utente, valorizando-o.

Oliver foi um dos autores pioneiros na definição e abordagem da satisfação. Na perspetiva de Oliver (1980), a satisfação do cliente com o serviço experimentado está relacionada com a comparação entre as expectativas do serviço e as percepções efetivas desse mesmo serviço. Segundo o mesmo autor, a satisfação é a chave responsável pela mudança da atitude por parte do consumidor. Um cliente ao dirigir-se a um determinado serviço apresenta uma ideia prévia daquilo que será a qualidade da sua prestação, ou seja, existe uma expectativa em relação ao mesmo (Batista, 2010).

Nesta linha de pensamento, Oliver (1980) apresenta a teoria da confirmação/infirmiação, designada de paradigma de infirmação das expetativas. Esta teoria defende que o cliente compara a expectativa acerca de um serviço com a perceção de desempenho deste. Assim, quando as expectativas e desempenho são iguais, aquele confirma positivamente as suas expectativas; quando o desempenho é superior à expectativa ocorre a chamada infirmação positiva; se por outro lado o desempenho for inferior à expectativa, então dá-se a infirmação negativa (Oliver, 1980).

Oliver e Westbrook (1991) expõem a relação entre as emoções e a satisfação do consumidor e corroboram que a surpresa pode estar relacionada tanto com emoções positivas como negativas. Oliver (1993) investigou a satisfação e a insatisfação como agentes causais de

sentimentos positivos e negativos e evidenciou sobretudo a complexidade do processo da satisfação, afirmando que as emoções medeiam a satisfação.

Por sua vez, Hoffman e Bateson (2003) referem também que a definição mais comum de satisfação ou insatisfação de um cliente com um serviço é aquela que compara as expectativas do cliente com as suas percepções no encontro real com o serviço. Os mesmos autores afirmam que a satisfação é uma medida a curto prazo ao passo que a qualidade decorre da avaliação geral do desempenho de um serviço.

Segundo Gummesson (2002), o conceito de qualidade total nos serviços implica uma relação na qual existe percepção da qualidade pelo consumidor, neste caso, o utente e a sua satisfação em simultâneo.

Para Quader (2009), umas das mais importantes dimensões da qualidade num serviço de saúde é a satisfação dos utentes. Assim, é extremamente importante conhecer e compreender as expectativas dos utentes de forma a elevar os índices de qualidade e os benefícios para um serviço de saúde. Para o referido autor é então extremamente importante realizar estudos de investigação que meçam as diferenças entre as percepções de um gestor e o utente de um serviço de saúde.

Prestar serviços de qualidade é considerada uma estratégia essencial para o sucesso e sobrevivência num ambiente competitivo (Parasuraman *et al.* 1985).

Nos anos 80, a ênfase recaiu sobre o significado que a qualidade de um serviço tem para o consumidor e no encontro de alternativas para o conhecimento das suas expectativas (Parasuraman *et al.* 1985, 1988).

Os profissionais que lidam diretamente com os clientes devem reconhecer que o desempenho das suas funções se reflete na qualidade percebida de quem recebe os serviços prestados.

Assim, este estudo foca quer a perspetiva dos utentes quer a dos profissionais de saúde, quanto à sua percepção de qualidade dos serviços de saúde.

Constata-se, após a revisão bibliográfica e tanto quanto o nosso conhecimento, que existe um leque de estudos acerca da análise da qualidade de um serviço de saúde mas, em particular, são escassos os estudos que abordam as diferentes percepções dos utentes e profissionais de saúde e quais os critérios definidores de qualidade nestes serviços.

Ao longo da Investigação selecionou-se o termo utente para mencionar a pessoa recetora de cuidados de saúde, pois este termo parece ser o que melhor se adequa à realidade dos serviços de saúde. Quando abordados os serviços de forma geral, o termo empregue é cliente ou consumidor por se mostrarem mais apropriados para a prestação de serviços em geral.

1.2. Propósito e Objetivos da Investigação

A problemática de estudo desta investigação é relevante e, para Ferreira (1991), numa instituição de saúde a melhoria da qualidade deve ser uma tarefa quotidiana e a sua definição e medição devem incluir não só administradores e médicos mas também enfermeiros e outros técnicos. Para o autor vários têm sido os esforços de múltiplos investigadores para incluir a perspetiva do utente na caracterização da qualidade hospitalar.

“Apesar do evidente interesse que a qualidade na saúde tem despertado na Europa e em Portugal, há a necessidade de desenvolver mais estudos sobre a implementação e o impacto nas pessoas que utilizam as instituições de saúde e as pessoas que nelas trabalham” (Henriques, 2008:79).

Segundo Volpato *et al.* (2010), a abordagem da qualidade é um requisito indispensável na área da saúde e é necessária na medida em que acolhe as exigências de uma população consciente dos seus direitos, da essência das boas relações no trabalho e a diminuição dos custos tecnológicos. Deste modo, na mesma linha de pensamento, a qualidade envolve utentes e profissionais, deixando de ser um atributo do serviço.

Para Donabedian (2005), a investigação dedicada à área da qualidade dos serviços de saúde é significativa e importante e deve contribuir para a identificação de dimensões e valores ligados à própria definição de qualidade dos cuidados de saúde.

Ferreira (1991) salienta que aquilo que é considerado qualidade para uns, pode não ser considerado qualidade para outros devido ao sistema de valores de cada um. Assim, estudos como este tornam-se importantes para a adequação da prestação de serviços ao cidadão.

“A qualidade de um produto ou serviço tem múltiplas faces e tem como orientação primária as necessidades dos clientes. Estas necessidades fazem-se sentir com intensidades diversas pelo que se torna estratégico decidir quais as dimensões da qualidade prioritárias para uma organização” (Gomes, 2004:17).

Se a qualidade do serviço se refere à fidelização de clientes, outras respostas comportamentais dos clientes, bem como o seu impacto, devem ser estudadas (Zeithaml *et al.*, 1996).

Para Gomes (2004), o passo mais importante para a melhoria da qualidade de uma organização é passar da formulação da visão da qualidade, constituir equipas da qualidade e planear a qualidade para a implementação de um plano.

Inerente à qualidade de um serviço está a gestão do próprio serviço e, para Ferreira (1991), os conhecimentos dos vários profissionais de uma instituição de saúde deverão ser combinados de forma a centrar os esforços nas necessidades e desejos dos consumidores

finais - os utentes. Deste modo, é ressaltada a importância da realização de estudos que foquem a qualidade de um serviço na perspectiva de quem o consome e assim colmatar as falhas existentes.

Conforme espelhado, é importante que o mercado dos serviços, neste caso, serviços de saúde, compreenda a forma como os utentes e profissionais de saúde percebem a qualidade dos serviços prestados. Mas para isso, e segundo Ferreira (1991), esta tarefa necessita da contribuição de todos os níveis do sistema de prestação de cuidados de saúde.

Para Reeves e Bednar (1994), a abordagem da qualidade é contemplada ao longo da história e um alvo atual de interesse na investigação, talvez das temáticas mais repetidas pelos gestores e executivos das organizações.

Assim, delinea-se como objetivo geral da investigação:

- Analisar os critérios que na perspectiva dos profissionais do serviço de saúde e dos utentes definem a qualidade dos serviços de saúde;

Os objetivos específicos da investigação são:

- Conhecer as percepções dos utentes acerca dos critérios que definem a qualidade dos serviços de saúde;
- Conhecer as percepções dos profissionais do serviço de saúde acerca dos critérios que definem a qualidade dos serviços de saúde;
- Comparar as diferentes percepções acerca da qualidade dos serviços de saúde;
- Verificar a existência de desvios nas diferentes perspectivas da qualidade.

1.3. Organização da Dissertação

A presente dissertação está organizada em sete pontos fundamentais:

O primeiro ponto diz respeito ao enquadramento do problema que engloba a justificação e pertinência do tema, o propósito e objetivos da investigação. Esta primeira parte funciona como uma nota introdutória e justificativa do tema de investigação.

Posteriormente os seguintes pontos estão divididos em duas grandes partes, a parte teórica e a parte empírica.

A parte teórica é constituída pelo segundo e terceiro ponto da dissertação, onde é realizada uma revisão da literatura já existente acerca da qualidade nos serviços de saúde.

O ponto dois intitula-se “A QUALIDADE E OS SERVIÇOS” e aborda os principais conceitos teóricos da área temática, os modelos da qualidade nos serviços, nomeadamente o modelo

dos *gaps* da qualidade, o modelo da dimensão técnica e funcional de Gronroos e o modelo de Gummesson. Ainda no ponto dois, importa salientar a medição da qualidade através das escalas *SERVQUAL* e *SERVPERF*.

O ponto três denomina-se “A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE” e desenvolve as diferentes percepções da qualidade nos serviços de saúde - utentes e profissionais do serviço de saúde. Neste ponto é ainda proposto um modelo de análise e hipóteses de investigação que sustentam a dissertação.

A parte empírica inicia-se com o ponto quatro intitulado “METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO” e inclui: o tipo de estudo, população e a amostra da investigação, o local de implementação do estudo, a definição de variáveis e ainda métodos e técnicas de recolha e tratamento de dados.

No quinto ponto realiza-se a apresentação e análise dos resultados obtidos com o estudo de investigação - análise descritiva, inferencial e qualitativa. Posteriormente no ponto seis discutem-se os resultados obtidos.

Para concluir, o sétimo e último ponto denomina-se “CONSIDERAÇÕES FINAIS” uma vez que expõe as conclusões finais, as limitações do estudo e as principais linhas de investigação futuras.

2. A QUALIDADE E OS SERVIÇOS

2.1. Conceitos Básicos

Previamente à abordagem da qualidade dos serviços é essencial definir e interpretar palavras-chave da temática em estudo: qualidade e serviços.

Para Gronroos (2000), a qualidade é considerada uma das chaves do sucesso de um serviço/organização, uma vantagem competitiva.

Na perspetiva de Zeithaml *et al.* (1990), apenas o consumidor pode julgar e definir a qualidade, daí ser tão importante conhecer as percepções de quem experimenta um serviço.

Uma das definições usual e atual da qualidade é a que a define como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou bem que determinam a sua aptidão para satisfazer as necessidades e expectativas da sociedade” (Decreto-Lei 140/2004 de 8 de junho).

Donabedian (1981) afirma que a qualidade pode ser definida segundo três especificações:

1. Um conjunto de fenómenos atribuídos a um processo ou resultado;
2. Uma regra geral que constitui um ato de bondade;
3. Uma escala numérica aceitável ou ideal no que diz respeito a um fenómeno.

O conceito de qualidade evoluiu ao longo dos tempos, já desde a Revolução Industrial. A produtividade de uma organização com custos reduzidos foi o lema dos serviços desde os anos 70. Contudo, entre os anos 80 e 90, a qualidade assumiu-se como prioridade através da satisfação dos consumidores (Lovelock e Wirtz, 2004).

Analisando o conceito da qualidade numa perspetiva histórica, segundo Batista (2010), com a industrialização o controlo da qualidade passou para as mãos do mestre industrial, que supervisionava os vários passos da produção e avaliava o grau de eficácia e qualidade dos bens produzidos. Com a Segunda Guerra Mundial, existiu um avanço no controlo da qualidade, passando a haver um modo estatístico baseado numa inspeção por amostragem e gráficos de controlo (Batista, 2010).

Segundo Pires (2004), podemos afirmar que as preocupações iniciais com a qualidade relacionaram-se com a evolução do próprio conceito, emergindo a seguinte sequência:

- I. Inspeção da qualidade - constituída por atividades de medição, comparação e verificação;
- II. Controlo da qualidade - atividades centradas na monitorização dos desvios e reposição dos parâmetros dos processos nas condições desejáveis;

- III. Garantia da qualidade - atividades planeadas e sistemáticas garantindo que a qualidade desejada é alcançada;
- IV. Gestão da qualidade - é dada ênfase à qualidade, sendo integrada na gestão global da empresa;
- V. Qualidade total - é valorizada a satisfação dos clientes.

Citando Ferreira (1991:94), “sempre que a melhoria contínua da qualidade for encarda por uma organização como um objetivo principal a atingir, um dos primeiros passos a dar é certamente o da definição do conceito de qualidade”.

Para Reeves e Bednar (1994) verifica-se um esforço para a descoberta de uma definição universal de qualidade, mas esta ainda não existe já que diferentes definições de qualidade são aplicadas em diferentes circunstâncias.

Para Gomes (2004), no que se refere à gestão da qualidade, todos os gurus da qualidade, com certas diferenças em cada contributo, realçam apoios da teoria da qualidade: envolvimento da gestão de topo, envolvimento e autonomia dos colaboradores, gestão baseada em métricas e factos, utilização de ferramentas estatísticas para controlo da variabilidade e ênfase no cliente.

Crosby (1979) está associado ao movimento que introduziu os conceitos “zero defeitos” e “faça certo da primeira vez”. Esta base irá encorajar as pessoas para a melhoria contínua. Crosby (1979) define o planeamento e a prevenção como estratégia para alcançar a qualidade.

Por sua vez, Juran é considerado um dos precursores da qualidade, conjuntamente com Deming. Juran (1980) centra-se numa estratégia que tem por base o conhecimento do consumidor, definindo e sabendo o que se procura e assim respondendo às necessidades da procura. Este guru da qualidade centra-se na trilogia da qualidade: planeamento, controlo e melhoria da qualidade.

Soares (2004) explicita que a filosofia de Deming é constituída por três crenças: persistência de finalidade (definição correta), melhoria constante e conhecimento profundo. Na sua perspectiva é essencial uma cultura organizacional de recompensa, onde as pessoas se sentem estimadas e só assim se atingirá a qualidade dentro de um serviço.

Segundo Fernandes (2006), o guru da qualidade Feigenbaun eclodiu o conceito de controlo total da qualidade que integra esforços no sentido do desenvolvimento, da manutenção e melhoria da qualidade de grupos na organização.

Segundo Garvin (1984), é importante uma visão mais detalhada do produto da qualidade para criar a competitividade nas empresas, garantindo os lucros e abdicar dos prejuízos. Para o

mesmo autor deve haver um maior conhecimento da opinião dos clientes, aumentando o desempenho da qualidade.

Garvin (1984) define a qualidade sob cinco abordagens principais:

1. Transcendente - É a qualidade que “não pode ser definida”, só é percebida pela experiência, é intemporal.
2. Baseada no Produto - A definição da qualidade é baseada nas características do produto.
3. Baseada no Usuário - A definição da qualidade baseada na visão de quem a observa/experimenta, variando de pessoa para pessoa.
4. Baseada na Produção - As definições baseadas na produção, “conformidade com as especificações”, há um conjunto de critérios a cumprir para não quebrar a qualidade.
5. Baseada no Valor - A definição de qualidade é baseada no custo/preço do produto/serviço, sendo este aceitável ou não.

Para além destas abordagens, Garvin (1984) explicita oito dimensões quando se define qualidade:

- Performance
- Fiabilidade
- Características
- Conformidade
- Durabilidade
- Manutenção
- Estética
- Qualidade percebida

Para o autor a utilização destas dimensões funciona como uma arma para a concorrência e aumento da competitividade de uma empresa.

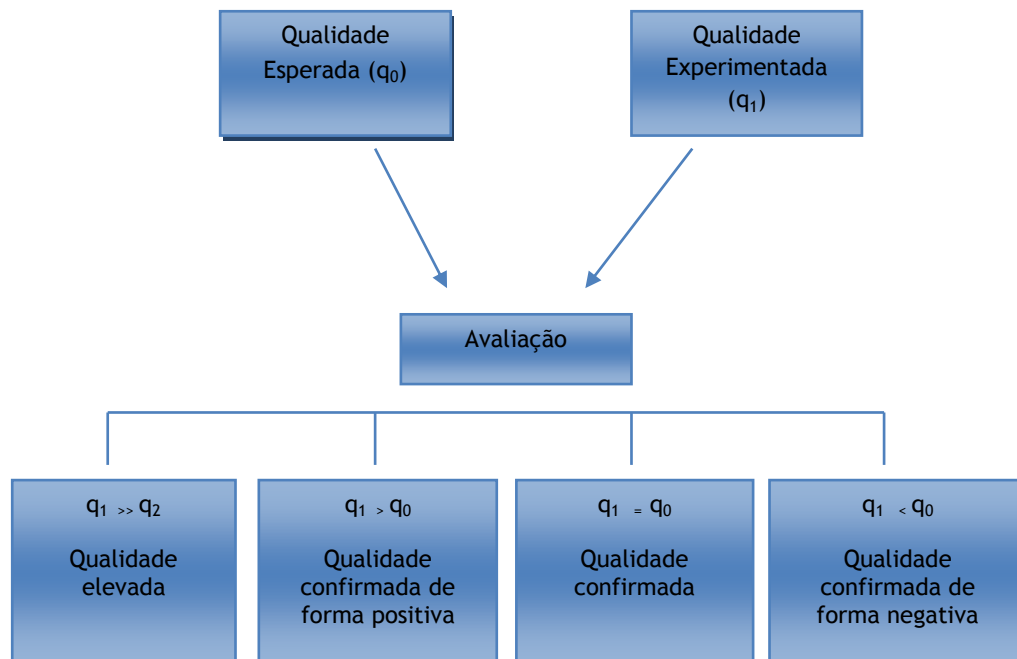
Segundo Cordeiro (2004), o ponto em comum entre todas as definições dos gurus da qualidade é a necessidade de ir além da simples conformidade. Na linha de pensamento do mesmo autor, uma empresa para ter um produto de qualidade precisa projetá-lo conforme as necessidades dos consumidores.

“A qualidade só pode ser melhorada pela integração de uma vasta variedade de critérios e conhecimentos” Ferreira (1991:1).

Segundo Donabedian (2005), uma vez que a avaliação multidimensional da qualidade dos cuidados médicos é um processo dispendioso e trabalhoso, existe uma procura contínua de dados mensuráveis que permitam extrair informações sobre a qualidade desta assistência médica, geralmente baseados em taxas e índices, por exemplo, taxa de mortalidade.

Gronroos (2000), baseado na figura 1, relaciona a expectativa e a experiência do cliente para avaliar a qualidade:

Figura 1 - Avaliação da qualidade segundo Berry *et al.* (1983)



Fonte: Adaptado de Gronroos (2000:99)

Desta forma, o autor destaca quatro possibilidades após a prestação de um serviço: a qualidade muito acima do esperado se $q_1 > q_0$, a qualidade acima do esperado se $q_1 > q_0$, a qualidade aceitável se $q_1 = q_0$ e má qualidade se $q_1 < q_0$. Para Gronroos (2000), o ideal será a empresa fazer por alcançar a qualidade acima do que se espera, o que é de certa forma arriscado tendo em conta que as expectativas do cliente, na maioria dos casos, são muito elevadas, o que pode acarretar custos avultados para a mesma. Tendo em conta este pressuposto, o autor realça a importância e características da expectativa criada em relação a um bem ou serviço.

Na perspectiva de Gronroos (2000), tanto a temática dos serviços como a abordagem da qualidade são complexas. Se estivéssemos a falar de um produto era muito mais fácil associar a qualidade a uma coisa palpável, tangível. Contudo, os serviços suportam processos e características intangíveis.

Segundo Zeithaml *et al.* (1990), em primeiro lugar os serviços são intangíveis uma vez que o seu desempenho são experiências e não objetos, daí a sua complexidade. Em segundo lugar são heterogêneos, ou seja, variando de produtor para produtor, de consumidor para consumidor e de dia para dia. Em terceiro lugar, para os autores, a produção e o consumo são inseparáveis. Assim, a qualidade é percebida durante a interação na prestação do serviço.

Após a reflexão de várias definições de serviços, Feliciano (2010) aponta como cinco as principais características que os descrevem: intangibilidade, heterogeneidade, perecibilidade, inseparabilidade e não propriedade. Um serviço não é um bem material, daí a subjetividade e intangibilidade na sua caracterização.

Ao contrário de um bem, um serviço apenas é conhecido pela pessoa após a sua experiência real. Segundo Gomes (2004), um serviço tem qualidade se vai de encontro ou se supera as expectativas do consumidor, ou seja, se satisfaz as suas necessidades.

Parasuraman *et al.* (1985) destacam que as cinco principais características de um serviço - intangibilidade, heterogeneidade, perecibilidade, inseparabilidade e não propriedade - são também fonte de problemas a nível das estratégias de marketing e qualidade de um serviço.

Existem um conjunto de fatores que influenciam as expectativas do consumidor de um serviço: comunicação entre consumidores, necessidades pessoais do consumidor, experiências passadas, comunicação, publicidade e preço (Zeithaml *et al.* 1990).

Segundo Saias (2007), a importância crescente da gestão de serviços não é originária apenas de uma dimensão quantitativa. Esta gestão vai influenciar os processos de decisão e escolha pelos consumidores, daí que se prima cada vez mais por uma gestão de serviços de qualidade.

O mesmo autor enfatiza ainda que a gestão de organizações de serviços é ainda de certa forma principiante num grande número de serviços, mas sem dúvida crucial no sucesso de uma organização, de forma específica também num serviço de saúde.

Segundo Batista (2010), são vários os fatores que influenciam a expectativa do cliente em relação a um serviço, por exemplo, as suas necessidades individuais, desejos, constrangimentos, experiências passadas, a imagem do serviço no mercado, o marketing, o passa palavra, entre outros. Desta forma, a autora destaca que, tendo em conta as necessidades específicas de cada cliente, este faz a sua própria avaliação da qualidade, sendo esta avaliação variável de pessoa para pessoa, tal como a qualidade percebida.

Para Zeithaml *et al.* (1990), uma definição acertada para um serviço de qualidade é quando se satisfazem ou excedem as expectativas de um consumidor acerca de um serviço.

Após a abordagem de conceitos chave - serviço, qualidade e qualidade de um serviço - é relevante de seguida destacar os principais modelos da qualidade nos serviços.

2.2. Modelos da Qualidade nos Serviços

Ao longo das décadas vários são os modelos que tencionam avaliar a qualidade e os fatores que a influenciam, com enfoque na forma como o cliente vai perceber a qualidade de todo o processo de prestação de serviços. Neste subcapítulo, irá ser abordado o Modelo dos *Gaps* (desvios) da Qualidade, o Modelo da Dimensão Técnica e Funcional de Gronroos e o Modelo de Gummesson.

2.2.1. O Modelo dos *Gaps* da Qualidade

Parasuraman *et al.* (1985) foram os pioneiros em definir modelos de análise e medição da qualidade. Inicialmente, em 1985, o grupo de autores referidos apresentaram um modelo referindo que o nível de qualidade percebida resulta da diferença entre a qualidade esperada e a qualidade obtida.

Na figura 2 são visíveis os principais *gaps* da qualidade, onde Parasuraman *et al.* (1985) espelham as principais chaves do processo de qualidade de um serviço e os diversos fatores que o afetam.

Analisando a figura observa-se uma parte superior em que é visível o consumidor de serviços e uma parte inferior que reflete os principais aspetos associados ao prestador de serviços.

Através da exposição de Parasuraman *et al.* (1985), conjectura-se que a expectativa do serviço está dependente de fatores como a experiência passada, as necessidades do consumidor e a comunicação. Por sua vez, o serviço recebido pelo consumidor é influenciado pelo modelo de gestão do serviço - gestão das expectativas do consumidor, pelas particularidades do serviço e pela execução do processo de prestação do serviço. Estes aspetos são também possíveis fontes de *gaps* na qualidade.

Tendo em conta os autores referidos anteriormente caracterizam-se da seguinte forma os cinco principais tipos de *gaps*:

Gap 1 - A diferença de percepção da gestão: interpretação das expectativas de qualidade do consumidor de forma incorreta. Traduz a falta de conhecimentos acerca das necessidades e expectativas de quem recebe o serviço.

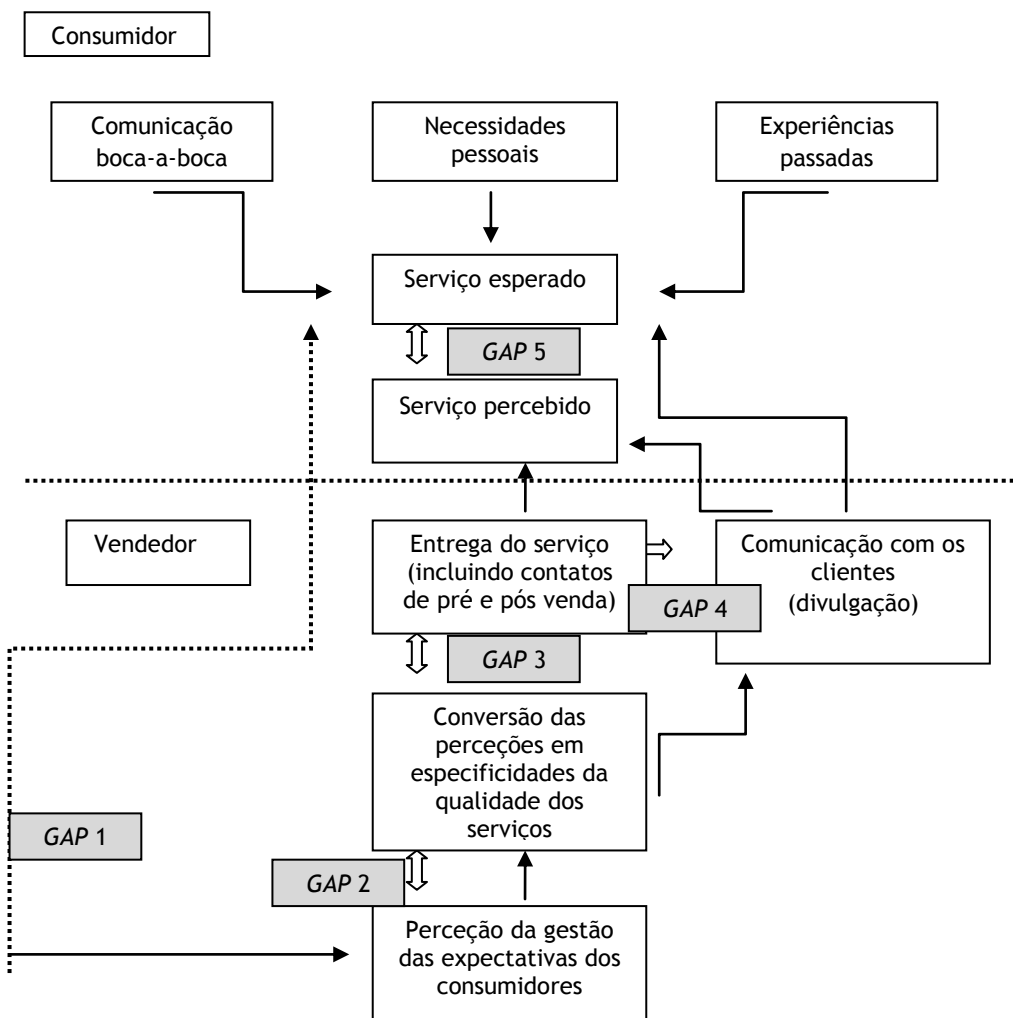
Gap 2 - A diferença de especificação da qualidade: diferenças entre as especificações de qualidade do serviço e as percepções de expectativas da qualidade. Este aspeto vai afetar a qualidade do serviço no ponto de vista do consumidor.

Gap 3 - A diferença de prestação de serviços: processo de prestação do serviço não vai de encontro às especificações da qualidade do serviço.

Gap 4 - A diferença de comunicação: comunicação efetuada pelos serviços não se equipara com o processo real de prestação de serviços, afetando a perspectiva de um serviço de qualidade por parte do consumidor.

Gap 5 - A diferença da qualidade de serviço percebida: esta lacuna foca o fenómeno de diferença entre a prestação do serviço e a expectativa criada pelo consumidor.

Figura 2 - Modelo da qualidade de um serviço de Parasuraman *et al.* (1985)



Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1985:44)

Vários são assim os autores que ao longo do tempo têm desenvolvido o seu estudo acerca do modelo da qualidade dos serviços (Parasuraman *et al.* 1985; Brown e Swartz, 1989). Destes estudos surgem pontos em comum acerca dos *gaps* existentes na qualidade dos serviços.

O quadro 1 apresenta uma comparação entre os desvios apresentados por Parasuraman *et al.* (1985) e Brown e Swartz (1989) como consequências das falhas existentes na qualidade de um serviço:

Quadro 1 -Comparação do modelo dos *gaps* da qualidade desenvolvidos por Parasuraman *et al.* (1985) e Brown e Swartz (1989)

Parasuraman <i>et al.</i> (1985)		Brown e Swartz (1989)	
Gap 1	A diferença de percepção da gestão: interpretação das expectativas de qualidade do consumidor de forma incorreta. Traduz a falta de conhecimentos acerca das necessidades e expectativas de quem recebe o serviço.	Gap 2	A diferença entre as expectativas de um consumidor em relação a um serviço e as percepções dos profissionais acerca das expectativas do consumidor.
Gap 2	A diferença de especificação da qualidade: diferenças entre as especificações de qualidade do serviço e as percepções de expectativas da qualidade. Este aspecto vai afetar a qualidade do serviço no ponto de vista do consumidor.		
Gap 3	A diferença de prestação de serviços: processo de prestação do serviço não vai de encontro às especificações da qualidade do serviço.		
Gap 4	A diferença de comunicação: comunicação efetuada pelos serviços não se equipara com o processo real de prestação de serviços, afetando a perspectiva de um serviço de qualidade por parte do consumidor.		
Gap 5	A diferença da qualidade de serviço percebida: esta lacuna foca o fenômeno de diferença entre a prestação do serviço e a expectativa criada pelo consumidor.	Gap 1	A diferença entre as expectativas do consumidor em relação a um serviço e o serviço experimentado.
		Gap 3	A diferença entre a experiência de um consumidor e as percepções dos profissionais acerca da experiência do consumidor.

Fonte: Adaptado de Quader (2009:112)

Tendo em conta os principais *gaps* num sistema de qualidade propostos por Parasuraman *et al.* (1985), Brown e Swartz (1989) apresentaram três principais desvios que na sua perspectiva influenciam as falhas que ocorrem na qualidade de um serviço, dois deles coincidentes com a ótica dos autores anteriormente referenciados.

O primeiro *gap* proposto por Brown e Swartz (1989) - a diferença entre as expectativas do consumidor em relação a um serviço e o serviço experimentado - tem a mesma ideia base do *gap* 5 apresentado por Parasuraman *et al.* (1985), ou seja, consideram que a falha na

qualidade prende-se com as expectativas iniciais do consumidor confrontadas com o serviço realmente recebido.

O segundo *gap* que Brown e Swartz (1989) detetaram aproxima-se do *gap* 1 desenvolvido pelos primeiros autores, ou seja, a responsabilidade das falhas no sistema de qualidade é atribuída ao frágil conhecimento dos profissionais de um serviço acerca das expectativas e necessidades do consumidor.

Por fim, Brown e Swartz (1989) delinearão uma falha relacionada com a diferença entre a experiência de um consumidor e as percepções dos profissionais acerca da experiência do consumidor, ou seja, mais uma vez os baixos conhecimentos dos profissionais de um serviço acerca do serviço experienciado pelo consumidor e sua satisfação ou ausência dela.

Parasuraman *et al.* (1985) apresentaram um conjunto de critérios, os chamados determinantes da qualidade de um serviço, que permitem avaliar a qualidade:

1. Acesso - facilidade de contacto e proximidade do consumidor.
2. Comunicação - informação cedida ao consumidor e tipo de canal estabelecido.
3. Competências - capacidades técnicas e conhecimentos dos profissionais.
4. Cortesia - simpatia, respeito e consideração pelo consumidor por parte dos profissionais.
5. Credibilidade - honestidade dos profissionais e reputação do serviço.
6. Confiança - consistência na performance do serviço e resposta em tempo útil.
7. Capacidade de resposta - rapidez na resposta adequada do serviço.
8. Segurança - segurança pessoal e confidencialidade.
9. Fatores tangíveis - aspetos físicos como a aparência do serviço e profissionais e equipamentos inovadores.
10. Conhecimento do consumidor - compreender as necessidades do consumidor.

Os autores realçam que este conjunto de critérios vai pesar na qualidade de um serviço, tendo em conta as expectativas do consumidor em relação ao serviço nestes principais critérios e o serviço percebido após a sua receção, originando a percepção da qualidade do serviço em si.

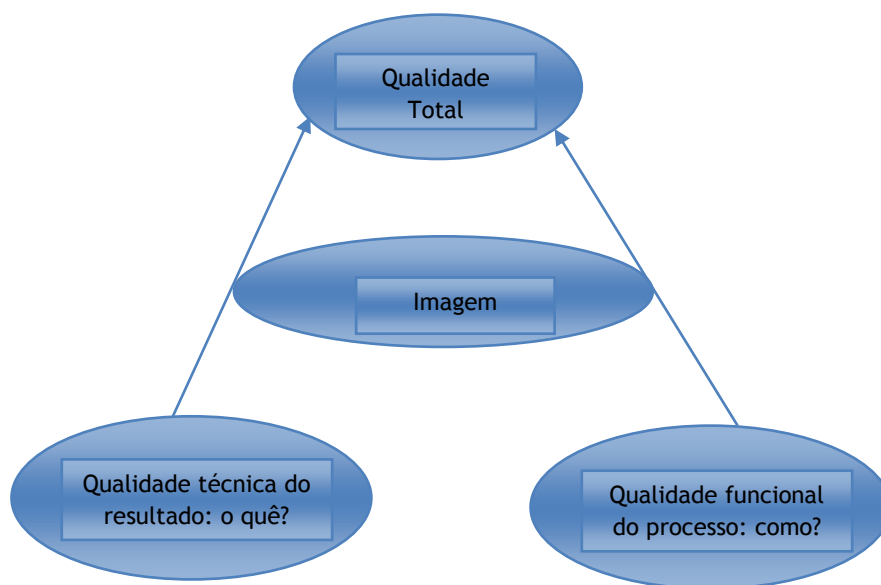
Parasuraman *et al.* (1988) destacam a comunicação e os processos de controlo dos profissionais como duas variáveis que afetam a dimensão das lacunas, *gaps*, em todo o processo de prestação de um serviço de qualidade, afetando a sua magnitude e direção. Em 1988, os autores reformularam o modelo de avaliação da qualidade de um serviço, sintetizando as dez dimensões da qualidade em cinco, dando origem à escala de medição *SERVQUAL* que será abordada posteriormente.

2.2.2. O Modelo da Dimensão Técnica e Funcional de Gronroos

Segundo Gronroos (2000), os serviços têm uma componente subjetiva uma vez que a produção e o consumo são simultâneos e é no decorrer dos momentos de interação do cliente com o serviço que a qualidade é percebida.

Gronroos (2000) considera duas as principais dimensões da qualidade de um serviço, conforme espelha a seguinte figura 3:

Figura 3 - As duas dimensões da qualidade de um serviço segundo Gronroos (2000)



Fonte: Gronroos (2000)

Dimensão técnica ou de resultado (o quê/*What*). Nesta dimensão o autor aglomera o que o cliente efetivamente recebe com as interações que estabelece com o prestador de serviços e que geralmente tem um peso muito significativo na definição de qualidade.

A acessibilidade de um serviço e a sua aparência são características que se incluem na dimensão técnica da qualidade. Esta dimensão, pelo seu caráter objetivo das características técnicas, permite de certa forma mensurar a qualidade - o resultado de todo o processo.

Para Gronroos (2000) é muito importante o que o cliente recebe quando experimenta o serviço.

Dimensão funcional ou de processo relacionado (como/*How*). Esta dimensão mencionada pelo autor, por sua vez, engloba todo o processo de prestação de um serviço, ou seja, como o serviço é fornecido.

Para Gronroos (2000), para além das características técnicas de um serviço, a forma como o serviço é prestado e a relação que se estabelece entre o cliente e o prestador de serviços também são relevantes.

Segundo o autor, o consumidor é influenciado pela forma como recebe e consome o serviço. Assim, esta dimensão ao contrário da anterior não pode ser avaliada de forma objetiva, sendo conhecida pela sua subjetividade.

Saias (2007) afirma que as duas dimensões da qualidade abordadas anteriormente interagem entre si, pois a percepção da dimensão técnica é afetada pela dimensão funcional da qualidade percebida num serviço.

Gronroos (2000) na sua obra reporta-se a outros autores que demarcam outras duas dimensões da qualidade:

Dimensão espaço - (onde/where). É valorizado todo o espaço envolvente onde se presta o serviço, em parte relacionada com a dimensão funcional, uma vez que aborda o contexto de prestação de serviços.

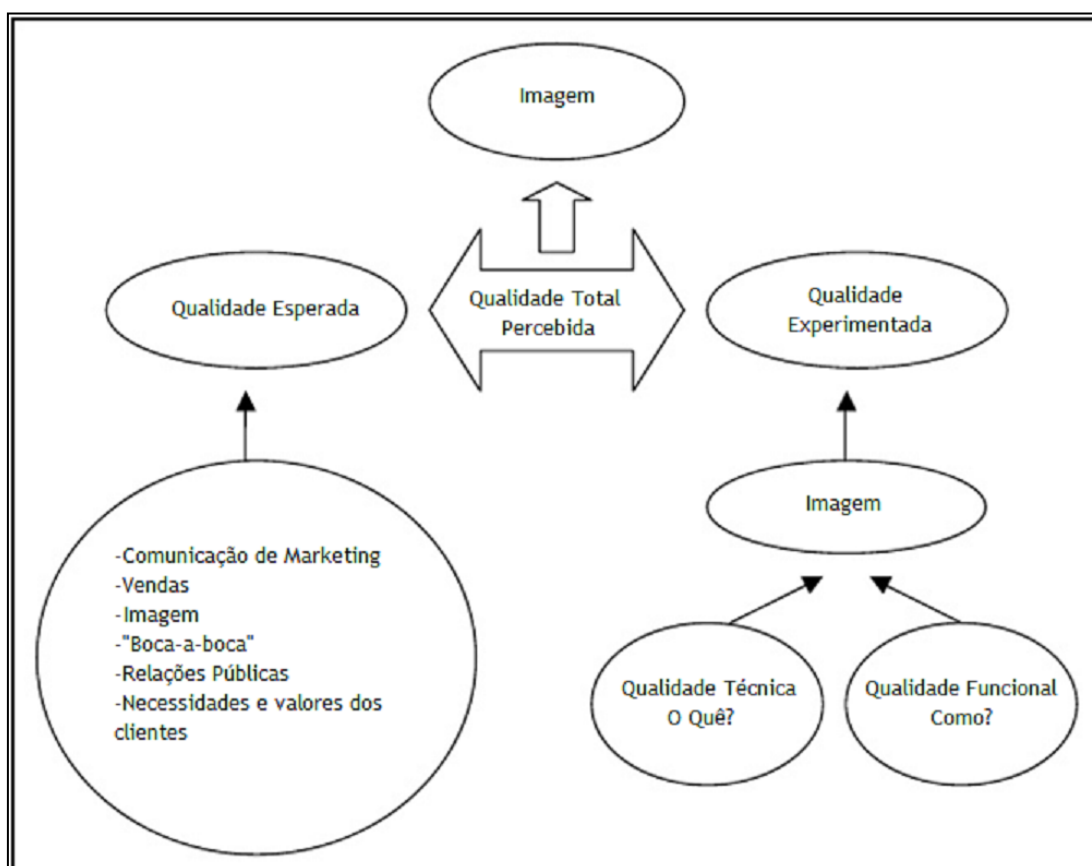
Dimensão económica. Esta dimensão aborda as consequências económicas de uma prestação de serviços, mais aplicável à área industrial.

A figura 4, para além de explicitar as referidas dimensões da qualidade, aborda a qualidade percebida de um serviço.

Esta figura da autoria de Gronroos (2000) ilustra que a qualidade percebida é formada pela qualidade experienciada na receção do serviço (imagem técnica e funcional) e pelas expectativas criadas em relação a esse mesmo serviço e suas especificidades, influenciadas por vários fatores: comunicação de marketing, vendas, imagem do serviço, passa a palavra entre os consumidores, papel das relações públicas e preocupação pelas necessidades dos consumidores entre outras.

Em suma, a qualidade depende do desvio entre o esperado e o experienciado na receção de um serviço.

Figura 4 - Percepção total de qualidade segundo Gronroos (2000)



Fonte: Adaptado de Gronroos (2000:67)

Em 2000, Gronroos refere que a sua teoria não é incompatível com as cinco dimensões da escala *SERVQUAL*. No entanto o seu modelo, e segundo Saias (2007), é mais pragmático e orientado para a tomada de decisão em gestão e também mais simples de utilizar.

Gronroos (2000), após uma pesquisa sólida, apresenta sete principais critérios que englobam a qualidade de um serviço percebida pelos clientes, não estanques mas sim ajustáveis às especificidades de cada serviço:

- **Profissionalismo e competências:** os clientes consideram que a entidade prestadora de serviço deve ter funcionários com competências adequadas e com os recursos necessários, possibilitando uma capacidade de resposta do serviço;
- **Atitudes e comportamento:** inclui o interesse demonstrado pelos prestadores de serviços no desempenho da sua função. Segundo o autor, os clientes sentem quando os profissionais estão interessados em resolver os seus problemas e de forma precisa;
- **Acessibilidade e flexibilidade:** este critério envolve a localização do serviço, horários acessíveis que vão de encontro às necessidades dos clientes, a disponibilidade dos

funcionários e até os próprios sistemas operativos. Para Gronroos (2000), o cliente sente quando o serviço se adequa às suas necessidades e se flexibiliza em sua função.

- **Fiabilidade e fidedignidade:** este critério aborda a informação que é cedida ao cliente e expõe a responsabilidade dos serviços em assumir os serviços prometidos e de acordo com as necessidades dos clientes.
- **Recuperação do serviço:** o cliente espera uma resolução adequada de um problema, caso aconteça, uma solução aceitável para manter o controlo da situação.
- **Serviscape:** todo o ambiente em redor do serviço é valorizado. Para o autor o cliente sente que o espaço físico e os aspetos envolventes preestabelecem uma experiência positiva.
- **Reputação e credibilidade:** para o cliente é importante um prestador de serviços confiável, com uma boa performance e partilha do valor do serviço com o consumidor, de forma a dar valor ao seu dinheiro.

Para Gronroos (2000), estes setes critérios podem ser vistos como *guidelines* para uma experiência positiva no âmbito da qualidade percebida de um serviço consumido.

Mais uma vez é sustentada a ideia de que a qualidade assenta em fatores tangíveis e intangíveis. Assim, é essencial abordar cada um destes aspetos e verificar na perspetiva dos utentes e profissionais de um serviço de saúde quais os mais valorizáveis.

2.2.3. O Modelo de Gummesson: *4Q Model of Offering Quality*

Na abordagem dos modelos da qualidade, Gronroos (2000) analisa também o modelo desenvolvido por Gummesson em 1993, assente nos conceitos de perceção da qualidade do serviço.

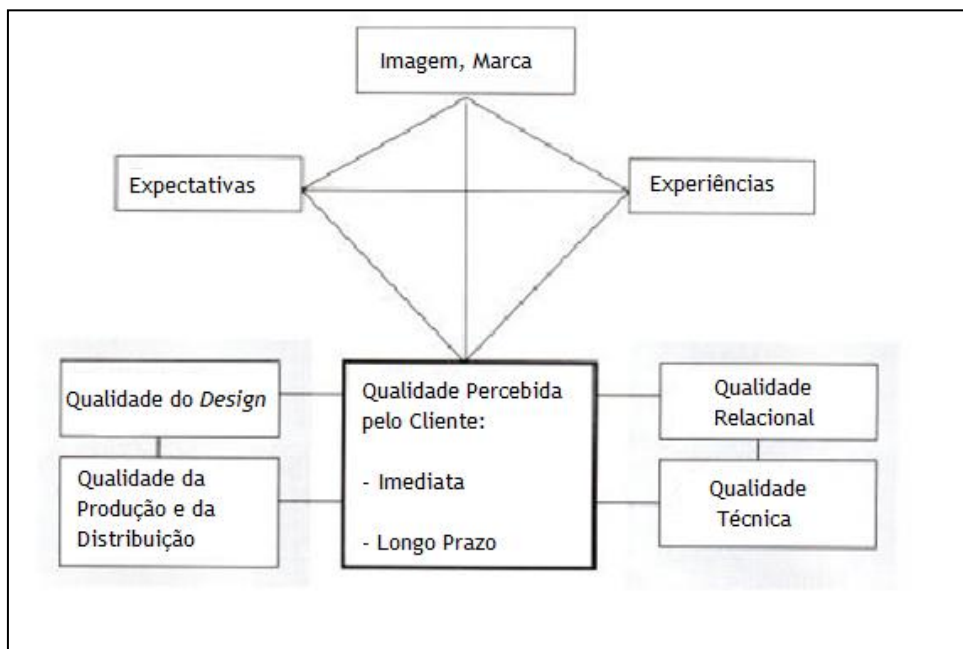
Gronroos (2000) explica que segundo o modelo de Gummesson a perceção da qualidade total influencia a imagem da empresa e, por outro lado, a imagem que a empresa tem no mercado também vai influenciar a perceção total de qualidade.

A figura 5 mostra que este modelo inclui as expectativas e as experiências do cliente, relacionando-as com outras variáveis como a imagem e a marca percebida da empresa.

O modelo considera a existência de quatro principais fontes de qualidade a evidência física, ou seja, o local onde é prestado o serviço, englobando também a forma de produção e entrega de um serviço. Também explicita a qualidade relacional que caracteriza a interação em todo o processo de prestação do serviço com os profissionais que o prestam. Por sua vez,

a componente técnica da qualidade pode ser associada aos benefícios do serviço - dimensão técnica - a curto e longo prazo (Gronroos, 2000).

Figura 5 - O Modelo de Gummesson (1993): 4Q Model of Offering Quality



Fonte: Adaptado de Gronroos (2000)

A figura 5 analisou o referido modelo da qualidade oferecida. Este modelo pode considerar-se importante e completo. Considera aspetos como a evidência física e processo de produção de um serviço e também a componente relacional da qualidade, ou seja, aspetos que complementam o modelo da percepção total da qualidade que referenciava em exclusivo a qualidade esperada e experimentada pelo consumidor (Gronroos, 2000).

2.3. A Medição da Qualidade: Escalas *SERVQUAL* e *SERVPERF*

A medição da qualidade ganhou terreno e, segundo Parasuraman *et al.* (1988), a escala *SERVQUAL* foi construída através da discussão da concetualização e operacionalização da qualidade de um serviço.

Como referido anteriormente, em 1988, Parasuraman *et al.* deram continuidade ao modelo da medição da qualidade de um serviço, dando génese à escala *SERVQUAL*, tendo reduzido as dez dimensões da qualidade a cinco atuais. A totalidade de qualidade do serviço pode ser medida e avaliada usando as 5 dimensões: Tangíveis, Empatia, Segurança, Responsabilidade e Confiabilidade.

Esta ferramenta encontrava-se inicialmente organizada em 44 itens. Após revisão esta escala quantitativa ficou resumida a 22 itens (Zeithaml *et al.*, 1990). Uma secção de 22 itens que regista as expectativas dos clientes de empresas excelentes e outra secção de 22 itens que mede as percepções dos clientes de determinada empresa.

Após a reestruturação da escala *SERVQUAL*, Parasuraman *et al.* (1988) resumem as cinco dimensões da qualidade:

1. **Tangíveis** - dimensão que inclui características tangíveis como o aspeto físico das instalações, tipo de equipamentos e aparência dos profissionais;
2. **Fiabilidade** - dimensão que inclui aspetos relacionados com a correta prestação do serviço ou não, como é o caso do cumprimento de promessas, interesse em satisfazer o consumidor, entre outros;
3. **Capacidade de Resposta** - dimensão que engloba o tempo, rapidez e pontualidade do serviço e de quem o presta;
4. **Segurança** - dimensão que engloba aspetos de confiança, consistência e previsibilidade, como por exemplo o caso de transmissão de confiança pelos profissionais, cortesia e conhecimentos demonstrados também pelos mesmos;
5. **Empatia** - dimensão que engloba aspetos relacionais, como por exemplo atenção individual cedida ao consumidor e compreensão das necessidades individuais.

Esta escala tem sido largamente utilizada e adaptada às especificidades de cada serviço, pela sua importância na gestão de uma entidade prestadora de serviços.

Para Parasuraman *et al.* (1988), a escala *SERVQUAL* é concisa e apresenta validade e fiabilidade que pode ser aplicada aos serviços na tentativa de compreender as expectativas e percepções dos consumidores do próprio serviço.

Zeithaml *et al.* (1990) concluíram que a chave da qualidade de um serviço é efetuar o balanço entre as expectativas do consumidor e as percepções após receber o serviço, quebrando estas diferenças existentes. Pode ainda referir-se segundo a mesma fonte que a escala *SERVQUAL* determina como e onde existem *gaps*, com benefício para a entidade prestadora de serviços.

Ao longo da revisão bibliográfica várias são as críticas que surgem à escala *SERVQUAL*, nomeadamente Buttle (1996) que desenvolve um conjunto de censuras e reflexões acerca desta medida da qualidade de um serviço. A validade desta escala é questionada frequentemente pelo investigador referido anteriormente, uma vez que um serviço, pela sua conotação de intangibilidade, é demasiado específico para se resumir às cinco dimensões desta escala. Outra das críticas que emerge é o carácter genérico da escala *SERVQUAL*, portanto não mede as dimensões específicas de cada ramo de atividade de um serviço.

Para concluir, segundo Parasuraman *et al.* (1988), a escala *SERVQUAL* tem uma variedade de potenciais aplicações e é uma ferramenta que ajuda as organizações a conhecer as percepções do cliente e a sinalizar áreas que necessitam de maior atenção.

Cronin e Taylor (1992) criaram a escala *SERVPERF*, uma espécie de reformulação da escala *SERVQUAL*. Os autores defendem que a qualidade de um serviço na perspetiva do cliente é apenas influenciada pela perceção do serviço prestado, desvalorizando notoriamente as expectativas inicialmente criadas.

Salomi *et al.* (2005) realizaram um estudo comparativo sobre estas duas principais escalas de medição da qualidade de um serviço e a principal conclusão deste trabalho é sobre a viabilidade de utilização das escalas *SERVPERF* e *SERVQUAL* que apesar de diferenças encontradas não existem restrições quanto aos estimadores de confiabilidade e validade de ambas as escalas.

Os autores atrás referenciados enfatizam a considerável vantagem de utilização da escala *SERVPERF* pela redução das questões a serem respondidas, facilitando a investigação e promovendo a motivação de quem é entrevistado.

Gupta e Jain (2004) sintetizam que a escala *SERVQUAL* supera a escala *SERVPERF* sobretudo pelo seu maior poder de diagnóstico para identificar as áreas de gestão e intervenções em caso de possíveis falhas de qualidade de serviço.

Gupta e Jain (2004) ressaltam que as escalas *SERVQUAL* e *SERVPERF* são as duas maiores escalas quando se fala em medição de qualidade de um serviço.

As questões abordadas no capítulo anterior, os modelos e a medição da qualidade, revelam o esforço que existe por parte dos investigadores em definir e explicar o conceito de qualidade.

O principal objetivo deste conhecimento é a aproximação de uma prestação de serviços de qualidade, reforçando sem dúvida a imagem e a competitividade da organização que presta os serviços aumentando a satisfação dos consumidores, neste caso específico, os utentes do SNS.

3. A Qualidade nos Serviços de Saúde

Anteriormente abordou-se genericamente a qualidade e os serviços. De seguida será desenvolvido o conceito de qualidade em saúde especificamente no âmbito de um serviço de saúde.

“O conceito de qualidade surge, inicialmente, relacionado com os bens físicos e com as características que lhe conferem essa qualidade, distinguindo-o de outros bens. Mas, este conceito torna-se mais difícil quando é aplicado a um serviço, uma vez que o que é avaliado é não só o produto em si, a prestação do serviço propriamente dita, mas todo o processo que envolve a prestação do mesmo, que engloba: o produto final, as instalações, a aparência e simpatia do prestador, entre outros aspetos” (Batista, 2010:7).

O Ministério da Saúde tem como uma das suas missões potenciar a união e a qualidade da prestação de cuidados de saúde do sistema de saúde português, para garantir os direitos dos cidadãos. A qualidade surge em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português. (DGS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde define saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (Fernandes, 2006).

Ferreira (1991), segundo Constanzo e Vertinsky (1975), refere que um serviço de saúde é um serviço abrangente que tem como ênfase a produção de modificações nos estados fisiopatológicos e/ou psicológicos das pessoas.

Logo, a saúde e os serviços de saúde surgem como conceitos multidimensionais e abrangentes.

Donabedian (1988) define qualidade dos cuidados de saúde como um padrão que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas de um processo de cuidados.

Segundo Donabedian (2005), a definição de qualidade dos cuidados de saúde não é uma tarefa fácil, uma vez que se relaciona com a relação que se estabelece no atendimento do utente. Assim, torna-se necessário para a definição e avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados desenvolver critérios, normas e padrões (Donabedian, 1981).

Um serviço de saúde presta cuidados de saúde e, Ferreira (1991), analisando a literatura existente nesta área, sublinha que existem dois elementos essenciais a considerar na definição de cuidados de saúde: uma componente técnica dos cuidados aliada à competência técnica dos prestadores de cuidados; e uma componente interpessoal dos cuidados de saúde que implica a parte relacional e humana dos cuidados (consideração, amizade, paciência,

respeito, entre outros). O autor entoa ainda outros três eixos da qualidade nos cuidados de saúde: acesso, disponibilidade e continuidade dos cuidados.

É necessária a gestão eficiente dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos, dando resposta ao aumento da procura de cuidados de saúde sem se deixar de exigir um nível da qualidade da prestação cada vez mais elevado, mesmo considerando uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham. (DGS, 2011).

Bem consciente desta preocupação, o Ministério da Saúde apresenta, no âmbito da DGS, o Departamento da Qualidade na Saúde, sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde e da Agência da Qualidade na Saúde, com a seguinte missão: promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Para a DGS (2011) a melhoria da qualidade na saúde tanto serve o cidadão, considerado individualmente, como serve o profissional de saúde:

- O cidadão, como protagonista dos serviços que integram o sistema de saúde e como cliente, como utilizador e como proprietário desses serviços;
- O profissional de saúde, como responsável pelo desenvolvimento de um trabalho com capacidade técnica, seguro, qualificado e preparado para a modificação que o seu papel tem sofrido e continuará a sofrer nas próximas décadas.

Ainda segundo a DGS (2011), o Departamento da Qualidade na Saúde rege-se com base em valores da Responsabilidade, Confidencialidade e Transparência. E ainda tem como principais princípios:

- Orientação para o cidadão;
- Objetividade;
- Compromisso;
- Inovação;
- Evidência científica;
- Melhoria contínua;
- Qualidade;
- Procura da excelência.

Destacam-se treze as principais ações desenvolvidas pelo Departamento da Qualidade na Saúde:

1. Divulgar normas de orientação clínica que ajudem os profissionais de saúde a utilizarem melhores práticas profissionais nas diferentes áreas de atuação;

2. Implementar sistema de indicadores nacionais que permitam monitorizar os níveis da qualidade clínica e da qualidade organizacional das unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde;
3. Criar um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo mas antes educativo, na procura da aprendizagem com o erro;
4. Divulgar normas de procedimento que evitem as causas mais frequentes que põem em risco a segurança dos doentes, principalmente o erro clínico, o erro cirúrgico e o erro medicamentoso;
5. Coordenar o controlo organizado das infeções associadas aos cuidados de saúde;
6. Adotar e adaptar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo oficialmente através de um programa nacional de acreditação em saúde;
7. Conceber, acompanhar e avaliar novos modelos experimentais de gestão das doenças mais prevalentes, mais incapacitantes e mais onerosas;
8. Estabelecer critérios e regras para a criação de unidades prestadoras de cuidados de saúde altamente diferenciadas e de referência nacional e internacional;
9. Acompanhar e avaliar projetos de saúde nas áreas da inovação e da investigação;
10. Criar mecanismos de gestão dos fluxos de doentes estrangeiros que recebem cuidados de saúde em Portugal e de doentes portugueses que recebem cuidados de saúde em centros diferenciados no estrangeiro;
11. Criar pontos focais de informação ao cidadão, para que, com transparência, estes possam estar mais habilitados a fazer escolhas informadas na utilização dos serviços prestadores de cuidados de saúde;
12. Implementar sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde e dos seus profissionais;
13. Avaliar e orientar as reclamações e sugestões dos cidadãos.

O Ministério da Saúde no seu papel de coordenador do sistema de saúde português tem assim, como uma das suas missões, potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (DGS, 2011).

As transformações sociais e económicas que têm assinalado as últimas décadas refletem mudanças muito importantes ao nível de cada sociedade. O setor dos serviços não fica imune a estas crescentes transformações e mutações. Também a reforma gradual do SNS resultou das transformações sociais e demográficas da população. O setor da saúde encontra-se, segundo Feliciano (2010), numa profunda transformação.

A par com as diversas alterações da sociedade, a crise económica lança um enorme desafio aos serviços de saúde, que passa pela manutenção da qualidade dos serviços prestados e pela gestão eficiente de recursos humanos e materiais. E para Ferreira (1991) os cuidados de saúde podem ser simultaneamente eficazes e eficientes.

Henriques (2008) refere que a prestação dos serviços de saúde possui características específicas para as organizações. Assim, a qualidade na saúde atende a essas particularidades.

Persistem ainda aspetos pouco satisfatórios, tais como o insuficiente acesso a alguns cuidados de saúde, fundamentalmente devido à existência de listas de espera, a qualidade dos próprios serviços e a contínua subida dos custos (Harfouche, 2008).

Centrando por exemplo a qualidade nos cuidados de Enfermagem, Riley (2004) refere que a comunicação pode ser tecnicamente responsável e assertiva, mas sem cuidar poderá não ser facilitadora de uma mudança de comportamento. Pelo que, a arte do cuidar é indissociável da manutenção da vida e deverá caracterizar a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente, face a este pensamento infere-se a relevância das funções do enfermeiro na qualidade dos cuidados prestados.

Continuando ainda nesta perspetiva de Riley (2004), esta defende que os enfermeiros podem utilizar a sua própria experiência para uma abordagem qualitativa e descritiva dos comportamentos implícitos no cuidar, que se caracteriza pelo estabelecimento de uma relação de confiança baseada em “estar com” e não “fazer pelo” utente, na compreensão do significado da experiência para este.

Concluindo com a perspetiva de Ferreira (1991), é necessário que um serviço de saúde adote uma filosofia de melhoria continua da qualidade e torne todos os participantes da organização responsáveis pela qualidade. Assim, segundo o autor, a ênfase deve ser colocada no levantamento e satisfação das necessidades do consumidor que deve ser entendido para além do doente.

3.1. Diferentes Percepções da Qualidade nos Serviços de Saúde

Várias são as partes intervenientes num processo de prestação de serviços, o prestador do serviço e o recetor do serviço, de acordo com inúmeras variáveis cada uma das partes percebe a qualidade de um serviço de forma distinta.

Segundo Batista (2010), é inquestionável a importância da qualidade e a satisfação dos utentes com os serviços que lhes são prestados e para a autora é premente este aspeto ser considerado como um direito adquirido e exigido por quem procura um serviço e assumido também por quem presta esse serviço. Daí a importância de conhecer as diferentes percepções e opiniões existentes na secção da saúde.

Os serviços de saúde prestam aos utentes cuidados de saúde, sejam cuidados de saúde primários - Centros de Saúde, ou cuidados de saúde diferenciados - Hospitais.

Segundo Albalushi *et al.* (2011), a satisfação geral dos utentes mostrou que a prestação de serviços bem-sucedida a nível dos cuidados de saúde primários pode ser considerada como uma medida fundamental para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Assim, a atenção dada à satisfação dos clientes é um passo fundamental para a melhoria da qualidade e deve ser feito de forma contínua.

Na linha de pensamento de Fernandes (2006), a qualidade em saúde poderá ser abordada sob várias perspetivas: para o utente é importante ser bem assistido, com conforto e segurança; para os profissionais de saúde é importante melhorar a sua prática profissional; muito importante também, para os administradores e gestores hospitalares é uma gestão racionalizada, o que entra por vezes em rutura com os profissionais de saúde uma vez que precipita a diminuição de consumo de recursos.

Para Batista (2010), a organização deve pleitear uma política de qualidade eficaz que procure avaliar o que o cliente pensa acerca do serviço que lhe é prestado e esforçar-se por ir ao encontro daquilo que realmente é importante para o cliente.

Rocha e Trevizan (2009) consideram a enfermagem uma classe profissional privilegiada pelo seu contacto assíduo e contínuo com o utente, conhecendo melhor os seus desejos e expectativas em relação à qualidade de um serviço de saúde.

Muitos são os critérios que emergem quando se fala em qualidade de um serviço de saúde: acessibilidade, condições físicas, tempo de espera, comunicação, privacidade, competências técnicas, sensibilidade, entre muitos outros.

Neste sentido, seria interessante e enriquecedor analisar as diferentes percepções acerca da qualidade dos serviços de saúde, tendo por base os vários critérios que definem o conceito qualidade.

Pires (1996) refere que a definição de qualidade vai depender dos critérios que os utentes estabelecem e quais os objetivos traçados por estes. O mesmo se verifica quando se fala da definição de qualidade por parte dos profissionais de saúde.

Para Gummesson (2002), no caso de um serviço de saúde o comportamento do utente torna-se parte da produção do serviço e a interação deste com o profissional de saúde determina a qualidade. Daí a importância do conhecimento da percepção acerca da qualidade de ambas as partes envolvidas numa relação de prestação de um serviço de saúde.

Após um estudo de investigação, Silvestro (2005) sugere que o serviço de saúde e gestores necessitam de focar mais atenção em compreender as necessidades dos utentes. Isto porque existem percepções diferentes entre os diferentes grupos de utentes, dependendo das características individuais e momento que se atravessa no processo da saúde/doença.

Também entre os diferentes grupos profissionais as percepções e sensibilidades diferem (Silvestro, 2005).

Silvestro (2005) demonstrou que os utentes dão maior ponderação a fatores como comunicação, integridade e privacidade, ou seja, valor acrescido a fatores interpessoais. A privacidade poderá ser considerada como o maior *gap*.

Segundo o mesmo autor, os enfermeiros dão também ponderação a fatores como cuidado e comunicação mas também muita ponderação a competência técnica na definição de qualidade, enquanto cargos de gestão ponderam em primeiro lugar o acesso e a competência, deixando para último os fatores interpessoais.

Herrera-Kiengelher *et al.* (2009) realizaram um estudo num hospital mexicano que pretendia investigar a qualidade na relação entre profissionais de um serviço de saúde e os utentes recetores dos cuidados de saúde. Este estudo demonstrou que é necessário adicionar à componente técnica de uma relação a compreensão das necessidades e expectativas dos utentes.

Com o intuito de ajudar os gestores, vários estudos têm vindo a ser feitos com o intuito de fornecer informação que possa ajudar a melhorar a qualidade dos serviços percebida pelos consumidores.

Quader (2009) desenvolveu um estudo realizado no *Benenden Hospital*, Reino Unido, que focou a medição do *gap* entre as expectativas dos utentes e as expectativas dos gestores em relação às dimensões da qualidade.

Quader (2009) definiu dois objetivos para o referido estudo:

1. Explicar os benefícios de compreender e medir a qualidade;
2. Descrever a eficácia de medir a qualidade e mostrar como a avaliação pode ser usado de uma forma positiva para melhorar a prestação de serviços.

Este estudo foi baseado no *Gap 1* do Modelo da Qualidade de Serviços, Parasuraman *et al.* (1985): expectativas dos utentes e a percepção dos gestores acerca dessas mesmas expectativas.

Os resultados deste estudo confirmam que na generalidade os utentes e gestores concordam com a importância cedida aos vários aspetos da qualidade, contudo, segundo Quader (2009), os gestores subestimam as expectativas do utente em dimensões de confiabilidade e capacidade de resposta. O mesmo estudo traduz que os gestores sobrevalorizam expectativas dos utentes em relação às dimensões tangíveis da qualidade. Não foi identificado significativo *gap* nas dimensões de empatia e segurança.

Quader (2009) constata que estes resultados vêm inovar e contrapor iniciais estudos semelhantes a estes, como é o caso do estudo desenvolvido por O' Connor *et al.* (1994 e 2000) que concluiu que os gestores sobrevalorizam as expectativas dos utentes acerca de segurança, confiança, confiabilidade e empatia. Por outro lado são subestimadas as expectativas das dimensões tangíveis.

O presente estudo pretende consolidar os vários estudos já existentes acerca das diferentes percepções da qualidade de um serviço de saúde, chegando a conclusões válidas e objetivas acerca dos diversos componentes da avaliação da qualidade e critérios definidores.

3.2. Proposta de Modelo de Análise e Definição de Hipóteses

O essencial é investigar se existem realmente diferentes percepções acerca da qualidade dos serviços de saúde e quais os desvios existentes na qualidade, no sentido de apostar na melhoria continua dos serviços prestados.

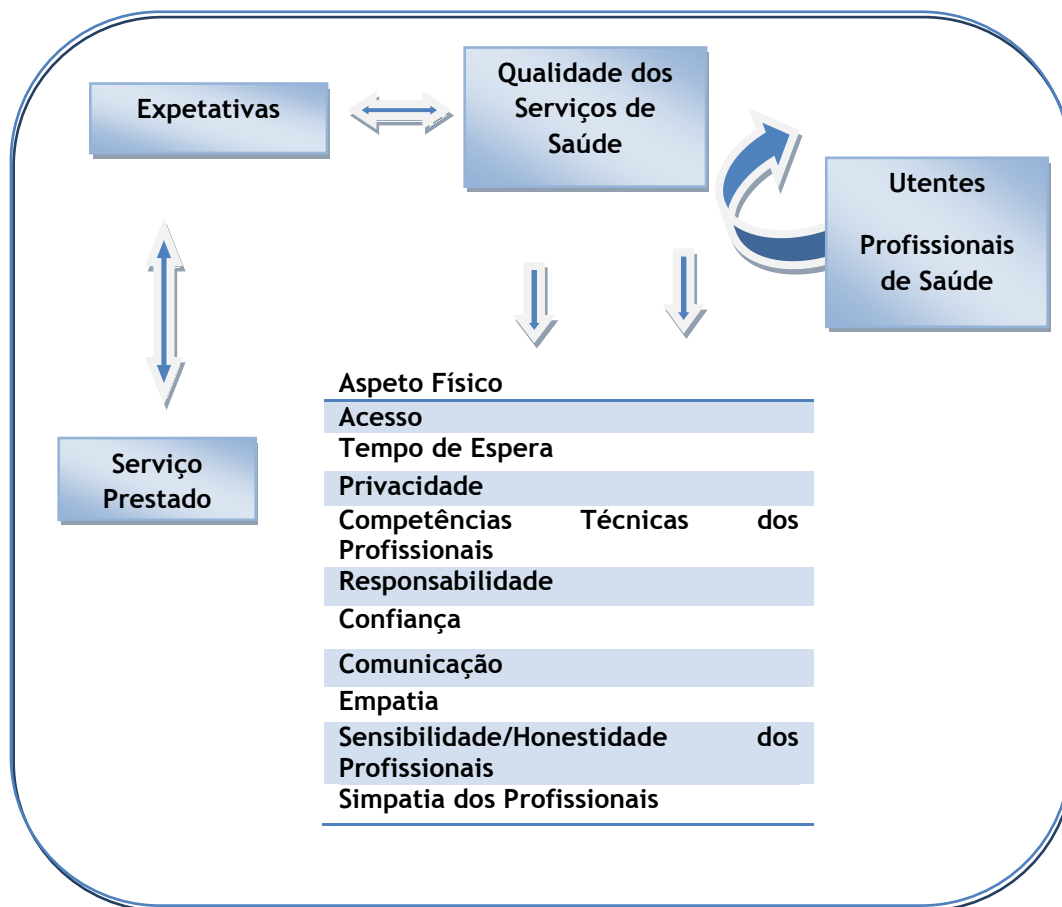
A figura 6 representa o modelo de análise do processo de investigação, subjacente a este estudo, e tem por base o modelo dos *gaps* da qualidade desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1985).

Este modelo de análise engloba e relaciona os principais conceitos chave deste trabalho de investigação centrado na qualidade dos serviços de saúde.

A qualidade dos serviços de saúde pode ser encarada através de critérios técnicos ou relacionais ou um complemento de ambos. Cada utente e cada profissional de saúde tendo em conta características pessoais, sociais e ambientais e expectativas inicialmente criadas, percebe de forma individual a qualidade de um serviço recebido ou prestado.

As dimensões da qualidade de um serviço de saúde vão ser analisadas em três grandes grupos: critérios físicos e funcionais que englobam aspetos físicos e estrutura orgânica, condições de acesso ao serviço de saúde e o tempo de espera pelo utente quer no internamento quer numa consulta externa; critérios técnicos como a privacidade providenciada no processo de prestação de cuidados e as várias competências técnicas dos profissionais de saúde; critérios relacionais que englobam a humanização dos serviços de saúde através da manutenção de confiança, simpatia, sensibilidade e honestidade dos profissionais de saúde, estabelecendo uma comunicação eficaz e uma relação empática tendo sempre como base a responsabilidade profissional.

Figura 6 - Modelo de análise



Fonte: Elaboração própria

A definição das hipóteses influencia todo o desenho e processo de investigação, na medida em que sustenta o caminho a percorrer. Citando Fortin (2006:165) “a hipótese é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica.”

Baseada na perspectiva do estudo de Silvestro (2005), onde se demonstrou que os utentes dão maior ponderação a fatores como comunicação, integridade e privacidade e os enfermeiros dão também ponderação a fatores como cuidado e comunicação mas também muita ponderação a competência técnica na definição de qualidade, definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1 - Os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados têm percepções iguais acerca da qualidade dos serviços de saúde.

H2 - Os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão igual importância aos critérios físicos e funcionais na qualidade de um serviço de saúde.

H3 - Os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão igual importância aos critérios técnicos na qualidade de um serviço de saúde.

H4 - Os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão igual importância aos critérios relacionais na qualidade de um serviço de saúde.

H5 - Os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão têm percepções iguais acerca da qualidade dos serviços de saúde.

H6 - Os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios físicos e funcionais na qualidade de um serviço de saúde.

H7 - Os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios técnicos na qualidade de um serviço de saúde.

H8 - Os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios relacionais na qualidade de um serviço de saúde.

H9 - Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão têm percepções iguais acerca da qualidade dos serviços de saúde.

H10 - Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios físicos e funcionais na qualidade de um serviço de saúde.

H11 - Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios técnicos na qualidade de um serviço de saúde.

H12 - Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios relacionais na qualidade de um serviço de saúde.

H13- As variáveis sociodemográficas e socioprofissionais não influenciam a percepção acerca dos critérios definidores da qualidade.

São conhecidos estudos que abordam a qualidade de um serviço de saúde e as diferentes percepções, contudo são escassos os que especificam a influência das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais nesta temática. Desta forma, uma das hipóteses de investigação contempla este aspeto para a amostra de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados

É através da verificação das hipóteses que se confirma ou infirma a relação entre grupos e variáveis. Geralmente recorre-se a testes estatísticos para a verificação de hipóteses, testes estatísticos de correlação e testes estatísticos de diferenças entre grupos (Fortin, 2006).

Em síntese, este modelo de análise e as hipóteses de investigação funcionam como uma espécie de síntese da revisão bibliográfica e ponto de partida para a parte empírica.

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica permite, através de um método, adquirir de forma rigorosa novos conhecimentos que dão resposta a questões inicialmente destacadas. Segundo Fortin (2006), a investigação científica destaca-se de outros tipos de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso.

A metodologia de investigação pressupõe, segundo Fortin (2006), um conjunto de meios e processos que permitem realizar a investigação, processo este que deve ser racional assentando numa colheita de dados observados e verificados para explicar fenómenos e responder a questões em estudo.

Para o decurso da presente investigação optou-se pelo recurso a uma mistura de metodologia quantitativa e qualitativa. Cada um destes tipos de investigação recorre a métodos distintos.

A metodologia quantitativa, uma das seleccionadas para esta investigação, interessa-se por questões objetivas e, segundo Fortin (2006), apela à dedução e às regras da lógica; segundo a mesma autora, tanto no tratamento da área temática como na obtenção dos dados e resultados tentam chegar a generalizações. Tal como o nome sugere, este tipo de metodologia recorre à quantificação dos dados recolhidos na investigação, na maior parte das vezes pela aplicação de questionários à amostra definida.

Por outro lado, a metodologia qualitativa, na perspetiva de Fortin (2006), ressalta o significado que um fenómeno estudado reveste para a amostra alvo do processo de investigação. Assim, segundo a mesma fonte, este método qualitativo recolhe dados sem existir uma quantificação e o seu principal objetivo é descobrir e compreender a essência do fenómeno em estudo. Ainda segundo Fortin (2006), esta metodologia preza pela indução, ou seja, partindo da generalização tenta-se compreender a realidade observada.

O objetivo prende-se em cruzar dados quantitativos e qualitativos, enriquecendo e relacionando os dados e resultados obtidos pela investigação realizada.

De seguida, serão abordadas um conjunto de etapas que compõe e caracterizam a metodologia de investigação propriamente dita.

4.1. Tipo de Estudo

Irá realizar-se no processo de investigação da temática apresentada um estudo do tipo descritivo-comparativo e correlacional.

Citando Fortin (2006:34) “a investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação.” Fala-se em estudo descritivo-comparativo na medida em que no presente estudo, para além da descrição de fenómenos, irá recorrer-se à comparação destes fenómenos em diferentes populações. Desta comparação pretende-se eclodir as principais semelhanças e diferenças entre populações.

Na linha de pensamento da mesma autora, a investigação correlacional também consiste num estudo não-experimental e tem como objetivo definir conceitos e variáveis e que relações existem entre eles.

Neste caso, através de um estudo descritivo e correlacional, pretende-se analisar as percepções dos utentes e profissionais de um serviço de saúde acerca da qualidade dos serviços de saúde e quais as principais diferenças entre essas mesmas perspetivas. Da mesma forma, pretende-se apreender qual a relação entre as dimensões da qualidade e as percepções da amostra definida.

4.2. População e Amostra

Depois de levantado o cerne da investigação é prioritária a definição da população na qual se vai recolher informação para aceitar ou rejeitar as hipóteses formuladas.

Citando Fortin (2006:311) a população alvo define-se como “o conjunto de indivíduos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente”. Assim, é permitido fazer generalizações.

Desta forma, uma amostra constitui o objeto do estudo e é uma fração da população (Fortin, 2006). A amostra é representativa na medida em que certas características estão presentes em toda a população, ou seja, pode substituir a população-alvo.

A amostra a constituir será escolhida através da amostragem não probabilística, a amostra acidental ou de conveniência.

Para Fortin (2006), ao contrário da amostragem probabilística, a amostragem não probabilística não concede a todos os elementos da população igual probabilidade de incluir a amostra. Por sua vez, a amostra acidental ou de conveniência baseia-se na escolha dos indivíduos pelo facto de estarem presentes num local e num preciso momento (Fortin 2006).

Dado o tamanho da população, seleciona-se uma amostra representativa da população definida para o estudo - os utentes e profissionais da Unidade local de Saúde (ULS) da Guarda, Entidade Pública Empresarial (EPE) - Hospital Sousa Martins (HSM).

A amostra relativa aos profissionais do serviço de saúde incluirá enfermeiros em prestação direta de cuidados e elementos com cargos de gestão no HSM - ULS da Guarda, EPE. Os elementos com cargo de gestão contemplam os enfermeiros-chefes dos serviços do HSM e enfermeiros supervisores. Dada a mudança recente do Conselho de Administração da ULS da Guarda, EPE não foi possível a realização da entrevista a estes elementos.

O objetivo inicial contemplava uma amostra de gestores hospitalares a nível nacional, contudo o tamanho da amostra poderia não ser significativa devido ao menor número de gestores e à dificuldade acrescida de os questionar por questões burocráticas.

Selecionaram-se os utentes de internamento do serviço de pneumologia da ULS Guarda, EPE, HSM, pela frequência e assiduidade de contacto.

Foram contactados os enfermeiros-chefes dos serviços de pneumologia, cirurgia mulheres, serviço de ortopedia homens e serviço de otorrino/ofthalmologia para explicar os objetivos do estudo investigação e distribuir os questionários, incentivando os enfermeiros em prestação direta de cuidados ao seu preenchimento. A escolha destes serviços teve a ver com o facto de existir o conhecimento prévio da disponibilidade destes profissionais para o seu preenchimento.

Em relação aos elementos com cargo de gestão foi marcada a entrevista de forma prévia de acordo com a disponibilidade profissional.

4.3. Local de Implementação do Estudo

O local de implementação da investigação será então a ULS da Guarda, EPE, HSM.

As características específicas de um serviço de internamento permitirão a recolha de dados mais completos e fidedignos, uma vez que a relação entre os utentes e os profissionais de saúde, em especial enfermeiros, é mais assídua e de carácter contínuo.

4.4. Definição de Variáveis

A definição de variáveis é essencial pois, sustentada pela opinião de Fortin (2006), são estas que substanciam hipóteses de investigação. No fundo são os conceitos e a unidade básica da investigação. As variáveis são qualidades ou características de pessoas ou objetos de situações que podem variar no tempo e que podem ser medidos, controlados ou manipulados (Fortin 2006).

Uma variável dependente é, segundo Fortin (2006), a que sofre efeito das variáveis independentes que manipuladas pelo investigador causam efeito sobre esta.

Assim, uma variável independente é introduzida e manipulada pelo investigador de forma a exercer efeito sobre a variável dependente (Fortin, 2006).

No presente processo de investigação identificam-se as seguintes variáveis:

Variável dependente: Qualidade dos serviços de saúde - critérios físicos/funcionais, técnicos e relacionais.

Variáveis independentes: Percepção do utente acerca dos critérios que definem a qualidade de um serviço de saúde; Percepção dos profissionais do serviço de saúde - enfermeiros em prestação direta de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão - acerca dos critérios que definem a qualidade de um serviço de saúde.

4.5. Métodos e Técnicas de Recolha e Tratamento de Dados

Os dados podem ser colhidos de diversas formas. Compete ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor lhe convém ao objetivo de estudo (Fortin 2006). Ainda segundo a autora, o investigador deve questionar-se acerca da pertinência do método selecionado para esta recolha, uma vez que é a informação extraída que conduzirá o estudo e conclusões do mesmo.

Irá então recorrer-se à implementação de um questionário, tanto aos utentes, como aos profissionais de saúde em prestação direta de cuidados - enfermeiros, dadas as variáveis e questão em estudo (Anexo 1 e 2 respetivamente).

Fortin (2006:380) define questionário como “um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões”. Este é um dos métodos mais utilizado, principalmente pelo seu caráter prático e de rápido preenchimento.

Fortin (2006) refere que este instrumento é um meio rápido e pouco dispendioso, assim como flexível no tempo e espaço. Assim, considerado o adequado para a amostra e variáveis em questão.

Aos elementos representativos de cargos de gestão - enfermeiros-chefes e enfermeiros supervisores - irá ser realizada uma entrevista dirigida, método de colheita de dados mais representativos de uma investigação qualitativa (Anexo 3).

Optou-se também pela entrevista dado o facto de a amostra de elementos com cargos de gestão ser reduzida.

Fortin (2006:375) define entrevista como “um modo de comunicação verbal que se estabelece entre duas pessoas, isto é, um entrevistador e um respondente.” Uma entrevista dirigida uma vez que a natureza das questões a colocar, a sua formulação e a sua ordem de apresentação são determinadas antecipadamente (Fortin, 2006).

Para proceder à implementação dos questionários e realização das entrevistas procedeu-se ao pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULS da Guarda, EPE, o qual deu parecer positivo e autorização para início do estudo de investigação a 12/12/2011 (Anexos 4 e 5 respetivamente).

O processo de recolha de dados decorreu de 01/01/2012 a 01/04/2012 e obteve-se uma amostra de 36 utentes, 46 enfermeiros em prestação direta de cuidados, 10 enfermeiros-chefes e 3 enfermeiros supervisores.

Apenas foi possível a recolha de 36 questionários de utentes pelo facto de no período de recolha de dados haver uma menor rotatividade destes, com um internamento prolongado e sobretudo por um acréscimo de utentes pouco lúcidos e sem capacidade de resposta válida.

A construção dos questionários e entrevista foi baseada na escala *SERVQUAL* e em vários estudos acerca da qualidade de um serviço. Ambos os questionários e entrevista possuem uma tabela similar que permite a avaliação da qualidade de um serviço de saúde e principais critérios que a definem numa perspetiva de comparação entre as três percepções abordadas: utentes, enfermeiros em prestação direta de cuidados e enfermeiros-chefes e enfermeiros supervisores.

Por sua vez estes critérios definidores da qualidade estão englobados em dimensões da qualidade de um serviço, tendo por base a perspetiva de Parasuraman *et al.* (1988) que evidencia cinco dimensões da qualidade: Tangíveis, Fiabilidade, Capacidade de resposta, Segurança e Empatia. As dimensões tangíveis e capacidade de resposta englobam sobretudo critérios físicos e funcionais de um serviço de saúde, por sua vez, a fiabilidade transparece a competência técnica dos profissionais de saúde e por último a segurança e empatia asseguram os critérios relacionais.

O quadro 2 representa a parte substancial dos questionários e entrevista aplicados uma vez que aborda os principais critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde, apresentados inicialmente em lista mas englobados posteriormente em três grandes grupos: físicos/funcionais, técnicos e relacionais.

Quadro 2 - Critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde avaliados na implementação dos questionários e entrevista

<u>1.Aspecto físico do serviço</u>	Critérios Físicos e Funcionais
1.1.Limpeza e higiene das instalações	
1.2.Fardamento dos profissionais de saúde	
1.3.Equipamento inovador	
<u>2.Acesso</u>	
2.1.Facilidade para encontrar o serviço de saúde (localização, sinalização, informação,..)	
2.2.Transportes para o serviço de saúde	
<u>3.Tempo de espera</u>	
3.1. Tempo de espera após a solicitação de um profissional	
3.2. Atendimento na hora marcada	Critérios Técnicos
<u>4.Privacidade na prestação de cuidados</u>	
<u>5.Competências técnicas dos profissionais</u>	
5.1.Eficiência	Critérios Relacionais
5.2.Destreza técnica	
<u>6.Responsabilidade profissional</u>	
6.1. Cumprimento dos deveres profissionais	
6.2. Respeito pelos direitos dos utentes	
<u>7.Confiança transmitida pelos profissionais</u>	
7.1. Firmeza na prestação de serviços	
7.2. Demonstração de segurança	
7.3.Capacidade de resposta	
<u>8.Comunicação</u>	Critérios Relacionais
8.1. Transmissão das características e funcionalidades do serviço	
8.2. Transmissão de informações acerca de cada procedimento clínico	
8.3. Transmissão de informação clínica ao utente	

<u>9. Empatia</u>	
9.1. Disponibilidade dos profissionais para estabelecer uma relação interpessoal	
9.2. Disponibilidade para escutar	
9.3. Interesse pelo utente e pessoas significativas	
9.4. Respeito pelas características pessoais, sociais e culturais do utente	
<u>10.Sensibilidade/honestidade dos profissionais</u>	
10.1. Sinceridade e veracidade	
10.2. Identificação das necessidades do utente	
2.3. Equidade na prestação de serviço	
<u>11.Simpatia dos profissionais</u>	

Fonte: Elaboração própria

Para avaliar a importância de cada um destes itens foi utilizada uma escala tipo “*Likert*”, com 35 itens pontuáveis de 1 a 7, em que 1 significa uma baixa importância do critério na definição da qualidade de um serviço de saúde e 7 significa uma importância elevada. Pedese ao inquirido que assinale a importância que cada um destes itens tem na sua perspetiva para a qualidade de um serviço de saúde.

Foram efetuados grupos extremos revisto que permitissem efetuar a classificação da importância de cada critério na definição da qualidade de um serviço de saúde, utilizando-se a fórmula apresentada por Pestana e Gajairo (2008):

$$(Média \pm 0,25.Dp)$$

Para o resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação:

- **Pouca Importância** = \leq média - 0,25.Dp
- **Razoável Importância**= \geq média - 0,25.Dp \geq M \leq média + 0,25.Dp
- **Elevada Importância** = \geq média + 0,25.Dp

Nas restantes partes dos questionários recorreu-se a escalas tipo “*Likert*” de 5 pontos, cujos extremos variavam: “1- Muito insatisfeito”, “5 - Muito satisfeito”; “1- Muito pior do que eu esperava”, “5 - Muito melhor do que eu esperava”; “1- Discordo totalmente”, “5 - Concordo totalmente”. Foi ainda acrescentado nas escalas “6- Não sabe/Não se aplica”.

Em termos de tratamento estatístico da informação quantitativa recolhida, numa primeira fase efetuou-se uma análise a todos os questionários com o intuito de excluir os que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos.

Recorreu-se ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19.0 de 2011 para tratar os dados recolhidos através dos questionários aplicados e parte da investigação quantitativa das entrevistas dirigidas através de técnicas de estatística descritiva e inferencial, nomeadamente, frequências absolutas e percentuais, médias, desvios padrão, coeficiente de variação e testes estatísticos:

- Teste *t* de *student* - teste paramétrico para comparação entre médias de variáveis distintas;
- Teste *U* de *Mann-Whitney* - teste não paramétrico para comparação do centro de localização de amostras independentes;
- Teste *Kruskal-Wallis* teste não paramétrico para comparação entre duas ou mais amostras independentes e respetivas distribuições de variáveis definidas;
- Testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro Wilk* como testes de normalidade.

O coeficiente de variação, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), é uma medida de dispersão e permite comparar a variabilidade de duas variáveis que não tenham observações aberrantes. O quadro 3 indica a sua variabilidade:

Quadro 3 - Grau de dispersão em função do coeficiente de variação

Coeficiente de variação	Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão fraca
16% - 30%	Dispersão média
> 30%	Dispersão elevada

Nas análises estatísticas utilizaram-se os seguintes valores de significância, conforme exposto no quadro 4 (Pestana e Gageiro, 2008):

Quadro 4 - Interpretação dos valores de significância

$p < 0.05$ *	Diferença estatística significativa
$p < 0.01$ **	Diferença estatística bastante significativa
$p < 0.001$ ***	Diferença estatística altamente significativa
$p > 0.05$ ns	Não significativa

Na análise inferencial a opção por testes não-paramétricos justificou-se pelo reduzido tamanho da amostra e pelo facto de apresentar uma distribuição que não obedece ao princípio da normalidade (Pestana e Gageiro, 2008).

Optou-se por apresentar os resultados através de tabelas, sendo elementos que permitem destacar os resultados de forma mais evidente e compreensível. A apresentação e análise dos dados encontram-se de acordo com a linearidade e ordem dos instrumentos de colheitas de dados.

Para o tratamento da informação qualitativa recolhida com a realização de entrevistas dirigidas procedeu-se à análise de conteúdo descritiva, nomeadamente, análise de conteúdo tradicional. Segundo Guerra (2006), neste tipo de análise recorre-se ao *corpus* centrais das entrevistas de forma a identificar e contar categorias e subcategorias fazendo uma análise de conteúdo temática.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos com o tratamento dos dados colhidos nos questionários e entrevistas aplicadas à amostra definida para o estudo.

Com a análise descritiva pretende-se apresentar os resultados de forma a estudar as características da amostra em investigação e as diversas variáveis intervenientes no estudo, por vezes aplicando o teste *t* de *student*, teste paramétrico, para comparações entre médias.

A caracterização sociodemográfica e socioprofissional da amostra de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados encontra-se em anexo (Anexo 6).

Posteriormente apresenta-se a análise inferencial e, por último, surge uma análise qualitativa onde é efetuada uma análise de conteúdo das entrevistas realizadas à amostra de enfermeiros com cargos de gestão.

5.1. Análise Descritiva

A. Análise do contacto dos utentes com o serviço de saúde

A amostra de utentes quando inquirida foi questionada acerca da frequência de recurso aos serviços de saúde e a tabela 1 apresenta os resultados com distribuição por ambos os géneros.

Observa-se que em relação à amostra total de utentes, 47,2% desta responde recorrer com frequência aos serviços de saúde contra 52,8% da amostra que nega recorrer com frequência aos serviços de saúde.

Analisando as respostas de acordo com o género, 55,6% das utentes responde não à questão e 44,4% responde sim. Já em relação à amostra masculina as respostas foram divididas de forma mais equilibrada, 50% respondeu sim à questão aplicada e 50% respondeu não à mesma questão.

Os utentes do género masculino têm internamentos mais frequentes na instituição do que os utentes do género feminino, os primeiros com uma frequência de internamentos de zero a cinco vezes e os segundos com uma frequência que varia entre zero a três vezes. De realçar que a média do número de internamentos na instituição é semelhante para ambos os géneros, sendo o valor desta 1.

Tabela 1 - Frequência do recurso dos utentes aos serviços de saúde por género

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	8	44,4	9	50,0	17	47,2
Não	10	55,6	9	50,0	19	52,8
Total	18	100,0	18	100,0	36	100,0

B. Apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM por parte da amostra de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados

De uma forma geral os utentes da ULS Guarda, EPE, HSM estão satisfeitos com a qualidade global desta instituição. Tendo em conta a soma das respostas das quatro questões apresentadas, 40,3% dizem-se satisfeitos e mesmo 30,6% encontram-se muito satisfeitos (tabela 2).

Nenhuma das questões acerca da satisfação global com a qualidade deste serviço de saúde obteve como resposta muito insatisfeito e apenas 7,6% da amostra de utentes, onze utentes, está insatisfeita. Ainda 21,5% dos utentes referem estar nem insatisfeitos, nem satisfeitos.

As quatro questões levantadas acerca da avaliação da qualidade da instituição no que diz respeito à satisfação global, à satisfação com os cuidados de saúde e desempenho dos profissionais e por último à satisfação tendo em consideração as expectativas iniciais obtiveram-se respostas semelhantes em quantificação da satisfação. De realçar a satisfação com o desempenho dos profissionais de saúde, 44,4% dos utentes do HSM estão satisfeitos e 33,3% estão muito satisfeitos.

À semelhança dos utentes, e como mostra também a tabela 2, a amostra dos enfermeiros em prestação direta de cuidados também está satisfeita com a qualidade global da ULS Guarda, EPE, HSM, enquanto profissionais, 50% dos enfermeiros estão satisfeitos e 6,5% muito satisfeitos.

Infere-se que os resultados da satisfação global enquanto utentes são muito semelhantes dos resultados da satisfação global enquanto profissionais.

Somando as respostas às quatro questões apresentadas, 51,6% da amostra de enfermeiros está satisfeita e 9,3% muito satisfeita. É importante referir que na amostra de enfermeiros existiram 2,1% de respostas de muito insatisfeito acerca da soma das questões da satisfação com a qualidade global da instituição ao contrário do que se verificou na amostra de utentes, onde a percentagem de respostas de muito insatisfeito foi nula.

Em relação à satisfação com os cuidados de saúde prestados 8,7% da amostra está insatisfeita, 23,9% nem insatisfeita, nem satisfeita, 60,9% está satisfeita e ainda 6,5% está muito satisfeita. Por sua vez, quando questionados os enfermeiros acerca da satisfação com o trabalho em equipa interdisciplinar os resultados foram positivos, 47,8% encontram-se satisfeitos e 7 enfermeiros caracterizam-se como muito satisfeitos o que corresponde a uma percentagem de 15,2%.

Contudo, ainda 4,3% dos enfermeiros dizem-se muito insatisfeitos, 17,4% insatisfeitos e 15,2% nem insatisfeitos, nem satisfeitos o que transparece uma certa ambiguidade na satisfação com o trabalho interdisciplinar.

Tabela 2 - Apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM por parte da amostra de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados

Utentes	Satisfação global com o HSM		Satisfação com os cuidados de saúde		Satisfação com o desempenho dos profissionais		Satisfação tendo em conta as expectativas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito insatisfeito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Insatisfeito	4	11,1	3	8,3	1	2,8	3	8,3	11	7,6
Nem insatisfeito /Nem satisfeito	8	22,2	8	22,2	7	19,4	8	22,2	31	21,5
Satisfeito	13	36,1	14	38,9	16	44,4	15	41,7	58	40,3
Muito satisfeito	11	30,6	11	30,6	12	33,3	10	27,8	44	30,6
Enfermeiros	Satisfação global com o HSM enquanto profissional		Satisfação com os cuidados de saúde		Satisfação com o trabalho em equipa interdisciplinar		Satisfação global com o HSM enquanto utente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito insatisfeito	1	2,2	0	0,0	2	4,3	1	2,2	4	2,1
Insatisfeito	7	15,2	4	8,7	8	17,4	4	8,7	23	12,5
Nem insatisfeito /Nem satisfeito	12	26,1	11	23,9	7	15,2	15	32,6	45	24,5
Satisfeito	23	50,0	28	60,9	22	47,8	22	47,8	95	51,6
Muito satisfeito	3	6,5	3	6,5	7	15,2	4	8,7	17	9,3

Com base na tabela 3, relativamente à afirmação A, a média situa-se nos 3,9 para os utentes, já para a satisfação dos enfermeiros enquanto profissionais a média é 3,4. Observando as médias da apreciação global da qualidade apuradas na tabela 3 entende-se que ambas as amostras estão satisfeitas com a ULS Guarda, HSM e infere-se que as diferenças encontradas entre as amostras não são estatisticamente significativas ($t=2,025$; $p=0,816$).

Para a questão B, a média da satisfação com os cuidados de saúde é 3,9 para os utentes e para os enfermeiros 3,6. Também neste caso as diferenças não são estatisticamente significativas ($t=1,432$; $p=0,251$).

A média da questão C relativa aos utentes é de 4,1 e a dos enfermeiros de 3,5 e foram encontradas diferenças estatísticas bastante significativas ($t=2,585$; $p=0,012$).

Tal como se verificou na questão B, também na questão D não existem diferenças estatisticamente significativas ($t=1,859$; $p=0,968$) para a satisfação dos utentes tendo em conta as suas expectativas e a satisfação dos enfermeiros enquanto profissionais.

Tabela 3 - Estatísticas da apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM por parte dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados

Apreciação global da qualidade	Utentes		Enfermeiros		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
A-Satisfação global com o HSM enquanto utente/enquanto profissional	3,9	1,00	3,4	1,00	2,025	0,816ns
B-Satisfação com os cuidados de saúde	3,9	0,93	3,6	0,74	1,432	0,251ns
C-Satisfação com o desempenho dos profissionais/ satisfação com o trabalho em equipa interdisciplinar	4,1	0,80	3,5	1,09	2,585	0,012*
D-Satisfação tendo em conta as expectativas/Satisfação enquanto profissional	3,9	0,92	3,5	0,86	1,859	0,968ns

ns $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Em relação à amostra individual de utentes, observando a tabela 4, parecem haver discordâncias entre a opinião dos géneros, com uma média sempre superior por parte dos utentes do género masculino nas quatro afirmações que apreciam globalmente a qualidade da instituição. É evidente a satisfação dos utentes com o desempenho dos profissionais.

Somente na questão D existem diferenças estatisticamente significativas entre a opinião dos géneros ($t = -1,091$ e $p < 0,05$).

Por sua vez, a tabela 5 mostra a diferença entre a opinião dos utentes que recorrem frequentemente ao serviço de saúde e a opinião dos utentes que não recorrem com tanta frequência. Os utentes que recorrem com maior frequência ao serviço de saúde apresentam-se mais satisfeitos do que o segundo grupo com valores de médias que variam entre 4,0 e 4,2.

Apesar das dissemelhanças, em nenhuma das quatro afirmações se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de utentes porque $p > 0,05$ nas quatro análises.

Tabela 4 - Estatísticas da apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos utentes por género

Apreciação global da qualidade	Feminino		Masculino		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
A- Satisfação global com o HSM enquanto utente	3,7	1,08	4,1	0,87	-1,185	0,117ns
B- Satisfação com os cuidados de saúde	3,7	1,07	4,1	0,76	-1,255	0,081ns
C- Satisfação com o desempenho dos profissionais	3,9	0,94	4,2	0,65	-1,035	0,160ns
D- Satisfação tendo em conta as expectativas	3,7	1,07	4,1	0,72	-1,091	0,040*

ns $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Tabela 5 - Estatísticas da apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos utentes por frequência de recurso ao serviço de saúde

Apreciação global da qualidade	Recorre com frequência		Não recorre com frequência		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
A- Satisfação global com o HSM enquanto utente	4,1	0,90	3,7	1,02	1,349	0,775ns
B- Satisfação com os cuidados de saúde	4,2	0,90	3,8	0,95	1,147	0,809ns
C- Satisfação com o desempenho dos profissionais	4,2	0,83	4,0	0,80	0,821	0,312ns
D- Satisfação tendo em conta as expectativas	4,0	0,91	3,8	0,94	0,540	0,692ns

ns p> 0,05

Abordando individualmente a amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados por género parece que a apreciação geral da qualidade diverge. Em relação à afirmação A, e ao contrário do resto das afirmações, as enfermeiras do género feminino atribuem maior pontuação à satisfação enquanto profissional.

Existem diferenças estatisticamente bastante significativas entre os géneros aquando da resposta à satisfação global enquanto profissional com uma média de 3,5 no género feminino e 3,1 no género masculino, sendo $t=1,060$ e $p < 0,05$, assim, as enfermeiras estão mais satisfeitas globalmente enquanto profissionais do que os enfermeiros (tabela 6).

Tabela 6 - Estatísticas da apreciação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos enfermeiros em prestação direta de cuidados por género

Apreciação global da qualidade	Feminino		Masculino		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
A-Satisfação global enquanto profissional	3,5	0,80	3,1	1,36	1,060	0,008*
B-Satisfação com os cuidados de saúde	3,6	0,75	3,7	0,71	-0,409	0,774ns
C-Satisfação com o trabalho em equipa interdisciplinar	3,5	1,01	3,7	1,49	-0,647	0,237ns
D-Satisfação enquanto profissional	3,5	0,83	3,6	1,06	-0,369	0,296ns

ns p> 0,05

* p < 0,05

C. Classificação da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM por parte dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados tendo em conta as expectativas iniciais

A amostra de utentes quando inquirida acerca da classificação da qualidade global dos serviços prestados pela ULS Guarda, EPE, HSM nunca respondeu muito pior do que esperava e não sabe/não se aplica. Conforme se observa na tabela 7, apenas um utente considerou a qualidade global dos serviços prestados pior do que esperava, ao passo que, 38,9% da amostra

de utentes respondeu como eu esperava, 33,3% respondeu melhor do que esperava e ainda nove utentes, 25% da amostra responderam muito melhor do que esperava.

Destacando agora a classificação da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais, de forma similar à questão abordada anteriormente houve uma ausência de respostas na categoria muito pior do que eu esperava e não sabe/não se aplica. Contudo, os resultados expostos na tabela 7 traduzem que 2,8% da amostra respondeu pior do que esperava, 36,1% respondeu como eu esperava, 38,9% respondeu melhor do que esperava e 22,2% muito melhor do que esperava.

De uma forma global os resultados são positivos e satisfatórios porque na totalidade das respostas às duas questões apenas 2,8% da amostra respondeu uma qualidade global pior do que esperava e uma parte bastante representativa da amostra, 23,6%, respondeu muito melhor do que esperava.

Conforme se depreende da tabela 7, nenhum dos enfermeiros respondeu muito pior do que esperava quando questionados acerca da qualidade global dos serviços prestados ou qualidade global dos cuidados prestados pelos profissionais.

Na questão que aborda a qualidade global dos serviços prestados pela ULS Guarda, EPE, HSM cerca de 10,8% da amostra dos enfermeiros em prestação direta de cuidados respondeu pior do que esperava, 67,4% dos enfermeiros correspondente à maioria da amostra, respondeu como eu esperava, 17,4% respondeu melhor do que eu esperava e apenas 2,2% da amostra respondeu muito melhor do que eu esperava.

Relativamente à qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da instituição as respostas e sua frequência foram semelhantes, com um ligeiro aumento da representatividade da resposta melhor do que eu esperava (26,2%) e da resposta muito melhor do que eu esperava como uma percentagem de 4,3%.

Curiosamente, na soma das respostas das duas questões exploradas 3,3% da amostra dos enfermeiros respondeu não sabe ou não se aplica, o que equivale a três dos enfermeiros inquiridos.

A tabela 8 apresenta a comparação das médias da qualidade global da instituição entre as duas amostras: utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados. Para a afirmação A as médias para os utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados são respetivamente 3,8 e 3,2, com uma diferença estatisticamente significativa ($t=3,582;p=0,037$), ou seja, as amostras classificam de maneira diferente a qualidade global da instituição, sendo que os utentes atribuem maior qualidade aos serviços prestados do que os enfermeiros.

No que respeita à afirmação B, acerca da qualidade global dos cuidados prestados pelos profissionais, a média para a amostra de utentes é 3,8 e para a segunda amostra é 3,4, sem diferença estatística significativa ($t=2,175;p=0,984$).

Tabela 7 - Classificação da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM por parte da amostra de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados

Utentes	Qualidade global dos serviços prestados		Qualidade global dos cuidados prestados pelos profissionais		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muito pior do que esperava	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pior do que esperava	1	2,8	1	2,8	2	2,8
Como eu esperava	14	38,9	13	36,1	27	37,5
Melhor do que esperava	12	33,3	14	38,9	26	36,1
Muito melhor do que eu esperava	9	25,0	8	22,2	17	23,6
Não sabe/ Não se aplica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Enfermeiros						
Muito pior do que esperava	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pior do que esperava	5	10,8	4	8,7	9	9,8
Como eu esperava	31	67,4	26	56,5	57	61,9
Melhor do que eu esperava	8	17,4	12	26,2	20	21,7
Muito melhor do que eu esperava	1	2,2	2	4,3	3	3,3
Não sabe/ Não se aplica	1	2,2	2	4,3	3	3,3

Tabela 8 - Estatísticas da opinião dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados acerca da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM

Classificação global da qualidade	Utentes		Enfermeiros		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
A-Qualidade global dos serviços prestados	3,8	0,85	3,2	0,74	3,582	0,037*
B- Qualidade global dos cuidados prestados pelos profissionais	3,8	0,82	3,4	0,88	2,175	0,984ns

ns $p > 0,05$ * $p < 0,05$

Na amostra de utentes parece existir concordância na classificação da qualidade global da instituição entre os géneros, conforme identifica a tabela 9, com uma média de 3,8 em ambas as afirmações apresentadas, não existindo assim diferenças estatisticamente significativas para as afirmações A e B, com valores de p de 0,296ns e 0,098ns ($p > 0,05$) respetivamente.

Tabela 9 - Estatísticas da classificação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos utentes por género

Classificação global da qualidade	Feminino		Masculino		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
A-Qualidade global dos serviços prestados	3,8	0,94	3,8	0,79	- 0,192	0,296ns
B- Qualidade global dos cuidados prestados pelos profissionais	3,8	0,94	3,8	0,71	-0,200	0,098ns

ns p> 0,05

Tanto os utentes que recorrem frequentemente ao serviço de saúde como os que não o fazem estão de forma geral satisfeitos com a qualidade global com um valor de média similar, 3,8.

Por outro lado os utentes que mais recorrem ao serviço de saúde parecem estar mais satisfeitos com os cuidados de saúde prestados (tabela 10).

Mais uma vez não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos distintos de utentes no que diz respeito às afirmações A e B presentes na tabela 10, p> 0,05.

Tabela 10 - Estatísticas da classificação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos utentes por frequência de recurso ao serviço de saúde

Classificação global da qualidade	Recorre com frequência		Não recorre com frequência		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
A-Qualidade global dos serviços prestados	3,8	0,80	3,8	0,90	0,211	0,449ns
B- Satisfação com os cuidados de saúde	3,9	0,76	3,7	0,86	0,640	0,309ns

ns p> 0,05

A tabela 11 destaca as diferenças encontradas nas opiniões dos enfermeiros de diferente género acerca da qualidade.

Em ambos os casos, afirmação A e B, as respostas entre géneros não representam diferenças estatisticamente significativas (t= - 1,386;p=0,789 e t=-1,275; p=0,621)

Tabela 11 - Estatísticas da classificação global da qualidade da ULS Guarda, EPE, HSM dos enfermeiros em prestação direta de cuidados por género

Classificação global da qualidade	Feminino		Masculino		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
A-Qualidade global dos serviços prestados	3,1	0,76	3,5	0,53	-1,386	0,789ns
B- Satisfação com os cuidados de saúde	3,3	0,84	3,7	1,03	-1,275	0,621ns

ns p> 0,05

D. Percepção da qualidade de um serviço de saúde por parte dos utentes

Os utentes foram questionados acerca da qualidade de um serviço de saúde tendo por base as três afirmações presentes na tabela 12 que abordam diferentes percepções da qualidade e possíveis causas para a falha ou ausência desta.

Observando a tabela 12 conclui-se que 27,8% dos utentes concordam com a existência de diferentes percepções acerca dos critérios que definem a qualidade e 22,2% destes concordam totalmente. Constata-se também que nenhum utente discorda totalmente da afirmação mas 19,4% dos utentes discordam dela, 19,4% nem concordam nem discordam e ainda para 11,1% da amostra não sabe ou não se aplica.

Também é visível na tabela 12 que existe uma enorme indecisão acerca da valorização da opinião dos utentes por parte dos membros que constituem a gestão da instituição onde decorreu o estudo, 38,9% dos utentes nem concordam nem discordam. Ainda um utente discorda totalmente e 8 utentes discordam que a sua opinião seja valorizada. Apenas 30,5% dos utentes concordam ou concordam totalmente com a valorização da sua opinião.

Depreende-se ainda da tabela 12 que apenas 22,2% da amostra de utentes exprime a sua opinião quando em contacto com o serviço de saúde e 50% da amostra demonstra não exprimir a sua opinião. Cerca de $\frac{1}{4}$ da amostra nem discorda nem concorda com a frequência de expressão de opinião pessoal.

Tabela 12 - Percepção da qualidade de um serviço de saúde por parte dos utentes

	“Os utentes e os profissionais da ULS Guarda, EPE, HSM, apresentam percepções diferentes acerca dos critérios que definem a qualidade de um serviço de saúde”		“A opinião dos utentes é valorizada pelos membros que constituem a gestão da ULS Guarda, EPE, HSM”		”É frequente exprimir a minha opinião quando em contacto com o serviço de saúde”	
	n	%	n	%	n	%
Discordo totalmente	0	0,0	1	2,8	2	5,6
Discordo	7	19,4	8	22,2	16	44,4
Nem discordo nem concordo	7	19,4	14	38,9	9	25,0
Concordo	10	27,8	8	22,2	4	11,1
Concordo totalmente	8	22,2	3	8,3	4	11,1
Não sabe/não se aplica	4	11,1	2	5,6	1	2,8
Total	36	100,0	36	100,0	36	100,0

E. Perceção da qualidade de um serviço de saúde por parte dos enfermeiros

Na tentativa de verificar a existência de *gaps* (desvios) na qualidade deste serviço de saúde onde foi aplicado o estudo foram inquiridos os enfermeiros prestadores de cuidados acerca da concordância ou não com as afirmações presentes na tabela 13, denominados *gaps*:

Tabela 13 - Análise estatística da percepção da qualidade de um serviço de saúde dos enfermeiros em prestação direta de cuidados por género

	Feminino		Masculino		Teste t	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	t	p
G1- "Os utentes e os profissionais da ULS Guarda, EPE, HSM, apresentam percepções diferentes acerca dos critérios que definem a Qualidade de um serviço de saúde"	4,29	10,73	4,37	0,74	-0,300	0,769ns
G2- "Existem falhas na qualidade dos serviços de saúde pela diferença entre os serviços prestados e as expectativas dos utentes"	3,92	0,82	4,12	0,99	- 0,618	0,649ns
G3 "A opinião dos profissionais é valorizada pelos membros da gestão da ULS Guarda, EPE, HSM"	2,74	0,95	2,25	1,03	0,299	0,920ns
G4-"A opinião dos utentes é valorizada pelos membros da gestão da ULS Guarda, EPE, HSM"	2,97	0,91	2,37	0,91	1,682	0,994ns
G5-"É visualizada a percepção das expectativas dos utentes pela direção através de mudanças específicas nos serviços"	3,00	0,93	2,75	0,70	0,716	0,597ns
G6- "Existe uma adequada adaptação do serviço em resposta às percepções dos utentes"	3,08	0,97	2,75	0,70	0,907	0,303ns
G7- "Existem falhas a nível da comunicação externa e interna entre o utente e o serviço de saúde"	3,79	1,04	3,50	0,76	0,742	0,396ns
G8- "É evidente uma diferença entre o serviço esperado pelo utente e o serviço percebido"	3,76	0,79	4,00	0,76	- 0,779	0,371ns

ns p> 0,05

Tal como os utentes, também os enfermeiros concordam que existem percepções diferentes acerca dos critérios que definem a qualidade de um serviço de saúde, com uma média de 4,29 para o género feminino e 4,37 para o género masculino.

Para a afirmação G2 correspondem médias de 3,92 e 4,12 respetivamente para o género feminino e masculino, o que significa que a amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados concorda com a existência de desvios na qualidade dos serviços de saúde.

As afirmações G3 e G4 são as que reúnem médias mais baixas, ou seja, menor grau de concordância da amostra com a valorização da opinião quer dos utentes quer dos profissionais.

Relativamente às afirmações G5 e G6, que abordam a valorização da percepção das expectativas dos utentes pela direção através de mudanças específicas nos serviços e adaptação do serviço em resposta às percepções dos utentes, o valor das médias variam entre 2,75 e 3,08, o que significa que a concordância não é tão significativa, especialmente pela amostra do género masculino.

A amostra também concorda que existem falhas a nível da comunicação externa e interna entre o utente e o serviço de saúde, com uma média de 3,79 e 3,50 para o género feminino e masculino respetivamente, assim como concorda com a existência de diferenças entre o serviço esperado pelo utente e o serviço percebido pelo mesmo, com uma média de 3,76 para o género feminino e 4,0 para o género masculino.

Conforme referido anteriormente, a tabela 13 expõe um conjunto de afirmações relativas à qualidade de um serviço de saúde, pressupostos que se baseiam nos possíveis desvios num sistema de qualidade de um serviço, neste caso, um serviço de saúde.

É de referir que nas afirmações presentes na tabela 13, de G1 a G8, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as opiniões dos enfermeiros em prestação direta de cuidados por género pois não se verificou a condição $p < 0,05$.

Tabela 14 - Análise estatística da percepção da qualidade de um serviço de saúde por parte dos enfermeiros em prestação direta de cuidados

	\bar{x}	Dp	CV
G1	4,3	0,7	16,3
G2	4,0	0,8	20,0
G3	2,6	1,0	38,5
G4	2,9	0,9	31,0
G5	3,0	0,9	30,0
G6	3,0	0,9	30,0
G7	3,7	1,0	27,0
G8	3,8	0,8	21,0
Total	3,4	0,9	26,8

Observa-se na tabela 14 que a média global das respostas às oito afirmações é 3,4, o que nos transmite uma concordância geral dos enfermeiros em prestação direta de cuidados com a existência de desvios em todo o sistema de qualidade de prestação de um serviço de saúde.

Os valores de médias presentes na tabela 14 corroboram as observações delineadas anteriormente.

Através dos valores de coeficiente de variação explícitos na tabela 8, em termos de comparação da variabilidade das variáveis pode-se referir que o grau de dispersão alterna entre médio a elevado, uma vez que os valores variam entre 16,3 e 38,5.

F. Critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde

A tabela 15 apresenta a ponderação que cada uma das três amostras (utentes, enfermeiros em prestação direta de cuidados e enfermeiros com cargo de gestão) dá aos critérios que definem a qualidade de um serviço de saúde, englobados em três grandes grupos já abordados na fase anterior: critérios físicos e funcionais que englobam aspetos físicos e estrutura orgânica, condições de acesso ao serviço de saúde e o tempo de espera pelo utente quer no internamento quer numa consulta externa; critérios técnicos como a privacidade providenciada no processo de prestação de cuidados e as várias competências técnicas dos profissionais de saúde; critérios relacionais que englobam a humanização dos serviços de saúde através da manutenção de confiança, simpatia, sensibilidade e honestidade dos profissionais de saúde, estabelecendo uma comunicação eficaz e uma relação empática tendo sempre como base a responsabilidade profissional.

Em relação aos critérios físicos e funcionais a seguinte tabela indica que 50% dos utentes atribuí-lhes pouca importância, 22,2% atribuí-lhes uma importância razoável e apenas 27,8% dos utentes atribuí a estes critérios muita importância.

Pelo contrário, 54,3% dos enfermeiros em prestação direta de cuidados classifica os critérios físicos e funcionais com muita importância para a definição da qualidade e cerca de 28,3% desta amostra atribuí-lhes pouca importância.

Também os enfermeiros com cargo de gestão atribuem grande ponderação a estes critérios. Dos inquiridos, 69,3% responderam muita importância, sendo a amostra que os considera mais significativos e apenas 4 dos entrevistados lhes atribuí apenas razoável importância, sendo que ninguém destes os considerou com pouca importância.

Na abordagem dos critérios técnicos é explícito na tabela 15 que, mais uma vez, são os enfermeiros com cargos de gestão que lhes dão maior ponderação, 61,5% desta amostra considera-os muito importantes, 30,8% atribuí-lhes razoável importância e apenas 1 dos entrevistados os considera pouco importantes para a definição da qualidade.

Em relação aos utentes é comparável o número de utentes que atribuí pouca importância com os que atribuem muita importância, 36,1% e 38,9% respetivamente, sendo mais uma vez a amostra que atribuí aos critérios técnicos menos ponderação. Também 25% dos utentes atribuem aos critérios técnicos uma importância razoável.

A percepção dos enfermeiros em prestação direta de cuidados é mais semelhante à dos utentes, 45,7% destes enfermeiros atribuí aos critérios técnicos muita importância, 19,6% considera-os com razoável importância e ainda 34,8% da amostra atribuí-lhes pouca importância.

Analisando agora os critérios relacionais observa-se que são os utentes quem maior ponderação lhes atribuí, 63,9% responderam muita importância, 19,4% razoável importância e apenas 16,7% lhes atribuí pouca importância.

Estranhamente são os enfermeiros em prestação direta de cuidados e com uma maior assiduidade de contacto com os utentes a amostra que menor importância atribuí aos critérios relacionais obtendo-se 39,1% de respostas de pouca importância, 19,6% razoável importância e apenas 41,3% lhes atribuí muita importância.

Relativamente aos enfermeiros com cargo de gestão, 53,8% atribuí aos critérios relacionais muita importância, 30,8% razoável importância e apenas 2 dos entrevistados os ponderam como pouca importância.

A tabela 16 transmite que a amostra total do estudo de investigação dá maior importância aos critérios relacionais, dando em segundo lugar maior ponderação aos critérios técnicos e em último lugar de ponderação na definição da qualidade de um serviço de saúde os critérios físicos e funcionais.

Tabela 15 - Ponderação dos critérios físicos e funcionais, técnicos e relacionais na definição da qualidade de um serviço de saúde

Critérios físicos e funcionais	Utentes		Enfermeiros prestação direta de cuidados		Enfermeiros com cargo de gestão		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pouca importância	18	50,0	13	28,3	0	0,0	31	32,6
Razoável importância	8	22,2	8	17,4	4	30,8	20	21,1
Muita importância	10	27,8	25	54,3	9	69,3	44	46,3
Critérios técnicos								
Pouca importância	13	36,1	16	34,8	1	7,7	30	31,6
Razoável importância	9	25,0	9	19,6	4	30,8	22	23,2
Muita importância	14	38,9	21	45,7	8	61,5	43	45,3
Critérios relacionais								
Pouca importância	6	16,7	18	39,1	2	15,4	26	27,4
Razoável importância	7	19,4	9	19,6	4	30,8	20	21,1
Muita importância	23	63,9	19	41,3	7	53,8	49	51,6

Tabela 16 - Análise estatística da ponderação dos critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde por parte da amostra total

	\bar{X}	Mínimo	Máximo
Critérios físicos e funcionais	5,80	1	7
Critérios técnicos	6,30	3	7
Critérios relacionais	6,38	3	7

Após uma observação dos valores na tabela 17, na qual se apresentam as médias por amostra individual, parece que os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão maior ponderação aos critérios técnicos, com uma média de 6,19, do que aos critérios relacionais, com uma média de 6,18, apesar de a diferença não ser significativa, tal como os enfermeiros com cargos de gestão. Estes valores mostram que esta amostra não entra em concordância com a amostra de utentes, uma vez que seleciona os critérios relacionais como os de maior ponderação na definição da qualidade de um serviço de saúde.

Tabela 17 - Análise estatística da ponderação dos critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde por amostra de utentes, enfermeiros em prestação direta de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão

		\bar{X}	Mínimo	Máximo
Critérios físicos e funcionais	Utentes	5,58	1	7
	Enf. prestação cuidados	5,84	2	7
	Enf. cargos gestão	6,26	4	7
Critérios técnicos	Utentes	6,31	3	7
	Enf. prestação cuidados	6,19	3	7
	Enf. cargos gestão	6,65	4	7
Critérios relacionais	Utentes	6,54	3	7
	Enf. prestação cuidados	6,18	3	7
	Enf. cargos gestão	6,56	5	7

De seguida, através da análise inferencial, pela aceitação ou rejeição das hipóteses formuladas irá constatar-se se os resultados apurados são generalizáveis.

5.2. Análise Inferencial

Após se efetuar uma análise descritiva tendo por base a caracterização global e individual das amostras independentes e variáveis definidas para o estudo de investigação, irá proceder-se a

uma análise mais detalhada dos resultados observados, recorrendo-se para o efeito à análise inferencial.

Para a validação das hipóteses de investigação anteriormente formuladas recorreu-se a um conjunto de testes estatísticos não paramétricos (U de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* através de valores de ordenações e somas médias).

A. Relação entre as diferentes percepções das diferentes amostras acerca dos critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde

Para analisar a relação entre as diferentes percepções acerca dos critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde em duas amostras independentes e validar as seguintes hipóteses recorreu-se ao teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*.

Observando os valores presentes na tabela 18, que representa uma comparação da amostra de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados, parece que a amostra de utentes valoriza mais os critérios relacionais na definição da qualidade de um serviço de saúde com uma ordenação média de 46,99, por outro lado, na perspetiva dos utentes são os critérios físicos e funcionais que reúnem uma ordenação média mais baixa, 35,00.

Na amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados os resultados diferem da amostra de utentes pois esta amostra apresenta uma ordenação média de 46,59 para os critérios físicos e funcionais sobre uma ordenação média de 37,21 para os critérios relacionais.

Tabela 18 - Teste U de *Mann-Whitney* para as amostras de utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios definidores da qualidade

	Utentes		Enfermeiros em prestação direta			
	Ordenações médias	Soma das ordenações	Ordenações médias	Soma das ordenações	U	p
CFF	35,00	1260,00	46,59	2143,00	594,00	0,014*
CT	41,64	1499,00	41,39	1904,00	823,00	0,482ns
CR	46,99	1691,50	37,21	1711,50	630,50	0,032*
Total dos critérios	40,53	1459,00	42,26	1944,00	793,00	0,373ns

ns p > 0,05 * p < 0,05

Ainda observando a tabela 18, em relação à totalidade dos critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde, apesar das ordenações médias diferirem entre amostras (valor 40,53 para os utentes e 42,26 para os enfermeiros em prestação direta de cuidados), não se

verificam diferenças estatisticamente significativas, $U=793$ e $p=0,373$, logo $p > 0,05$ o que leva a aceitar a hipótese:

H1 - Os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados têm percepções iguais acerca da qualidade dos serviços de saúde.

Para os critérios físicos e funcionais verificam-se assim diferenças de ordenações médias entre as amostras com maior valorização destes por enfermeiros em prestação direta de cuidados. Uma vez que $U=594,00$ e $p=0,014$, com os valores apurados de $p < 0,05$ conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas e não se aceita a seguinte hipótese:

H2 - Os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão igual importância aos critérios físicos e funcionais na qualidade de um serviço de saúde.

Os valores de ordenações médias para as duas amostras em relação aos critérios técnicos diferem ligeiramente nesta amostra, contudo o valor de $U= 823,00$ e $p > 0,05$ o que demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas, logo, aceita-se a hipótese:

H3 - Os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão igual importância aos critérios técnicos na qualidade de um serviço de saúde.

Para os critérios relacionais verificam-se assim diferenças de ordenações médias entre as amostras com maior valorização destes por parte dos utentes. Uma vez que $U=630,50$ e $p=0,032$, com os valores apurados de $p < 0,05$, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas e não se aceita a seguinte hipótese:

H4 - Os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão igual importância aos critérios relacionais na qualidade de um serviço de saúde.

Observando a tabela 19 parece que os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão têm percepções diferentes acerca dos critérios que incluem a definição da qualidade de um serviço de saúde. Enquanto os utentes valorizam mais os critérios relacionais (ordenação média de 25,28), os enfermeiros com cargos de gestão apresentam uma ordenação média maior para os critérios físicos e funcionais (35,38). O primeiro grupo atribui uma ordenação média mais baixa para os critérios físicos e funcionais enquanto o segundo grupo pondera menos os critérios relacionais na definição da qualidade (ordenação média 24,23).

Tabela 19 - Teste U de *Mann-Whitney* para as amostras de utentes e enfermeiros com cargos de gestão e os critérios definidores da qualidade

Utentes			Enfermeiros com cargos gestão			
	Ordenações médias	Soma das ordenações	Ordenações médias	Soma das ordenações	U	p
CFF	21,25	765,00	35,38	460,00	99,00	0,001*
CT	23,32	839,50	29,65	385,50	173,50	0,082ns
CR	25,28	910,00	24,23	315,00	224,00	0,413ns
Total dos critérios	22,56	812,00	31,77	413,00	146,00	0,023*

ns p > 0,05 * p < 0,05

Através da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*, tabela 19, para a ponderação da totalidade dos critérios da qualidade em ambas as amostras, utentes e enfermeiros com cargos de gestão obteve-se um valor de U=146,00 e p=0,023, ou seja, p < 0,05, o que significa que existem diferenças estatisticamente significativas, logo, rejeita-se a seguinte hipótese de igualdade:

H5 - Os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão têm percepções iguais acerca da qualidade dos serviços de saúde.

Em relação aos critérios físicos e funcionais da qualidade em ambas as amostras, utentes e enfermeiros com cargos de gestão existem diferenças estatisticamente bastante significativas, obtendo-se um valor de U=99,00 e p=0,001, ou seja, p < 0,05, o que significa que se rejeita a seguinte hipótese de igualdade:

H6 - Os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios físicos e funcionais na qualidade de um serviço de saúde.

De igual forma, para a ponderação dos critérios técnicos da qualidade em ambas as amostras, utentes e enfermeiros com cargos de gestão aplicou-se o teste U de *Mann-Whitney* e obteve-se um valor de U=173,50 e p=0,082, ou seja, p > 0,05, o que significa que não existem diferenças estatisticamente significativas, logo, aceita-se a seguinte hipótese de igualdade:

H7 - Os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios técnicos na qualidade de um serviço de saúde.

Para a ponderação dos critérios relacionais da qualidade em ambas as amostras, utentes e enfermeiros com cargos de gestão obteve-se um valor de U=224,00 e p=0,413, ou seja, p > 0,05, o que significa que não existem diferenças estatisticamente significativas, logo, aceita-se a seguinte hipótese de igualdade:

H8 - Os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios relacionais na qualidade de um serviço de saúde.

As ordenações médias expostas na tabela 20 que comparam as duas amostras independentes de profissionais, enfermeiros em prestação direta de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão, levam a pensar que estes apresentam percepções diferentes acerca dos critérios da qualidade analisados.

Neste caso, os enfermeiros com cargos de gestão dão maior importância aos critérios relacionais (ordenação média 35,58) do que os enfermeiros em prestação direta de cuidados sendo os que valorizam menos (ordenação média de 28,4).

Falando dos critérios técnicos, ambas as mostras lhe dão uma ponderação intermédia na definição da qualidade, com uma ordenação média de 28,71 para os enfermeiros em prestação direta de cuidados e uma ordenação média de 34,58 para os enfermeiros com cargos de gestão.

Tabela 20 - Teste U de *Mann-Whitney* para as amostras de enfermeiros em prestação direta de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão e os critérios definidores da qualidade

	Enfermeiros em prestação direta		Enfermeiros gestão			
	Ordenações médias	Soma das ordenações	Ordenações médias	Soma das ordenações	U	p
CFF	29,37	1351,00	32,23	419,00	270,00	0,595ns
CT	28,71	1320,50	34,58	449,50	239,50	0,265ns
CR	28,42	1307,50	35,58	315,00	226,50	0,184ns
Total dos critérios	28,43	1308,00	35,54	462,00	146,00	0,188ns

ns $p > 0,05$

A aplicação do teste U de *Mann-Whitney* revelou que a diferença observada na percepção de ambas as amostras em relação à totalidade dos critérios da qualidade não é estatisticamente significativa, $p=0,188$, logo aceita-se a hipótese:

H9 - Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão têm percepções iguais acerca da qualidade dos serviços de saúde.

Também se conclui que não existe diferença estatisticamente significativa na percepção de ambas as amostras em relação aos critérios físicos e funcionais, relacionais e técnicos com valores de $p=0,595$, $0,265$ e $0,184$ respetivamente, verificando-se sempre $p > 0,05$. Logo, aceitam-se as seguintes hipóteses:

H10 - Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios físicos e funcionais na qualidade de um serviço de saúde.

H11 - Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios técnicos na qualidade de um serviço de saúde.

H12 - Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos critérios relacionais na qualidade de um serviço de saúde.

B. Relação das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais da amostra com os critérios definidores da qualidade

Para testar a relação das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais da amostra com os critérios definidores da qualidade recorreu-se ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* e respetivo valor de significância para cada variável sociodemográfica e socioprofissional.

Para a amostra de enfermeiros com cargos de gestão não são conhecidas estas variáveis por uma questão de anonimato tendo em conta o tamanho da amostra.

A tabela 21 reporta-se às diferenças de percepções acerca dos critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde entre os vários grupos etários dos utentes.

Para os utentes parece que as ordenações médias nos critérios físicos e funcionais são mais elevadas (31,50) no grupo etário dos 18-24 anos. Já em relação aos critérios técnicos parecem ser os utentes com idade inferior ou igual a 18 anos que revelam ordenações médias mais elevadas (29,50). Para os critérios relacionais parecem ser os utentes com idade entre os 18-24 anos e entre os 35-49 anos, com valores de ordenações médias de 25,00, que maior importância atribui aos critérios relacionais quando se fala em qualidade de um serviço de saúde.

Todavia, para todos os critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde não se configuraram diferenças estatisticamente significativas de percepções entre grupos etários dos utentes, conforme resultado do teste *Kruskal-Wallis* e valor de significância.

Tabela 21 - Teste *Kruskal-Wallis* entre grupos de idade dos utentes e os critérios que definem a qualidade

	<=18	18-24	25-34	35-49	50-64	>=65	X ²	p
	Ordenações médias							
CFF	22,50	31,50	20,90	16,50	13,83	20,03	4,969	0,420ns
CT	29,50	7,00	18,20	20,40	15,67	19,70	3,746	0,586ns
CR	3,50	25,00	16,40	25,00	14,50	20,00	8,396	0,136ns
Total Critérios	5,50	15,50	16,70	21,30	15,39	21,10	4,369	0,498ns

ns p> 0,05

No que concerne aos enfermeiros em prestação direta de cuidados parece, pela análise da tabela 22, que para os critérios físicos e funcionais são o grupo de enfermeiros com idades compreendidas entre os 35-49 anos que possuem ordenações médias mais elevadas (27,54) e que para os critérios técnicos e relacionais parecem ser os enfermeiros com idades entre 25-34 anos e os de 35-49 anos que apresentam ordenações médias mais elevadas.

Da mesma forma que parece que os enfermeiros com idades entre os 18-24 dão menor ponderação tanto aos critérios técnicos como relacionais observáveis por ordenações médias mais baixas.

Também para os enfermeiros em prestação direta de cuidados, conforme resultado do teste *Kruskal-Wallis* e valor de significância, não existem diferenças estatisticamente significativas entre percepções de enfermeiros em distintos grupos etários.

Tabela 22 - Teste *Kruskal-Wallis* entre grupos de idade dos enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios que definem a qualidade

	18-24	25-34	35-49	50-64	X ²	p
	Ordenações médias					
CFF	7,00	18,80	27,54	19,00	7,578	0,056ns
CT	8,50	24,83	24,08	18,50	2,337	0,505ns
CR	9,50	25,07	23,71	19,75	1,868	0,600ns
Total Critérios	8,00	21,83	26,00	17,38	4,023	0,259ns

ns p> 0,05

A tabela 23 apresenta as ordenações médias entre estado civil e critérios que definem a qualidade dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados através da aplicação do teste *Kruskal-Wallis*. Percebe-se através desta tabela que o grupo de utentes solteiros dá maior ponderação aos critérios físicos e funcionais, que os critérios técnicos são mais valorizados pelos utentes viúvos com um valor de ordenação média de 21,00 e que é o estado

civil casado ou em união de facto que maior importância dá aos critérios relacionais na definição da qualidade (19,52). Contudo, as ordenações médias não representam diferentes percepções dado o teste *Kruskal-Wallis* e valor de $p > 0,05$.

No que respeita aos enfermeiros em prestação direta de cuidados, verifica-se pela análise da tabela 23, que para os critérios físicos e funcionais são o grupo de enfermeiros casados ou em união de facto que possuem ordenações médias mais elevadas (25,93) e o mesmo se passa para os critérios técnicos (25,74 de ordenação média) e relacionais (25,55 de ordenação média).

Nenhuma das variáveis abordadas na tabela 23 apresentou ordenações significativamente diferentes face ao estado civil dos enfermeiros em prestação direta de cuidados, $p > 0,05$.

Tabela 23 - Teste *Kruskal-Wallis* entre estado civil dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios que definem a qualidade

		Casado União facto	Solteiro	Viúvo	Divorciado	χ^2	P
		Ordenações médias					
CFF	Utentes	17,60	23,33	19,38	9,50	3,467	0,325ns
	Enfermeiros	25,93	20,00	7,00	20,50		
CT	Utentes	19,30	16,33	21,00	7,00	3,643	0,303ns
	Enfermeiros	25,74	21,00	8,50	18,50		
CR	Utentes	19,52	18,92	18,56	6,75	3,691	0,297ns
	Enfermeiros	25,55	23,25	9,50	12,88		

ns $p > 0,05$

Percebe-se através da tabela 24 que os utentes com pós-graduação/mestrado apresentam uma ordenação média maior para os critérios físicos e funcionais (31,50), técnicos (29,50) e relacionais (25,00). Contudo, pelos valores observados do teste *Kruskal-Wallis* e $p > 0,05$ não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias dos utentes e os critérios definidores da qualidade.

Tabela 24 - Teste *Kruskal-Wallis* entre habilitações académicas dos utentes e os critérios que definem a qualidade

	3º ciclo ensino básico ou <	Ensino secundário	Bacharelato Licenciatura	Pós- graduação/ Mestrado	χ^2	P
	Ordenações médias					
CFF	15,98	21,50	27,00	31,50	5,175	0,395ns
CT	18,37	23,75	7,00	29,50	5,701	0,336ns
CR	17,63	19,63	14,25	25,00	3,822	0,575ns
Total Critérios	16,62	22,75	10,50	28,50	4,528	0,476ns

ns $p > 0,05$

Conforme espelha a tabela 25, também para a amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados parecem existir diferenças de percepções consoante as habilitações literárias: os enfermeiros com habilitações académicas de pós-graduação ou mestrado apresentam ordenações médias mais elevadas que os restantes em relação aos critérios físicos, funcionais e técnicos. Os critérios relacionais parecem ser mais valorizados pelos enfermeiros que possuem uma especialidade.

No entanto, para todos os critérios definidores da qualidade de um serviço de saúde e habilitações académicas dos enfermeiros em prestação direta de cuidados não se configuraram diferenças estatisticamente significativas, conforme resultado do teste *Kruskal-Wallis* e valor de $p > 0,05$.

Tabela 25 - Teste *Kruskal-Wallis* entre habilitações académicas dos enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios que definem a qualidade

	Bacharelato Licenciatura	Pós- graduação/ Mestrado	Especialidade	χ^2	p
Ordenações médias					
CFF	23,92	23,93	17,50	0,790	0,674ns
CT	22,32	28,14	26,83	1,520	0,468ns
CR	22,43	27,14	27,83	1,225	0,542ns
Total Critérios	23,08	24,71	25,67	0,207	0,901ns

ns $p > 0,05$

Apesar da tabela 26 sugerir que quem mais valoriza os critérios físicos e funcionais são os utentes estudantes, com um valor de ordenação média 27,00, os utentes trabalhadores por conta de outrem são quem maior importância atribui aos critérios técnicos e de forma similar os utentes com profissão doméstica ou desempregado sobrevalorizam os critérios relacionais com um valor de ordenação média 25,00, face à variável profissão para os utentes não se verificaram percepções significativamente diferentes dado que $p > 0,05$.

Tabela 26 - Teste *Kruskal-Wallis* entre profissão dos utentes e os critérios que definem a qualidade

	Trabalhador conta própria	Trabalhador conta outrem	Doméstica	Desempregado	Reformado	Estudante	χ^2	P
Ordenações médias								
CFF	19,88	19,96	9,50	9,50	16,50	27,00	5,026	0,413ns
CT	18,19	20,77	18,00	18,25	15,95	18,25	1,365	0,928ns
CR	20,44	17,73	25,00	25,00	16,85	14,25	2,820	0,728ns
Total Critérios	21,13	29,42	15,50	17,00	17,40	10,50	2,276	0,810ns

ns $p > 0,05$

De igual forma, através da tabela 27 parece que os enfermeiros em prestação direta de cuidados com um contrato individual de trabalho sem termo são o grupo de enfermeiros que maior ponderação dá aos vários critérios definidores da qualidade: físicos e funcionais, técnicos e relacionais. Assim como os enfermeiros apenas em prestação de serviços na instituição são quem menos valoriza quer os critérios físicos e funcionais quer os critérios relacionais.

Contudo, face à variável tipo de vínculo profissional não é possível generalizar resultados dado que não se verificaram percepções significativamente diferentes pois $p > 0,05$.

Tabela 27 - Teste *Kruskal-Wallis* entre o tipo de vínculo profissional dos enfermeiros em prestação direta de cuidados e os critérios que definem a qualidade

	Quadro função pública	CITST	CITCT	Prestação de serviços	χ^2	p
	Ordenações médias					
CFF	23,92	26,80	15,50	12,50	3,052	0,384ns
CT	22,50	30,30	15,83	16,50	4,469	0,215ns
CR	22,53	29,70	17,50	16,50	3,450	0,327ns
Total Critérios	23,41	26,25	16,00	18,43	2,585	0,460ns

ns $p > 0,05$

Após esta análise, parecem haver diferenças na valorização dos distintos critérios definidores da qualidade por amostras independentes tendo em conta as suas características sociodemográficas e socioprofissionais. Todavia, na aplicação do teste *Kruskal-Wallis* a todas as variáveis referenciadas verificaram-se sempre valores de $p \geq 0,05$, o que conduz a aceitar a hipótese:

H13 - As variáveis sociodemográficas e socioprofissionais não influenciam a percepção acerca dos critérios definidores da qualidade.

5.3. Análise Qualitativa

Conforme referido em contexto anterior, foi realizada uma entrevista dirigida a elementos com cargos de gestão: enfermeiros-chefes e enfermeiros supervisores da ULS Guarda, EPE, HSM.

Neste subcapítulo proceder-se-á à análise de conteúdo das respostas obtidas (Anexo 7) na fase de recolha de dados de acordo com a ordem das questões apresentadas aos inquiridos.

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

A maior parte dos enfermeiros com cargos de gestão considera que a ULS, Guarda apresenta uma qualidade razoável/mediana dos serviços prestados. Segundo os inquiridos esta avaliação é baseada na experiência profissional, na motivação dos profissionais de saúde e sobretudo no *feedback* dos utentes através do número de reclamações ou sugestões formalizadas no gabinete do utente da instituição.

Os enfermeiros que consideram que a instituição presta serviços de boa qualidade destacaram a existência de serviços específicos com protocolos de acreditação de qualidade.

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

A totalidade dos inquiridos assume não existir um documento uniformizado na instituição que permita avaliar a satisfação dos utentes. Esta avaliação apenas é feita através da gestão das reclamações e queixas efetivas no gabinete do utente.

Segundo a amostra não existe uma política estratégica definida para a avaliação da satisfação, apenas através de trabalhos académicos esporádicos ou iniciativas individuais de cada serviço.

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

Os enfermeiros-chefes e supervisores atribuem ao conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde uma importância muito significativa e fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, a base da qualidade uma vez que são os utentes os recetores da mesma.

Estes consideram este aspeto importante para modificações de comportamentos e atitudes dos profissionais do serviço de saúde, contudo assumem não existir um conhecimento profundo da percepção do utente por parte deste serviço de saúde.

4. Na sua perspetiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

Também na resposta a esta questão as respostas foram uniformes. Os principais fatores destacados pelos profissionais com cargos de gestão para a existência de falhas na qualidade são:

Indefinição de padrões de qualidade e objetivos uniformizados na instituição; uma comunicação deficitária entre equipas interdisciplinares e utentes e família; precariedade do posto de trabalho - rotatividade excessiva dos profissionais e formação deficitária; estrutura

física desajustada às necessidades; desmotivação e pouca iniciativa entre as equipas interdisciplinares; tempo escasso na prestação de cuidados para uma melhor relação profissional-utente; e ainda inexistência de um diagnóstico objetivo das necessidades da população a quem a instituição presta serviços de saúde.

Observa-se sobretudo o destaque de fatores relacionados com a comunicação e com o défice de recursos humanos e físicos.

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

A esta questão as respostas foram mais inconstantes, no entanto existe a noção da importância da mistura de um conjunto de critérios físicos e técnicos com critérios relacionais para a existência de qualidade de um serviço de saúde.

Os principais aspetos destacados pela amostra foram: a opinião e satisfação dos utentes; dados estatísticos de reinternamentos, úlceras de pressão, número de quedas e infeções nosocomiais; *feedback* das equipas interdisciplinares e formações em serviço; tentativa de prestação de melhores cuidados sem aumento efetivo dos custos; empenho profissional; avaliações periódicas da instituição; características físicas do serviço de saúde; excedência das expectativas dos utentes; comunicação eficaz.

São de destacar duas respostas que resumem a definição de qualidade:

- “Posso dizer de forma resumida uma complementaridade de critérios relacionais e técnicos.”
- “Os aspetos técnicos são importantes mas não são tudo, falta o aspeto relacional que penso que tem sido descurado. A parte relacional é fruto da maior parte das reclamações.”

Em suma, é perceptível um sentimento de falta de orientação e gestão estratégica com insuficientes instrumentos uniformizados na instituição para a avaliação da satisfação do utente e controlo apertado da qualidade.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise descritiva e inferencial origina um conjunto de resultados que importa analisar e discutir também de acordo com a informação já disponível de estudos semelhantes realizados previamente.

De uma forma geral tanto a amostra de utentes como a amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados estão satisfeitas com a prestação de serviços da instituição onde decorreu o estudo de investigação, enquanto utente e enquanto profissional de saúde, sendo um resultado positivo tendo em conta o ambiente atual de desmotivação profissional e o aumento da escassez de recursos económicos, físicos e humanos.

Conclui-se também que os utentes que recorrem com maior frequência ao serviço de saúde se apresentam mais satisfeitos do que os utentes que não recorrem com tanta frequência, o que pode ser justificado pelo carácter mais duradouro do contacto com o serviço e da relação mais assídua com os profissionais, até porque, geralmente, o reinternamento acontece no mesmo serviço que o internamento anterior pelo seguimento de uma patologia específica.

Os resultados em relação à classificação da qualidade tendo em conta as expectativas iniciais também foram satisfatórios em ambas as amostras, quer em relação à qualidade dos serviços prestados quer em relação à qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde estando o patamar na classificação “como eu esperava” e “melhor do que eu esperava”, o que também pode significar baixas expectativas iniciais.

De referir que os utentes apresentam uma média superior aos enfermeiros em prestação direta de cuidados na classificação da qualidade.

Conclui-se que 27,8% dos utentes concordam com a existência de diferentes percepções acerca dos critérios que definem a qualidade e 22,2% concordam totalmente. Apenas 30,5% dos utentes concordam ou concordam totalmente com a valorização da sua opinião, contudo também se observa um certo receio por parte dos utentes em exprimir a sua opinião, pensa-se como justificação o medo de repercussões na receção de cuidados, apenas 22,2% assume exprimir-se.

Também os enfermeiros foram inquiridos acerca dos principais *gaps* (*desvios*) da qualidade de acordo com Parasuraman *et al.* (1985). Tal como os utentes, também os enfermeiros concordam que existem percepções diferentes acerca dos critérios que definem a qualidade de um serviço de saúde, com uma média de 4,3, assim como concordam com a existência de desvios na qualidade dos serviços de saúde. Existe menor grau de concordância da amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados com a valorização da opinião quer dos utentes

quer dos profissionais e com a valorização da percepção das expectativas dos utentes pela direção através de mudanças específicas nos serviços e adaptação do serviço em resposta às percepções dos utentes.

Existe também elevada concordância dos enfermeiros em prestação direta de cuidados com a existência de falhas a nível da comunicação externa e interna, entre o utente e o serviço de saúde, e com a existência de diferenças entre o serviço esperado pelo utente e o serviço percebido pelo mesmo.

É terminante que existem desvios no sistema de qualidade e que são identificadas pela amostra, aplicando-se de forma correta o modelo dos *gaps* de Parasuraman *et al.* (1985), coincidindo também com a opinião e estudo de Quader (2009) e Silvestro (2005) acerca das diferentes percepções e falhas no sistema da qualidade.

É conclusivo que a amostra total do estudo de investigação dá maior importância aos critérios relacionais e menor importância aos critérios físicos e funcionais.

No que se conclui em termos de amostras independentes, os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão maior ponderação aos critérios técnicos tal como os enfermeiros com cargos de gestão. Estes valores mostram que esta amostra não entra em concordância com a amostra de utentes uma vez que esta seleciona os critérios relacionais como os de maior ponderação na definição da qualidade de um serviço de saúde. Talvez estes dados transmitam que os profissionais de saúde se centrem mais nas competências técnicas do que nas relacionais associado também à responsabilidade profissional.

Chegou-se à conclusão que os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados têm percepções iguais acerca da qualidade dos serviços de saúde, dados que corroboram a opinião de que pela relação de proximidade e contato próximo e assíduo durante o internamento estas duas amostras desenvolvem concepções semelhantes, opinião também defendida por Silvestro (2005) após a realização do seu estudo também acerca das várias percepções da qualidade. Também Rocha e Trevizan (2009) consideram a enfermagem uma classe profissional privilegiada no conhecimento e proximidade ao utente e suas expectativas.

Por outro lado conclui-se que os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão têm percepções diferentes acerca da qualidade dos serviços de saúde, aspeto também realçado por Silvestro (2005).

Segundo o estudo hospitalar desenvolvido por Quader (2009), na generalidade os utentes e gestores concordam com a importância cedida aos vários aspetos da qualidade, o que contraria os resultados expostos anteriormente.

Contudo, no estudo de O' Connor *et al.* (1994 e 2000), encontram-se também diferenças de percepções entre utentes e profissionais com cargos de gestão, concluindo-se que os gestores

sobrevalorizam as expectativas dos utentes acerca de segurança, confiança, confiabilidade e empatia. Por outro lado são subestimadas as expectativas das dimensões tangíveis.

A amostra de utentes valoriza mais os critérios relacionais na definição da qualidade de um serviço de saúde com uma ordenação média superior aos enfermeiros em prestação direta de cuidados, por outro lado, os enfermeiros em prestação direta de cuidados sobrevalorizam os critérios físicos e funcionais em relação aos utentes, sendo os critérios que estes últimos mais desvalorizam. Resultados que não vão de encontro aos resultados do estudo de Rocha e Trevizan (2009) e Silvestro (2005), pois não existem diferenças estatisticamente significativas.

Confirma-se que os utentes e os enfermeiros em prestação direta de cuidados dão igual importância aos critérios técnicos na qualidade de um serviço de saúde.

Também é conclusivo que os utentes e os enfermeiros com cargos de gestão não dão igual importância aos critérios físicos e funcionais na qualidade de um serviço de saúde, sendo estes mais importantes para a amostra dos enfermeiros com cargos de gestão. Por outro lado, estas amostras dão igual importância aos critérios técnicos e relacionais na qualidade de um serviço de saúde.

Os resultados anteriores são também validados por Silvestro (2005) que confirma que os enfermeiros dão também ponderação a fatores como cuidado e comunicação, mas também muita ponderação à competência técnica na definição de qualidade, enquanto cargos de gestão ponderam em primeiro lugar o acesso e a competência, mas também atribuem muita importância a fatores interpessoais tal como os utentes.

Contudo, Quader (2009) refere que no seu estudo não foi identificado significativo desvio nas dimensões de empatia e segurança, o que de certa forma combina também com estes resultados pois não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos critérios relacionais entre a amostra de utentes e enfermeiros com cargos de gestão.

Pode afirmar-se que a parte gestora pondera muito os critérios físicos e funcionais, no entanto não descora os critérios relacionais como anunciam a maior parte dos estudos nesta área.

Analisando ambas as amostras dos profissionais de saúde conclui-se que os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão têm percepções iguais acerca da qualidade dos serviços de saúde.

Os enfermeiros em prestação direta de cuidados e os enfermeiros com cargos de gestão dão igual importância aos três tipos de critérios referenciados na definição da qualidade de um serviço de saúde: critérios físicos e funcionais, técnicos e relacionais, com diferenças não estatisticamente significativas.

O estudo da diferença de percepções entre grupos profissionais foi efetuado também por Silvestro (2005) que no seu estudo comparou a percepção de utentes, enfermeiros, gestores e técnicos de diagnóstico e terapêutica com resultados de diferenças significativas entre as amostras, em que os enfermeiros e os gestores se opunham em relação aos critérios da qualidade, o que não se verificou neste estudo de forma estatisticamente significativa.

Os resultados obtidos após aplicação da análise inferencial concluem ainda que as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais não influenciam os critérios definidores da qualidade, ou seja, os vários utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados inquiridos apesar de apresentarem diferenças de opinião de uma forma geral pensam de forma semelhante independentemente da sua idade, estado civil, habilitações académicas, etc.

Na revisão bibliográfica não foram observados estudos semelhantes que relacionem o tema da percepção da qualidade com as várias variáveis sociodemográficas e socioprofissionais.

Em termos qualitativos, Herrera-Kiengelher *et al.* (2009) destacaram a importância da adição da componente técnica de uma relação à compreensão das necessidades e expectativas dos utentes. Foi no sentido de aprofundar também este aspeto que se dirigiram as perguntas das entrevistas aos enfermeiros com cargos de gestão para a importância da opinião e satisfação dos utentes.

De uma forma geral os enfermeiros com cargos de gestão classificam a qualidade da prestação de serviços da ULS Guarda, EPE, HSM como média. Contudo é realçado o lapso que existe na instituição na avaliação da satisfação dos utentes que a amostra considera ser tão importante, tal como o conhecimento da sua opinião, perspetivas e expectativas com o serviço de saúde. Atualmente a única forma de chegar ao utente é através do gabinete de utente, o que se torna insuficiente para o ciclo da qualidade de uma entidade prestadora de serviços.

Já foram apuradas diferentes percepções que podem estar na origem de falhas na qualidade de um serviço de saúde. Para além disso, os enfermeiros gestores destacam também aspetos relevantes para a existência de desvios sobretudo quebras no canal de comunicação entre equipas interdisciplinares e entre a instituição e o utente, o desajuste de recursos físicos e humanos e muito plausível a indefinição de padrões de qualidade e objetivos uniformizados na instituição.

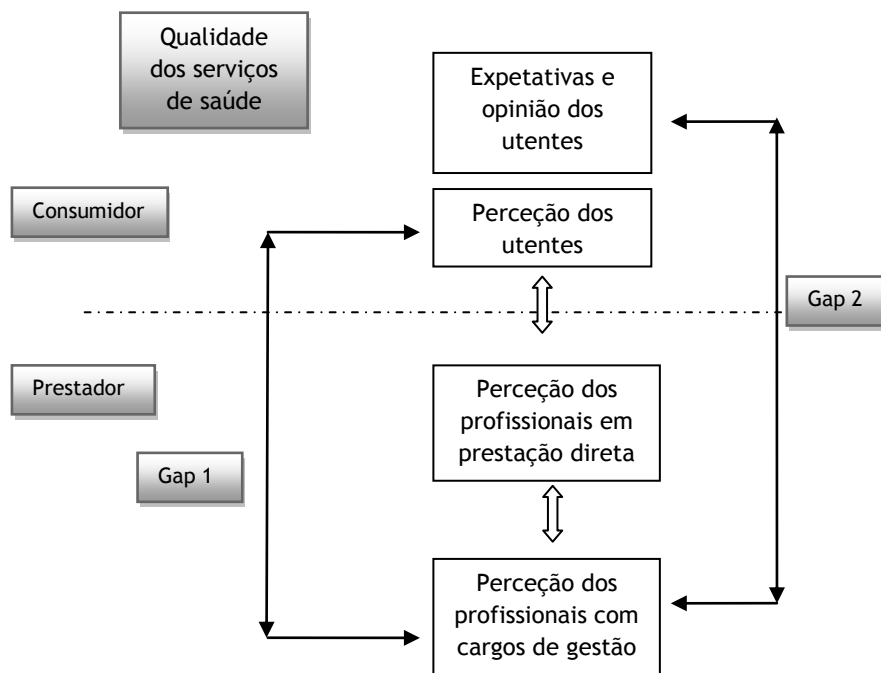
A amostra de enfermeiros com cargos de gestão identificou um conjunto de aspetos inerentes à definição da qualidade, aglomerando os critérios físicos e técnicos aos aspetos relacionais. Mas muito importante foi o destaque da opinião e satisfação dos utentes como parte integrante do conceito qualidade.

Idêntica e completa é a opinião de Pires (1996) quando refere que a definição de qualidade depende dos critérios que os utentes e os profissionais de saúde estabelecem e, conforme

observado, existem diferenças mas será um completo conhecimento destas que levará ao alcance da qualidade excelente de um serviço de saúde ou pelo menos uma melhoria desta.

Após discussão de resultados desta análise quantitativa e qualitativa é possível desenhar um modelo da qualidade deste serviço de saúde onde se desenvolveu a investigação e principais *gaps* detetados (figura 7):

Figura 7 - Modelo da qualidade do serviço de saúde e *gaps* detetados



Fonte: Elaboração própria

O modelo representa as principais falhas no ciclo da qualidade do serviço de saúde: *gap 1* - diferentes percepções entre os utentes e os profissionais com cargos de gestão e *gap 2* - falta de comunicação e conhecimento da opinião e expectativas dos utentes, consumidores dos serviços prestados pela instituição de saúde e seus prestadores de serviço.

Em suma e reforçando a opinião de Gummesson (2002) no caso de um serviço de saúde, a produção do serviço é realizada na interação deste com o profissional de saúde, seja em prestação direta de cuidados ou não, determinando a qualidade deste, daí ser tão importante o conhecimento da percepção acerca da qualidade de ambas as partes envolvidas numa relação de prestação de um serviço de saúde. Sempre na tentativa de uma melhoria contínua de prestação de cuidados de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. Conclusões Finais

A qualidade é, e será sempre, um objetivo presente na prestação dos serviços de saúde.

Qualquer serviço, nomeadamente um serviço de saúde, tem qualidade se for de encontro às expectativas traçadas inicialmente pelo utente ou se as supera.

Pensa-se, com a realização deste estudo de investigação, ter contribuído para a melhoria do serviço de saúde sobre o qual este trabalho se debruçou, detetando falhas existentes.

Conclui-se que cada utente, de forma individual, tem a sua percepção acerca de quais os critérios que definem a qualidade dos serviços de saúde. Também cada profissional de um serviço de saúde, na sua experiência profissional, desenvolve uma percepção particular acerca da qualidade dos serviços que presta a cada utente.

Delgado, citado por Fernandes (2006), refere que a garantia da qualidade representa um avanço na gestão da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que permite criar indicadores de natureza qualitativa devidamente identificados e sensíveis aos desempenhos dos prestadores de serviços de saúde.

Este trabalho contribui para a confirmação da existência de desvios no sistema de qualidade de um serviço de saúde, neste caso específico, ULS Guarda, EPE, HSM.

Estudos como estes permitirão a monitorização regular das perspetivas dos utentes, facilitando a identificação das necessidades e lacunas, conseqüentemente aumentando a qualidade dos serviços, neste caso específico, serviços de saúde.

Espera-se assim com os resultados desta investigação apoiar as tomadas de decisão da gestão hospitalar de forma a aumentar sobretudo o contato com os utentes e conhecimento das suas percepções e expectativas na tentativa de aumentar a qualidade do serviço de saúde.

7.2. Limitações do Estudo

Uma das principais limitações do estudo foi o fator tempo, sobretudo na obtenção da autorização do Conselho de Administração do local de implementação do estudo e coincidência com a mudança deste.

Outra das limitações foi a extensão da amostra de elementos com cargos de gestão a um grupo de gestores hospitalares a nível local, não sendo possível pela mudança do Conselho de

Administração no decurso da recolha de dados ou mesmo nacional, o que se tornou utópico pelas burocracias exigidas e distanciamento geográfico.

Por último, destaca-se o tamanho reduzido da amostra, nomeadamente utentes, marcada pelas características dos utentes internados, com internamentos longos e faixas etárias avançadas com o acumular de défices de orientação e lucidez para participar no estudo.

De forma geral, os profissionais de saúde vivem uma fase de desmotivação profissional e acréscimo de trabalhos académicos, o que leva também a uma diminuição do interesse em participar em estudos de investigação.

7.3. Pistas para Futuras Investigações

Seria deveras interessante e frutífero estender semelhante estudo de investigação a outras amostras de profissionais de saúde, como por exemplo, médicos, auxiliares de ação médica e técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Outro aspeto enriquecedor deste estudo seria a sua aplicação em utentes em fase de pré-internamento, por exemplo no momento de admissão no serviço de saúde e repeti-lo no momento da alta, comparando de forma enriquecida as expetativas e serviço realmente prestado.

A aplicação do estudo em termos comparativos entre duas instituições de saúde, por exemplo uma unidade de cuidados diferenciados (hospital) e uma unidade de cuidados de saúde primários (centro de saúde) seria importante para comparar as diferentes percepções e diferentes níveis de contato com o SNS.

BIBLIOGRAFIA

Albalushi, R.; Sohrabi, M. (2011). Clients' satisfaction with primary health care in Tehran: A cross-sectional study on Iranian Health Centers. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (6), 756 - 762.

Batista, R. (2010). *Qualidade percebida pelos utentes das Ipss de Oliveira do Hospital*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em gestão, Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Aveiro.

Baker, J.; Walker, J. (2000). An exploratory study of a multiple -expectation framework services. *Journal of Services Marketing*, 14 (5), 411-431.

Bosi, M.; Uchimura, K. (2007). Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? *Revista de Saúde pública*, 41 (1), 150-153. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>. 10-03-2012:22:06.

Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1), 8-32.

Cordeiro, J. (2004). Reflexões sobre a Gestão da Qualidade Total: fim de mais um modismo ou incorporação do conceito por meio de novas ferramentas de gestão? Curitiba: *Revista FAE*, 7 (1), 19-33.

Cronin, J.; Taylor, S. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56 (3), 55-68.

Crosby, P. (1979). *Quality is free*. New York: *New American Library*. Available from: http://www.amazon.com/Quality-Free-Philip-B-Crosby/dp/B000GRE2Y2#reader_B000GRE2Y2. 15-03-2012:22:05.

Decreto-Lei 140/2004 de 8 de junho. Available from: <http://www.ipq.pt/backhtmlfiles/dl140.htm>. 22-03-2012:22:08.

Direção Geral da Saúde. (2011). Departamento da Qualidade na Saúde. Available from: <http://www.dgs.pt>. 15-01-2012:22:05.

Donabedian, A. (1981). Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean? *American Journal Public Health*, 71 (4), 409-412.

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can Be Assesed? *Journal of the American Medical Association*, 260 (2), 1743-1748. Available from:

http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care_How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf. 15-02-2011:16:05.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83 (4), 691-729. Available from: <http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>. 15-03-2012:22:05.

Feliciano, I. (2010). *Marketing em saúde - políticas e estratégias*. Lisboa: Tipografia Lousanense - Bnomics, 1ª Ed. ISBN 978-989-8184-53-5.

Fernandes, A. (2006). *O Modelo da EFQM na Melhoria da Qualidade: O Estudo das Relações entre os Critérios do modelo no Hospital Amato Lusitano*. Dissertação para obtenção do grau de mestre, Universidade da Beira Interior, Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Covilhã.

Ferreira, P. (1991). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Centro de Estudos Sociais. *Revista crítica de Ciências Sociais*, (33).

Fortin, M. (2006). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

Ganhão, F. (1991). *A qualidade total*. Lisboa: Cedintec. ISBN 972-95729 0-9.

Garvin, D. (1984). What does “product quality” really mean? *Sloan Management Review*, 25-43.

Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Revista Cadernos BAD 2*.

Gronroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: a customer relationship management approach*. New York: John Wiley, 2ª Ed. ISBN 0-471-72034-8.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. São João do Estoril: Príncipia. ISBN 972-8818-66-1.

Gummesson, E. (2002). *Total relationship marketing*. Amsterdam: Butterworth Heinemann, 2ª Ed. ISBN 978-0-7506-5407-4.

Gupta, G.; Jain, S. (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF scales. *Research*, 29 (2), 25-37.

Harfouche, A. (2008). *Hospitais Transformados em Empresas - Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Política. ISBN 978-989-646-009-9.

Henriques, C. (2008). *Gestão da Qualidade Total num serviço de saúde*. Tese de mestrado para obtenção do grau de mestre em gestão dos serviços de saúde, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa. Available From: http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/1754/1/TESE_Entrega.pdf. 15-04-2011 22:10.

Hoffman, K.; Bateson, J. (2003). *Princípios de Marketing de Serviços - Conceitos, Estratégias e Casos*. São Paulo: Thomson Learning, 2ª Ed. ISBN 85-221-0318-6.

Herrera-Kiengelher, L. ; Villamil-Álvarez, M. ; Pelcastre-Villafuerte, B.; Cano-Valle, F.; López-Cervantes, M. (2009). Relationship between health providers and patients in Mexico City. *Revista de Saúde Pública*, 43 (4), 589-594. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/en_7289.pdf. 20-12-2011 13:08.

Juran, J.; Gryna, F. (1980). *Quality planning and analysis*. New York: McGraw-Hill. Available from: <http://www.pqm-online.com/assets/files/lib/juran.pdf>. 22-03-2010:22:23.

Lima, A.; Cabral, E. ; Vasconcelos, M. (2010). Patient satisfaction at Specialized Dental Clinics in Recife. Brazil: Pernambuco State. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (5), 991-1002.

Lovelock, C.; Wirtz, J. (2004). *Services Marketing - People, Technology, Strategy*. Pearson Prentice Hall, 5ª Ed. ISBN: 0-13-126846-5.

O'Connor, S.; Shewchuk, R.; Carney, L. (1994). The great gap: physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality. *Journal of Health Care Marketing*, 14(4), 32-38.

O'Connor, S.; Shewchuk, R.; Trinh, H. (2000). Perceptual gaps in understanding patient expectation for health care service quality. *Health Care Management Review*, 25(2), 7-23.

Oliver, R. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing research*, 17, 460-469.

Oliver, R.; Westbrook, R. (1991). The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 18 (1), 84-91.

Oliver, R. (1993). Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418-432.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V.; Berry, Leonard. (1985). A conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, Fall, 49, 41-50.

- Parasuraman, A.; Zeithaml, Valarie; Berry, L. (1985). Problems and Strategies in Services Marketing. *Journal of Marketing*, Spring, 49, 33-46.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.; Berry, L. (1988). Communication and Control processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, Fall, 52, 35-48.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.; Berry, L. (1988). SERVQUAL: Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, Spring, 64 (1), 12-39.
- Pestana, M.; Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 5ª Ed. ISBN 978-972-618-498-0.
- Pires, A.; Santos, A. (1996). *Satisfação dos Clientes. Um objetivo estratégico de gestão*. Lisboa: Texto Editora. 1ª Ed. ISBN 972-47-0823-3.
- Pires, A. (2004). *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 3ª Ed. ISBN 972-618333-2.
- Quader, M. (2009). Manager and patient perceptions of a quality outpatient service: measuring the gap. *Journal of Services Research*, 9 (1), 109-137.
- Reeves, C.; Bednar, D. (1994). Defining quality: alternatives and implications. *Academy of Management Review*, 19 (3), 419-445.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Lisboa: Lusociência, 3ª Ed. ISBN 972-8383-81-9.
- Rocha, E.; Trevizan, M. (2009). Quality management at a Hospital's Nursing Service. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 17 (2), 240-245. Available from: www.eerp.usp.br/rlae. 13-09-2011 12:05.
- Saias, L. (2007). *Marketing de Serviços - Qualidade e fidelização de Clientes*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 1ª Ed. ISBN 978-972-54-0165-1.
- Salomi, G.; Miguel, P.; Abackerli, A. (2005). SERVQUAL X SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Gestão e Produção*, 12 (2), 279-293.
- Silvestro, R. (2005). Applying gap analysis in the health service to inform the service improvement agenda. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22 (3), 215 - 233.

Soares, C. (2004). *As ferramentas de comunicação interna na gestão para a qualidade. Fiat-GM Powertrain: um modelo avançado*. Projeto Experimental do Curso de Comunicação Social. Universidade Federal de Juiz de Fora. Available from:

http://www.facom.ufjf.br/documentos/downloads/projetos/2sem_2004/PDF/CSoares.pdf.
22-02-2012 15:09.

Swartz, T.; Brown, S. (1989). A Gap Analysis of Professional Service Quality. *Journal of Marketing*, 53, 92-98.

Volpato, L.; Pereira, A.; Meneghim, M.; Ambrosano, G. (2010). Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (8), 1561-1572. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/10.pdf>. 11-07-2011 23:08.

Zeithaml, V.; Parasuraman, A.; Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: *The Free Press*.

Zeithaml, V.; Parasuraman, A.; Berry, L. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60, 31-46.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DIRIGIDO À AMOSTRA DE UTENTES

QUESTIONÁRIO

Assinale com um X as seguintes respostas, sff.

I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO INQUIRIDO

1. Género	1) Feminino	
	2) Masculino	
2. Idade (anos)	1) Menos de 18 anos	
	2) Entre 18 e 24 anos	
	3) Entre 25 e 34 anos	
	4) Entre 35 e 49 anos	
	5) Entre 50 e 64 anos	
	6) 65 anos ou mais	
3. Estado civil	1) Casado/a ou em união de facto	
	2) Solteiro/a	
	3) Viúvo/a	
	4) Divorciado/a	
4. Habilitações	1) 1º ciclo do ensino básico ou inferior	
	2) 2º ciclo do ensino básico	
	3) 3º ciclo do ensino básico	
	4) Ensino secundário	
	5) Bacharelato ou licenciatura	
	6) Pós-graduação ou mestrado	
	7) Doutoramento	
5. Profissão	1) Trabalhador por conta própria	
	2) Trabalhador por conta de outrem	
	3) Doméstica	
	4) Desempregado/a	
	5) Reformado/a	
	6) Estudante	
<p>Recorre com frequência aos serviços de saúde?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>É a primeira vez que está internado na ULS Guarda, HSM?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>		

Se respondeu NÃO na questão anterior, qual o número de internamentos na instituição?

II - APRECIÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE DA ULS GUARDA, EPE, HSM

A. Uma das mais importantes dimensões da Qualidade de um serviço de saúde é a satisfação dos utentes, recetores dos cuidados de saúde. A satisfação é avaliada após a receção de um determinado serviço de acordo com as expectativas criadas inicialmente. Tendo em conta a sua experiência na ULS Guarda, EPE, HSM, responda às questões que se seguem de acordo com a respetiva escala:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito/ Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sabe / Não se aplica
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. Enquanto utente qual a sua Satisfação Global com a ULS Guarda, EPE, HSM?						
2. Qual a sua Satisfação com os cuidados de saúde prestados?						
3. Qual a sua Satisfação com o desempenho dos profissionais da ULS Guarda, EPE, HSM?						
4. Baseando-se nas expectativas iniciais como se sente após o atual contacto com a ULS Guarda, EPE, HSM?						

B. Após o seu contacto com a ULS Guarda, EPE, HSM, classifique a Qualidade deste serviço de saúde de acordo com a seguinte escala:

Muito pior do que esperava	Pior do que eu esperava	Como eu esperava	Melhor do que eu esperava	Muito melhor do que eu esperava	Não sabe / Não se aplica
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. Qualidade Global dos serviços prestados pela ULS Guarda, EPE, HSM						
2. Qualidade Global da prestação de cuidados pelos PROFISSIONAIS da ULS Guarda, EPE, HSM						

C. Cada utente, de acordo com a sua experiência com um serviço de saúde, cria uma percepção acerca da Qualidade do mesmo. Assim, expresse o seu grau de acordo ou desacordo com as seguintes afirmações:

Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo/Nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sabe / Não se aplica
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. "Os utentes e os profissionais da ULS Guarda, EPE, HSM, apresentam percepções diferentes acerca dos critérios que definem a Qualidade de um serviço de saúde".						
2. "A opinião dos utentes é valorizada pelos membros que constituem a gestão da ULS Guarda, EPE, HSM."						
3. "É frequente exprimir a minha opinião quando em contacto com o serviço de saúde."						

III - QUALIDADE DE UM SERVIÇO DE SAÚDE

1. Tendo em conta a sua percepção acerca da Qualidade de um serviço de saúde, classifique numa escala de *Lykert* - 1 a 7 pontos - a importância que cada um dos seguintes critérios tem na definição Qualidade de um serviço de saúde, em que:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---



Não é importante	É muito importante
------------------	--------------------

	1	2	3	4	5	6	7
1. Aspeto físico do serviço							
1.1. Limpeza e higiene das instalações							
1.2. Fardamento dos profissionais de saúde							
1.3. Equipamento inovador							
2. Acesso							
2.1. Facilidade para encontrar o serviço de saúde (localização, sinalização, informação,..)							
2.2. Transportes para o serviço de saúde							
3. Tempo de espera							

3.1. Tempo de espera após a solicitação de um profissional							
3.2. Atendimento na hora marcada							
<u>4.Privacidade na prestação de cuidados</u>							
<u>5.Competências técnicas dos profissionais</u>							
5.1.Eficiência							
5.2.Destreza técnica							
<u>6.Responsabilidade profissional</u>							
6.1. Cumprimento dos deveres profissionais							
6.2. Respeito pelos direitos dos utentes							
<u>7.Confiança transmitida pelos profissionais</u>							
7.1. Firmeza na prestação de serviços							
7.2. Demonstração de segurança							
7.3.Capacidade de resposta							
<u>8.Comunicação</u>							
8.1. Transmissão das características e funcionalidades do serviço							
8.2. Transmissão de informações acerca de cada procedimento clínico							
8.3. Transmissão de informação clínica ao utente							
<u>9. Empatia</u>							
9.1. Disponibilidade dos profissionais para estabelecer uma relação interpessoal							
9.2. Disponibilidade para escutar							
9.3. Interesse pelo utente individual e pessoas significativas							
9.4. Respeito pelas características pessoais, sociais e culturais do utente							
<u>10.Sensibilidade/honestidade dos profissionais</u>							
10.1. Sinceridade e veracidade							
10.2. Identificação das necessidades do utente							
10.3. Equidade na prestação de serviços							
<u>11.Simpatia dos profissionais</u>							

Obrigado pela sua colaboração!

**ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DIRIGIDO À AMOSTRA DE
ENFERMEIROS EM PRESTAÇÃO DIRETA DE
CUIDADOS**

QUESTIONÁRIO

Assinale com um X as seguintes respostas, sff.

I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO INQUIRIDO

1. Género	1) Feminino	
	2) Masculino	
2. Idade (anos)	1) Entre 20 e 24 anos	
	2) Entre 25 e 34 anos	
	3) Entre 35 e 49 anos	
	4) Entre 50 e 64 anos	
	5) ≥ 64 anos	
3. Estado civil	1) Solteiro/a	
	2) Casado/a ou em união de facto	
	3) Viúvo/a	
	4) Divorciado/a	
4. Habilitações	1) Bacharelato ou licenciatura	
	2) Pós-graduação ou mestrado	
	3) Especialidade ou doutoramento	
5. Tipo de vínculo profissional	1) Contrato de quadro da função pública	
	2) Contrato individual de trabalho sem termo	
	3) Contrato individual de trabalho com termo	
	4) Prestação de serviços	
Tempo de Serviço: _____		
Serviço onde exerce funções: _____		

II - APRECIÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE DA ULS GUARDA, EPE, HSM

A. Uma das mais importantes dimensões da Qualidade de um serviço de saúde é a satisfação dos próprios profissionais prestadores de serviços. Tendo em conta a sua experiência na ULS Guarda, EPE, HSM, responda às questões que se seguem de acordo com a respetiva escala:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito/ Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sabe/ Não se aplica
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. Enquanto profissional de saúde qual a sua Satisfação Global com a ULS Guarda, EPE, HSM?						
2. Qual a sua Satisfação com o tipo de cuidados de saúde prestados?						
3. Qual a sua Satisfação com o trabalho em equipa interdisciplinar?						
4. Enquanto utente, se for caso disso, qual a sua Satisfação Global com esta entidade prestadora de serviços de saúde?						

B. Classifique a Qualidade dos serviços prestados pela ULS Guarda, EPE, HSM, de acordo com a seguinte escala:

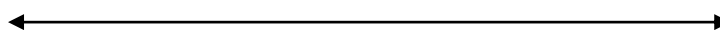
Muito pior do que esperava	Pior do que eu esperava	Como eu esperava	Melhor do que eu esperava	Muito melhor do que eu esperava	Não sabe/ Não se aplica
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. Qualidade Global dos serviços prestados pela ULS Guarda, EPE, HSM						
2. Qualidade Global da Prestação de cuidados pelos profissionais da ULS Guarda, EPE, HSM?						

III - QUALIDADE DE UM SERVIÇO DE SAÚDE

1. Tendo em conta a sua percepção acerca da Qualidade de um serviço de saúde, classifique numa escala de *Lykert* - 1 a 7 pontos - a importância que cada um dos seguintes critérios tem na definição Qualidade de um serviço de saúde, em que:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---



Não é importante

É muito importante

	1	2	3	4	5	6	7
<u>1. Aspeto físico do serviço</u>							
1.1. Limpeza e higiene das instalações							

1.2.Fardamento dos profissionais de saúde								
1.3.Equipamento inovador								
<u>2.Acesso</u>								
2.1.Facilidade para encontrar o serviço de saúde (localização, sinalização, informação,..)								
2.2.Transportes para o serviço de saúde								
<u>3.Tempo de espera</u>								
3.1. Tempo de espera após a solicitação de um profissional								
3.2. Atendimento na hora marcada								
<u>4.Privacidade na prestação de cuidados</u>								
<u>5.Competências técnicas dos profissionais</u>								
5.1.Eficiência								
5.2.Destreza técnica								
<u>6.Responsabilidade profissional</u>								
6.1. Cumprimento dos deveres profissionais								
6.2. Respeito pelos direitos dos utentes								
<u>7.Confiança transmitida pelos profissionais</u>								
7.1. Firmeza na prestação de serviços								
7.2. Demonstração de segurança								
7.3.Capacidade de resposta								
<u>8.Comunicação</u>								
8.1. Transmissão das características e funcionalidades do serviço								
8.2. Transmissão de informações acerca de cada procedimento clínico								
8.3. Transmissão de informação clínica ao utente								
<u>9. Empatia</u>								
9.1. Disponibilidade dos profissionais para estabelecer uma relação interpessoal								
9.2. Disponibilidade para escutar								
9.3. Interesse pelo utente individual e pessoas significativas								
9.4. Respeito pelas características pessoais, sociais e culturais do								

utente							
<u>10.Sensibilidade/honestidade dos profissionais</u>							
10.1. Sinceridade e veracidade							
10.2. Identificação das necessidades do utente							
10.3. Equidade na prestação de serviços							
<u>11.Simpatia dos profissionais</u>							

IV - Gap's da QUALIDADE

A. Cada profissional de saúde, assim como cada utente, cria uma percepção acerca da Qualidade de um serviço de saúde. Tendo em conta a sua experiência na ULS Guarda, EPE, HSM, como prestador de serviços de saúde expresse o seu grau de acordo ou desacordo com as seguintes afirmações:

Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo/Nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sabe / Não se aplica
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1.“Os utentes e os profissionais da ULS Guarda, EPE, HSM, apresentam percepções diferentes acerca dos critérios que definem a Qualidade de um serviço de saúde”.						
2.“Existem falhas na Qualidade dos serviços de saúde pela diferença entre os serviços prestados e as expectativas dos utentes.”						
3.”A opinião dos profissionais é valorizada pelos membros da gestão da ULS Guarda, EPE, HSM.”						
4.”A opinião dos utentes é valorizada pelos membros da gestão da ULS Guarda, EPE, HSM.”						
5.“É visualizada a percepção das expectativas dos utentes pela direção através de mudanças específicas nos serviços. ”						
6.“Existe uma adequada adaptação do serviço em resposta às percepções dos utentes.”						
7.“Existem falhas a nível da comunicação externa e interna entre o utente e o serviço de saúde.”						

8. “É evidente uma diferença entre o serviço esperado pelo utente e o serviço percebido. ”						
--	--	--	--	--	--	--

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 3 - ENTREVISTA DIRIGIDA A ENFERMEIROS COM CARGOS DE GESTÃO

QUALIDADE DE UM SERVIÇO DE SAÚDE

1. Como avalia a **Qualidade** global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?
2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?
3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da **Qualidade** de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?
4. Na sua perspetiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na **Qualidade** de uma entidade prestadora de serviços?
5. Quais são para si os principais critérios que definem a **Qualidade** de uma entidade prestadora de serviços de saúde?
6. Tendo em conta a sua percepção acerca da **Qualidade** de um serviço de saúde, classifique numa escala de **Lykert** - 1 a 7 pontos - a importância que cada um dos seguintes critérios tem na definição **Qualidade** de um serviço de saúde, em que:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---



Não é importante	É muito importante
------------------	--------------------

	1	2	3	4	5	6	7
1. Aspeto físico do serviço							
1.1. Limpeza e higiene das instalações							
1.2. Fardamento dos profissionais de saúde							
1.3. Equipamento inovador							
2. Acesso							
2.1. Facilidade para encontrar o serviço de saúde (localização, sinalização, informação,..)							
2.2. Transportes para o serviço de saúde							
3. Tempo de espera							
3.1. Tempo de espera após a solicitação de um profissional							
3.2. Atendimento na hora marcada							
4. Privacidade na prestação de cuidados							

<u>5.Competências técnicas dos profissionais</u>							
5.1.Eficiência							
5.2.Destreza técnica							
<u>6.Responsabilidade profissional</u>							
6.1. Cumprimento dos deveres profissionais							
6.2. Respeito pelos direitos dos utentes							
<u>7.Confiança transmitida pelos profissionais</u>							
7.1. Firmeza na prestação de serviços							
7.2. Demonstração de segurança							
7.3.Capacidade de resposta							
<u>8.Comunicação</u>							
8.1. Transmissão das características e funcionalidades do serviço							
8.2. Transmissão de informações acerca de cada procedimento clínico							
8.3. Transmissão de informação clínica ao utente							
<u>9. Empatia</u>							
9.1. Disponibilidade dos profissionais para estabelecer uma relação interpessoal							
9.2. Disponibilidade para escutar							
9.3. Interesse pelo utente individual e pessoas significativas							
9.4. Respeito pelas características pessoais, sociais e culturais do utente							
<u>10.Sensibilidade/honestidade dos profissionais</u>							
10.1. Sinceridade e veracidade							
10.2. Identificação das necessidades do utente							
10.3. Equidade na prestação de serviços							
<u>11.Simpatia dos profissionais</u>							

Outros comentários:

Obrigado pela sua colaboração!

**ANEXO 4 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULS DA
GUARDA, EPE, HSM PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO
ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO E APLICAÇÃO DOS
QUESTIONÁRIOS E REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

Curso de Ética & Ms grande para passar.

U.L.S. - Guarda, E.P.E.
14.11.2011

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

De admitir, de acordo com a obrigatoriedade imposta pelo Conselho de Ética (conveniente a ser e endossar) a pedido de Dora Vanessa Gomes Abrantes

Assunto: Aplicação de um questionário à Equipa de Enfermagem e Utentes da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Hospital Sousa Martins

Dora Vanessa Gomes Abrantes, nascida a 22/03/1986, portadora do CC n.º 13020103 pelo arquivo de Identificação da Guarda, actualmente a exercer funções como enfermeira no Hospital Sousa Martins – Serviço de Pneumologia, vem por este meio solicitar a autorização para a aplicação de um questionário à Equipa de Enfermagem e Utentes da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE – Hospital Sousa Martins. Este questionário está incluído no âmbito da Dissertação, inserida no Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, tendo como tema “A Qualidade dos Serviços de Saúde: análise comparativa de diferentes percepções.”

Face ao exposto, agradeço a vossa atenção.

U.L.S. Guarda, E.P.E.
Acta n.º 50 de 07/12/2011

Com os melhores cumprimentos,

Assinatura

Dora Abrantes

Guarda, 9 de Novembro de 2011

U.L.S. GUARDA 091111 35535

*Comissão de Ética da ULSG.
p.m. Pereira.
U.L.S. Guarda, EPE
14-11-2011*

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

*Dr. autoriza a
marcel de e. chico.
7-12-2011*

*CS
7-12-2011*

Assunto: Realização de uma entrevista a elementos com cargos de Gestão na Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE – Presidente do Conselho de Administração, Enfermeiro Director, Enfermeiros Supervisores e Enfermeiros-chefes do Hospital Sousa Martins

U. L. S. Guarda, E.P.E.
Acta n.º 50 de 07/12/2011

Dora Vanessa Gomes Abrantes, nascida a 22/03/1986, portadora do CC n.º 13020103, pelo arquivo de Identificação da Guarda, actualmente a exercer funções como enfermeira no Hospital Sousa Martins – Serviço de Pneumologia, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de uma entrevista a elementos com cargos de Gestão na Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE – Hospital Sousa Martins – Presidente do Conselho de Administração, Enfermeiro Director, Enfermeiros Supervisores e Enfermeiros-chefes do Hospital Sousa Martins.

Esta entrevista está incluída no âmbito da Dissertação, inserida no Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, tendo como tema “A Qualidade dos Serviços de Saúde: análise comparativa de diferentes percepções.”

Face ao exposto, agradeço a vossa atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Assinatura

Dora Abrantes

*Está CES nada tem a ver
necessário do presente estudo.*

U.L.S. Guarda 28.11.2011

*Pela CES
Dr. Chico*

Guarda, 9 de Novembro de 2011

U. L. S. GUARDA, E.P.E.

**ANEXO 5 - COMUNICADO DE AUTORIZAÇÃO PARA A
AUTORIZAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO
ESTUDO**



Exm^a. Senhora
Enf.^a. Dora Vanessa Gomes Abrantes
Serviço de Pneumologia
Hospital de Sousa Martins
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data,
Guarda, 12/12/11

- 9373

ASSUNTO: Pedido de realização de entrevista e aplicação de questionário a funcionários da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Vimos por este meio informar V. Ex.^a. que de acordo com a solicitação acima mencionada se encontra autorizada a realizar o pretendido no âmbito do Projecto de Mestrado intitulado " *A qualidade dos Serviços de Saúde: análise comparativa de diferentes percepções*"

No final do trabalho, deverá entregar no Conselho de Administração desta Unidade um exemplar do mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração


(Dr. Fernando Monteiro Girão)

FG/VH



Av. Rainha D. Amélia, 6300-858 Guarda Tel. 271 210 840 Fax 271 223 104, secadm@ulsguarda.min-saude.pt

**ANEXO 6 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
E SOCIOPROFISSIONAL DA AMOSTRA DE UTENTES E
ENFERMEIROS EM PRESTAÇÃO DIRETA DE
CUIDADOS**

Variáveis Sociodemográficas e Sociodemográficas das amostras

Género e Idade

Expõem as estatísticas demográficas registadas na tabela 1 que os utentes em termos de género se equiparam, 50% do género feminino e 50% do género masculino. Em relação à amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados de enfermagem os do género feminino são em número mais elevado que os do género masculino, 82,6 % dos enfermeiros são do género feminino e apenas 17,4% dos enfermeiros são do género masculino.

Tabela 1 - Distribuição do género nos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados

	Utentes		Enfermeiros		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	18	50,0	8	17,4	26	31,7
Feminino	18	50,0	38	82,6	56	68,3
Total	36	100,0	46	100,0	82	100,0

Relativamente à idade da amostra de utentes em estudo, verifica-se que 41,7% dos utentes inquiridos apresentam uma idade igual ou superior a 65 anos, 25 % dos utentes têm idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos, 13,9% dos inquiridos apresentam entre 35 e 49 anos, de igual forma, 13,9% dos utentes apresentam idades entre os 25 e os 34 anos (tabela 2). Constata-se também que apenas dois utentes, ou seja, 2,8% da amostra possuem idade inferior ou igual a 24 anos.

Também se verifica que 66,7% dos utentes do género masculino têm idade igual ou superior a 65 anos, enquanto na amostra de utentes do género feminino 83,3% destas utentes possui uma idade igual ou inferior a 64 anos.

Relativamente à distribuição de idades na amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados e comprovado também na tabela 2 verificou-se que 56,5%, vinte e seis enfermeiros, possui uma idade compreendida entre os 35 e os 49 anos. Ao passo que 32,6% da amostra possui entre 25 e 34 anos e apenas uma enfermeira da amostra tem idade compreendida entre os 18 e 24 anos. Também uma minoria da amostra, 8,7%, possui uma idade superior a 50 anos.

Pode ainda dizer-se que 63,2% da amostra feminina possui uma idade entre os 35 e os 49 anos, ao passo que, 75% da amostra masculina se situa na faixa etária dos 25 aos 34 anos.

Tabela 2 - Distribuição dos grupos de idade dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados por género

Utentes	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<18 anos	0	0,0	1	5,6	1	2,8
18 - 24 anos	1	5,6	0	0,0	1	2,8
25 - 34 anos	4	22,2	1	5,6	5	13,9
35 - 49 anos	3	16,7	2	11,1	5	13,9
50 - 64 anos	7	38,9	2	11,1	9	25,0
>= 65 anos	3	16,7	12	66,7	15	41,7
Enfermeiros						
18 - 24 anos	1	2,6	0	0,0	1	2,2
25 - 34 anos	9	23,7	6	75,0	15	32,6
35 - 49 anos	24	63,2	2	25,0	26	56,5
50 - 64 anos	4	10,5	0	0,0	4	8,7

Estado Civil

Ao caracterizar a amostra em relação ao estado civil, conforme espelha a tabela 3, através das estatísticas descritivas, pode-se afirmar que a maioria dos utentes inquiridos, 55,6% são casados ou vivem em união de facto e ainda uma percentagem considerável, 22,2% dos utentes são viúvos.

Em relação à amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados observa-se também que 63% da amostra são casados ou vivem em união de facto, 26,1% são solteiros, 8,7% divorciados e apenas 2,2% são viúvos.

De acordo com as estatísticas descritivas, falando na amostra total desta investigação, o estado civil mais representativo é o de casados, 59,3% da amostra, de forma oposta o estado civil divorciado é o menos representativo entre os inquiridos, 7,3%.

Tabela 3 - Distribuição do estado civil por utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidados

	Utentes		Enfermeiros		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casado ou em união de facto	20	55,6	29	63,0	49	59,8
Solteiro	6	16,7	12	26,1	18	21,9
Viúvo	8	22,2	1	2,2	9	11,0
Divorciado	2	5,6	4	8,7	6	7,3
Total	36	100,0	46	100,0	82	100,0

Habilitações Académicas

Observando os dados estatísticos na tabela 4, relativos às habilitações académicas da amostra de utentes, conclui-se que 80,6% dos utentes apresenta habilitações académicas equivalentes ao 3º ciclo do ensino básico ou inferiores, o que se pode relacionar de certa forma com a idade mais representativa dos mesmos.

A mesma tabela espelha que 11,1% da amostra concluiu o ensino secundário e 5,6% desta tem como habilitações académicas um bacharelato ou licenciatura. Ainda de realçar que apenas uma parte pouco representativa dos mesmos, ou seja, 2,8%, um utente, apresenta uma pós-graduação, mestrado ou doutoramento.

Por outro lado, a tabela 5 demonstra que a amostra total de enfermeiros prestadores de cuidados possui uma licenciatura ou bacharelato e 15,2% desta amostra realizou uma pós-graduação ou mestrado e apenas 6,5% concluiu uma especialidade ou doutoramento.

Tabela 4 - Distribuição das habilitações académicas por utentes

	Utentes	
	n	%
3º ciclo do ensino básico ou inferior	29	80,6
Ensino secundário	4	11,1
Bacharelato ou licenciatura	2	5,6
Pós-graduação, mestrado ou doutoramento	1	2,8
Total	36	100,0

Tabela 5 - Distribuição das habilitações académicas por enfermeiros em prestação direta de cuidados

	Enfermeiros	
	n	%
Bacharelato ou licenciatura	36	78,3
Pós-graduação ou mestrado	7	15,2
Especialidade ou doutoramento	3	6,5
Total	46	100,0

Profissão

Ao observar os dados estatísticos expostos na tabela 6 verifica-se que 22,2% dos utentes trabalham por conta própria, 36,1% trabalham com conta de outrem e 27,8% já se encontram reformados.

Uma parte menos representativa da amostra está desempregada, 5,6%, com igual ponderação para ambos os géneros, e 2,8% da amostra, uma utente do género feminino é doméstica.

Tendo em conta as idades apresentadas apenas 5,6% dos utentes estudam.

No que diz respeito à amostra de enfermeiros observa-se na mesma tabela que 67,4% desta amostra apresenta uma situação estável no local de trabalho, um contrato de quadro da função pública, 21,7% da amostra possui um contrato individual de trabalho sem termo e 6,5% da amostra possui ainda um contrato com termo. É importante realçar que 4,3% da amostra encontra-se em situação de prestação de serviços sem contrato pela instituição, sendo que é uniforme em ambos os géneros, uma enfermeira e um enfermeiro.

Tabela 6 - Distribuição da profissão dos utentes e enfermeiros em prestação direta de cuidadosos por género

Utentes	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Trabalhador por conta própria	4	22,2	4	22,2	8	22,2
Trabalhador por conta outrem	7	38,9	6	33,3	13	36,1
Doméstica	1	5,6	0	0,0	1	2,8
Desempregado	1	5,6	1	5,6	2	5,6
Reformado	4	22,2	6	33,3	10	27,8
Estudante	1	5,6	1	5,6	2	5,6
Enfermeiros						
Contrato de quadro da função pública	28	73,7	3	37,5	31	67,4
Contrato individual de trabalho sem termo	7	18,4	3	37,5	10	21,7
Contrato individual de trabalho com termo	2	5,3	1	12,5	3	6,5
Prestação de serviços	1	2,6	1	12,5	2	4,3

Tempo de Serviço da amostra de enfermeiros em prestação direta de cuidados

Através da análise da tabela 7 é conclusivo que as enfermeiras apresentam maior experiência profissional (média = 14,55 anos) que os enfermeiros (média = 10,25 anos). Pode afirmar-se que a amostra inquirida é uma equipa tendencialmente jovem e com uma grande amplitude no que respeita ao tempo de serviço e experiência profissional.

Verifica-se que o mínimo de anos de serviço no género feminino é 1 ano e para o género masculino é 2 anos, sendo o máximo de 33 anos para as enfermeiras e de 24 anos para os enfermeiros.

Tabela 7 - Análise estatística em relação ao tempo de serviço dos enfermeiros em prestação direta de cuidados

Variáveis	Min	Max	\bar{X}	Dp
Feminino	1	33	14,55	7,51
Masculino	2	24	10,25	8,83

A amostra de enfermeiros inquiridos pertence a quatro serviços de internamento do HSM - ULS Guarda, EPE, escolhidos por conveniência: 39,1% serviço de pneumologia, 37% serviço de cirurgia mulheres, 15,2% serviço de ortopedia homens e 8,7% serviço de otorrino/oftalmologia.

**ANEXO 7 - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS
REALIZADAS AOS ENFERMEIROS COM CARGOS DE
GESTÃO**

Entrevista 1

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: "Avalio como uma qualidade média baseada no feedback dos vários profissionais de saúde e número de queixas existente no gabinete de utente da ULS Guarda, EPE, HSM."

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: "No meu conhecimento pelos números de queixas efetivas de cada serviço e também por exemplo pelo número de úlceras de pressão num serviço de internamento."

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da Qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: "É sem dúvida o mais importante para melhorar a qualidade que cada serviço presta. Não existe para já gestão deste aspeto."

4. Na sua perspetiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na Qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: "A falta de uma liderança efetiva; desmotivação das equipas profissionais; escassez de recursos humanos e físicos; poucos instrumentos de gestão; rotatividade excessiva dos profissionais ou integrações profissionais demasiado curtas; infraestruturas deficitárias."

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: "Sobretudo a opinião dos utentes; dados estatísticos de úlceras de pressão, número de quedas e infeções nosocomiais; feedback das equipas interdisciplinares e frequentes formações em serviço."

Entrevista 2

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: "Qualidade razoável."

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: "Que eu conheça não existe nenhum instrumento uniformizado na instituição. Apenas gerindo as reclamações do gabinete de utente."

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: "É importantíssimo. Pode haver algum conhecimento da opinião dos utentes através de caixas de sugestões existentes em alguns serviços específicos."

4. Na sua perspetiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na Qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R:“Estrutura física deficitária e comunicação muita vezes inexistente ou errado canal de comunicação.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R:“A eficácia e eficiência da prestação de cuidados pela instituição; tentativa de prestação de melhores cuidados sem aumento efetivo dos custos.”

Entrevista 3

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R:“Uma boa qualidade. Não é excelente ou certificada.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R:“De forma indireta pelo número de reclamações no gabinete de utente e opinião deixada em caixas de sugestões. Esporadicamente através de trabalhos académicos.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R:“Considero-a uma ferramenta de trabalho, é a visão das pessoas como clientes, conhecer para melhorar. É útil e primário conhecer a satisfação e opinião dos utentes.”

4. Na sua perspetiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R:“Inexistência de um diagnóstico objetivo das necessidades da população a quem a instituição presta serviços de saúde associado também a uma área geográfica dispersa, nem sempre com vias de acessibilidade eficientes. Também a falta de instrumentos de melhoria contínua da qualidade.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a Qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R:“A obtenção de indicadores que se aproximem do contratualizado; demonstração dos ganhos em saúde acima do descrito como aceitável; e ainda a opinião e satisfação dos utentes que recorrem a este serviço de saúde.”

Entrevista 4

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R:“Qualidade razoável porque ainda existem muitas falhas a eliminar ou melhorar.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

“Em cada serviço específico através do *feedback* dado pelo utente ao profissional de saúde. De forma geral através do gabinete de utente. Falta um instrumento uniformizado para avaliar a satisfação.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: “É essencial porque são estes os recetores de cuidados, logo quanto maior a satisfação melhor será a qualidade percebida. Não há muito conhecimento desta opinião pelo motivo referido anteriormente, inexistência de instrumentos de avaliação.”

4. Na sua perspectiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na Qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: Falta de avaliação e controlo dos cuidados prestados e mais uma vez a falta de um instrumento que realce e avalie os aspetos que restringem a qualidade.

5. Quais são para si os principais critérios que definem a Qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: “Satisfação dos utentes; número de infeções nosocomiais, reinternamentos e por exemplo números de complicações cirúrgicas.”

Entrevista 5

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: “Qualidade mediana.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: “Apenas através do gabinete de utente - reclamações e opiniões.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: “Sem dúvida muito importante mas inexistente um instrumento na instituição que avalie a opinião dos utentes.”

4. Na sua perspectiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na Qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: “Existe desmotivação e pouca iniciativa entre as equipas interdisciplinares; também tempo escasso na prestação de cuidados para uma melhor relação profissional-utente.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: Estrutura funcional; existência de protocolos de atuação e norma entre cada grupo profissional; empenho profissional; avaliações periódicas da instituição; satisfação dos utentes com a relação terapêutica.”

Entrevista 6

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: “Uma qualidade abaixo do esperado, a própria instituição não tem uma comissão que estabeleça parâmetros de qualidade.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: “Apenas através do gabinete de utente - reclamações e opiniões.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: “É muito importante, é a base da qualidade. Ir de encontro às expectativas do utente.”

4. Na sua perspectiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na Qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: “Falta de definição de políticas estratégicas; inexistência de *feedback* do gabinete de utente aos serviços alvo de reclamações; falhas nas relações interdisciplinares para a resolução de problemas e conflitos.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: “ Posso dizer de forma resumida uma complementaridade de critérios relacionais e técnicos.”

Entrevista 7

1. Como avalia a Qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: “Uma boa qualidade.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: “Não há um circuito estabelecido, penso estar em elaboração um folheto institucional. Apenas através do gabinete de utente existe um *feedback* da opinião de quem contacta com este serviço de saúde.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: “É importante para existirem modificações de comportamentos e atitudes mas afirmo que não existe um conhecimento profundo da percepção do utente por parte deste serviço de saúde.”

4. Na sua perspectiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: “Sobretudo a falta de orientação e comunicação vertical na instituição.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: “Satisfação do utente e dos profissionais; controlo apertado da gestão hospitalar; comunicação interdisciplinar e terapêutica; nível de formação dos profissionais; características físicas do serviço de saúde.”

Entrevista 8

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: “Qualidade razoável porque houve uma altura de empenho profissional mas neste momento decresceu, pouco interesse em projetos inovadores.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: “Em tempos existiu um questionário enviado por correio, neste momento, através do gabinete de utente.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: “É fundamental mas os utentes reconhecem a qualidade mas não a demonstram.”

4. Na sua perspetiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: “Não há conceito de equipas multidisciplinares e também não há protocolos uniformes de atuação.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: “Os aspetos técnicos são importantes não são tudo, falta o aspeto relacional que penso que tem sido descorado. A parte relacional é fruto da maior parte das reclamações.”

Entrevista 9

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: “Média qualidade baseada na minha experiência profissional.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: “Não existe um instrumento uniformizado, existem os instrumentos tradicionais de gestão: gabinete de utente.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: É importante aliás fundamental. A ULS Guarda num futuro próximo terá um mecanismo de ação direto.

4. Na sua perspectiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: “A precariedade do posto de trabalho - rotatividade excessiva dos profissionais e formação deficitária; falta de uniformização de normas e critérios de atuação na instituição; desajustamento da estrutura física.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: Satisfação dos utentes e profissionais; o número de reinternamentos na instituição; o alcance ou não dos objetivos traçados; características físicas; tipo de relação interpessoal estabelecida.

Entrevista 10

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: “Uma boa qualidade mas apenas em serviços específicos.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: “Para além do gabinete de utente desconheço outro instrumento.”

3. Qual a importância do conhecimento da perceção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: “É muito importante e este aspeto é gerido na minha opinião através da ideia pública e comunicação social.”

4. Na sua perspectiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: “Uma comunicação vertical deficitária e também a uniformização de protocolos de boas práticas na instituição.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: “Internamentos de curta duração e diminuição das complicações pós receção de cuidados; satisfação dos utentes, estrutura física; relação terapêutica estabelecida com os utentes.

Entrevista 11

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: “Uma boa qualidade.”

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: “Através do livro de reclamações existente no gabinete de utente.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: "Atribuo-lhe uma importância elevada."

4. Na sua perspectiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: "Uma comunicação deficitária; falhas no acolhimento do utente e inadequadas informações cedidas aos familiares; rotatividade elevada de profissionais; inexistência de normas e protocolos uniformizados na instituição."

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: "Sobretudo a comunicação existente no serviço de saúde."

Entrevista 12

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: "Em geral não a considero boa, mas falando de serviços específicos existe uma qualidade razoável. A qualidade é confiança."

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: "Desconheço um instrumento global na instituição. De forma indireta conhece-se pelo número de reinternamentos e por exemplo quantificação de úlceras de pressão."

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: "É muito importante sem dúvida. Gere-se através do número e tipo de queixas efetivadas no gabinete de utente."

4. Na sua perspectiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: "Indefinição de padrões de qualidade e existência de uma cultura negativa sobre a falha/erro."

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: Excedência das expectativas dos utentes; satisfação dos utentes e profissionais; interação multidisciplinar e relação estabelecida com o utente; estrutura física.

Entrevista 13

1. Como avalia a qualidade global da prestação de serviços de saúde da ULS - Guarda, EPE?

R: "Qualidade razoável."

2. De que forma a ULS Guarda, EPE, HSM, avalia a satisfação dos utentes?

R: “Não há uma política estratégica definida para essa área, por vezes existem projetos de iniciativa de cada serviço em específico.”

3. Qual a importância do conhecimento da percepção e opinião dos utentes acerca da qualidade de um serviço de saúde? De que forma a ULS - Guarda, EPE gere este aspeto?

R: “A importância é muito significativa para a melhoria da qualidade dos cuidados. Apenas são geridas as queixas efetivadas no gabinete de utente.”

4. Na sua perspetiva que fatores podem estar na origem da existência de desvios (*gaps*) na qualidade de uma entidade prestadora de serviços?

R: “Essencialmente a indefinição de objetivos estratégicos na ULS Guarda e sua implementação.”

5. Quais são para si os principais critérios que definem a qualidade de uma entidade prestadora de serviços de saúde?

R: “Dotação ajustada de recursos humanos e físicos; a existência de um sistema de avaliação da qualidade; a existência de um sistema de informação e comunicação intra e inter instituição eficiente.”