



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)

**DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES PARA IMPLEMENTAR
MELHORIAS DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS
GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS DA CLÍNICA “CASA DI
CURA CITTÀ DI PARMA”**

Luís Filipe Pecegueiro Mata

*Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção
do Grau de Mestre em Gestão das Organizações - Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde*

Orientado pela Professora Doutora Paula Odete Fernandes

Bragança, abril, 2015



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)

**DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES PARA IMPLEMENTAR
MELHORIAS DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS
GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS DA CLÍNICA “CASA DI
CURA CITTÀ DI PARMA”**

Luís Filipe Pecegueiro Mata

***Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção
do Grau de Mestre em Gestão das Organizações - Ramo de Unidades de Saúde***

Orientado pela Professora Doutora Paula Odete Fernandes

Bragança, abril, 2015

Resumo

A investigação e diagnóstico acerca da Qualidade têm por objetivo a análise da Importância versus Satisfação aplicada por vias de um estudo de caso. O objetivo do estudo incide na identificação de lacunas e potencialidades de forma permitir a implementação de melhorias de Qualidade. O objeto de estudo recaiu numa amostra de 300 utentes, da Clínica “*Casa di Cura Città di Parma*”, sediada em Parma.

O cruzamento da Importância atribuída com Satisfação percebida auxilia o Diagnóstico Observacional acerca dos parâmetros aos quais os utentes atribuem necessidade de intervenção, que por sua vez permite melhorias nos processos qualitativos associados aos serviços prestados na instituição de acolhimento. Tal cruzamento de dados teve suporte na aplicação de um questionário validado e usado em estudos precedentes com autoria de Mota, Sousa, Trigueiro, Flores e Leuschner (2010), aplicado aleatoriamente a 300 utentes da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da “*Casa di Cura Città di Parma*” com um erro amostral de 5,62% e um nível de significância de 5%. A matriz Importância-Desempenho/Satisfação adaptada por Matzler, Sauerwein e Heischmidt (2003) do modelo de Martilla e James (1977) é usada para fundamentar o objetivo de investigação.

Os resultados de maior evidência obtidos através das análises efetuadas são o elevado grau de importância dos itens em estudo bem como da satisfação com os mesmos, o que indica uma boa Qualidade percebida por parte dos utentes. Também a Satisfação Média Global e sua relação com as variáveis descritivas consideradas pertinentes revelam bons indicadores de Qualidade percebida. Já a Análise Fatorial permite perceber a agregação dos itens por componentes. Derivado do posicionamento no quadrante B, os fatores de informação dada; transmissão de informação; disponibilidade dos profissionais; perceção e aceitação da opinião do utente; atendimento na consulta; respeito da privacidade; competência dos profissionais; garantia e acessibilidade aos cuidados continuados; higiene e organização do consultório; utilidade da consulta; rapidez e prontidão de atendimento; cuidados prestados na consulta e serviços prestados registam alta importância e satisfação na perceção dos utentes da Clínica, sendo assim fatores representativos de oportunidades na manutenção e evolução de vantagens competitivas no mercado de atuação da “*Città di Parma*”.

Como principais conclusões a reter destaca-se a necessidades de melhoria na gestão de tempos e recursos; de melhorias tecnológicas e de controlo e de fomento de políticas de relacionamento com a sociedade e entre os profissionais.

Palavras-Chave: Importância-Satisfação; Fatores Críticos de Sucesso; Qualidade.

Abstract

The investigation and diagnosis on Quality aims to analyze the Importance vs. Satisfaction applied by means of a case study. The aim of the study involved the identification of gaps and potentials in order to allow the implementation of improved quality. The study object fell on a sample of 300 patients, the Clínica "*Casa di Cura Città di Parma*", based in Parma.

The crossing of the importance attributed to perceived satisfaction helps Diagnostic Observational about the parameters to which patients attribute need for intervention, which in turn allows for qualitative improvements in processes associated with the services provided at the host institution. Such crossing data was supported by the application of a validated questionnaire used in previous studies authored by Mota, Sousa, Swarthy, Flores and Leuschner (2010), 300 patients randomly applied to the specialty of Obstetrics and Gynecology, "*Casa di Cura Città di Parma*" with a sampling error of 5.62% and a significance level of 5% . The Importance-Performance / Satisfaction Matrix adapted by Matzler, Heischmidt and Sauerwein (2003) of Martilla and James (1977) model is used to support the purpose of research.

The results of further evidence obtained through analyzes performed are the high degree of importance of the items under study as well as satisfaction with the same, which indicates a good perceived quality by the users. Also Satisfaction Average Global and its relation to the descriptive variables considered relevant show good indicators of perceived quality. Factorial analysis already allows realizing the aggregation of items into components. Derived from the position in quadrant B, the factors of given information; transmitting information; availability of professionals; perception and acceptance of the opinion of the wearer; attendance at consultation; respect for privacy; competence of personnel; warranty and access to continuing care; hygiene and organization of the office; usefulness of the Consultation; speed and timeliness of care; care consultation and services recorded high importance and satisfaction on the perception of the clinic patients, thus representing factors of opportunities in the maintenance and evolution of competitive advantages in the performance of "*Città di Parma*" market.

How to retain key findings highlight the need for improved management of time and resources; technological improvements and control and funding of political relationship with society and among professionals.

Keywords: Importance-satisfaction; Critical Success Factors; Quality.

Resumen

La investigación y el diagnóstico de la Calidad tiene como objetivo analizar la importancia vs Satisfacción aplicada por medio de un estudio de caso. El objetivo del estudio consistió en la identificación de lagunas y potenciales con el fin de permitir la aplicación de la mejora de la calidad. El objeto de estudio cayó sobre una muestra de 300 utentes, la Clínica "*Casa di Cura Città di Parma*", con sede en Parma.

El cruce de la importancia atribuida a la satisfacción percibida ayuda observacional de diagnóstico acerca de los parámetros a los que atribuyen los utentes la necesidad de la intervención, que a su vez permite una mejora cualitativa en los procesos relacionados con los servicios prestados a la institución de acogida. Tales datos cruce fue apoyada por la aplicación de un cuestionario validado utilizado en estudios previos publicados por Mota, Sousa, Moreno, Flores y Leuschner (2010), 300 utentes se aplicaron al azar a la especialidad de Obstetricia y Ginecología, "*Casa di Cura Città di Parma*" con un margen de error de 5,62% y un nivel de significación del 5%. La Importancia-Rendimiento/Satisfacción Matrix adaptado por Matzler, Heischmidt y Sauerwein (2003) de Martilla y James modelo (1977) se utiliza para apoyar el propósito de la investigación.

Los resultados de más pruebas obtenidas mediante análisis realizados son el alto grado de importancia de los temas objeto de estudio, así como la satisfacción con el mismo, lo que indica una buena calidad percibida por los usuarios. También media de satisfacción global y su relación con las variables descriptivas considerados muestran buenos indicadores pertinentes de calidad percibida. El análisis factorial ya permite realizar la agregación de artículos en los componentes. Derivado de la posición en el cuadrante B, los factores de la información ofrecida; la transmisión de información; la disponibilidad de los profesionales; la percepción y la aceptación de la opinión de la persona usuaria; la asistencia a la consulta; el respeto de la vida privada; competencia del personal; garantía y acceso a la atención continuada; la higiene y la organización de la oficina; utilidad de la Consulta; la velocidad y la oportunidad de la atención; cuidar consulta y servicios registraron una gran importancia y satisfacción en la percepción de los utentes de la clínica, los factores de oportunidades en el mantenimiento y evolución de las ventajas competitivas en el desempeño de mercado "*Città di Parma*" por lo que representa.

Cómo conservar las principales conclusiones destacan la necesidad de mejorar la gestión de tiempo y recursos; mejoras tecnológicas y de control y la financiación de la relación política con la sociedad y entre los profesionales.

Palabras Clave: Importancia-satisfacción; Factores Críticos de Éxito; Calidad.

Aos meus Pais e Família

Agradecimentos

Ao longo do período de execução do plano de tarefas proposto e aceite em conselho técnico-científico existiram inúmeras pessoas que contribuíram e incentivaram o sucesso de finalização do mesmo.

Como primeira e principal referência refiro a minha coordenadora e coordenadora, a Professora Doutora Paula Odete Fernandes, perante o apoio e disponibilidade demonstrada a todos os níveis.

Em segundo lugar agradecer à Doutora Inês Rodrigues no acompanhamento incondicional do processo de mobilidade internacional em contexto de estágio.

Também o papel do Coordenador Doutor Gianluca Benassi foi crucial e relevante na garantia de execução dos objetivos relacionados ao tempo de estágio e coordenação da burocracia.

À minha família pelo apoio moral, financeiro, afetivo e organizacional ao longo do período de estudos e estágio.

Por fim não poderia deixar de referir a importância do apoio dos amigos ao longo desta importante etapa evolutiva.

A todos e cada um dos referidos deixo o meu cordial pedido de agradecimento.

Siglas

ACCREDIA – L’Ente Italiano di Accreditamento

AGUI – Associazione Ginecologi Universitari Italiani

AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privada

AOGOI – Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani

APCER – Associação Portuguesa de Certificação

APQ – Associação Portuguesa de Qualidade

ASL – Azienda Sanitaria Locale

CAF – Common Assessment Framework

CEN – Comité Europeu de Normalização

GENELEC – European Committee for Electrotechnical Standardization

CERTIF – Associação para a Certificação de Produtos

EFQM – European Foundation for Quality Management

EOQ – European Organization for Quality

ETSI – European Telecommunications Standards Institute

FIGO – Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia

FSAMMF - Federação das Sociedades da Área da Medicina da Mulher e do Feto

FSPOG - Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e de Ginecologia

GPC – Guia de Práticas Clínicas

IICQ – Istituto Italiano di Certificazione della Qualità

IMQ – Istituto Italiano del Marchio di Qualità

IPAC – Instituto Português de Acreditação

IPQ – Instituto Português da Qualidade

IQF – Instituto Qualidade na Formação

IQNET – The International Quality Network

ISO – International Standards Organization

MMC – Modelo de Melhoria Contínua

MQT – Modelo de Qualidade Total

NOC – Normas de Orientação Clínica

OHSAS – Occupational Health and Safety Management Systems Specification

PDCA – Plan, Do, Check e Act

PEDIP – Programa Integrado de Intervenção Estratégica

PNP – Piano Nazionale della Prevenzione

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRIME – Programa de Incentivos à Modernização da Economia

PRP – Piano Regionale della Prevenzione

PSN – Piano Sanitario Nazionale

PSR – Piano Sanitário Regionale

QeS – Qualidade em Saúde

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SEGI – Società Italiana Endoscopia Ginecologica

SIGO – Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

SNGQ – Sistema Nacional de Gestão da Qualidade

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPDC - Sociedade Portuguesa da Contraceção

SPG - Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPM - Sociedade Portuguesa de Menopausa

SPMR - Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução

SPOG - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia

SPOMMM - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal

SPQ – Sistema Português de Qualidade

SSN – Servizio Sanitario Nazionale

UNI – Organizzazione Italiana for Standardization

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Qualidade	3
1.1.1. Definição do conceito de Qualidade.....	4
1.1.2. Modelos de Qualidade	5
1.1.2.1. Modelo de Qualidade Total	5
1.1.2.2. Modelo de Melhoria Contínua	6
1.1.3. Ferramentas de Qualidade.....	7
1.1.4. Determinantes e níveis de intervenção da Qualidade em Saúde.....	8
1.1.5. Importância e afetação da Qualidade nas Organizações	8
1.1.6. Papel da Formação na Qualidade.....	9
1.1.7. Influência da Qualidade no desempenho.....	10
1.2. Qualidade versus Certificação e Acreditação	10
1.2.1. Evolução Histórica do Sistema Normativo Internacional	10
1.2.2. Evolução e Organismos da Qualidade em Portugal	11
1.2.3. Evolução e Organismos da Qualidade em Itália	12
1.3. Papel do Plano Nacional de Saúde	12
1.3.1. A Saúde Em Portugal.....	12
1.3.2. Saúde em Itália.....	13
1.4. Contextualização das especialidades	14
1.4.1. Contextualização da Ginecologia e Obstetrícia	14
1.4.2. Enquadramento da Ginecologia e Obstetrícia em Portugal.....	15
1.4.3. Enquadramento da Ginecologia e Obstetrícia em Itália.....	16
1.4.4. Ginecologia e Obstetrícia em Itália <i>versus</i> Portugal	17
2. Diagnóstico de Necessidades para a Implementação de Melhorias de Qualidade	18
2.1. Caracterização da Instituição	18
2.2. Enquadramento da Qualidade na Organização	21
2.3. Definição de lacunas e identificação de causas	22
2.4. Perceber a satisfação dos utentes	22
2.5. Abordagem dos procedimentos	22
2.6. Descrição das áreas de interesse à Ginecologia e Obstetrícia	23
3. Metodologia de Investigação	25
3.1. Objetivo do Estudo e Hipóteses de Investigação.....	25
3.2. Recolha de Dados, Métodos e Técnicas de Investigação	26
3.3. Técnicas de Tratamento dos Dados	27
3.4. Caracterização da Amostra.....	30

4. Apresentação e Análise dos Resultados	33
4.1. Análise da Satisfação e Importância	33
4.2. Comparação de Indicadores Estatísticos entre Países	45
Conclusões e Futuras Linhas de Investigação	47
Referências Bibliográficas	49
Referências Webgráficas	51

Lista de Figuras

Figura 1 - Organigrama das Especialidades.....	19
Figura 2 - Trajeto da Clínica ao Centro da Cidade.....	19
Figura 3 - Rede de Transportes Públicos.	20
Figura 4 - Panorâmica Frontal da Casa di Cura	20
Figura 5 - Planta dos Serviços e Infraestruturas das Imediações da Clínica	21
Figura 6 - Organigrama do circuito do utente.	23
Figura 7 - Planta do "Rés-do-Chão".....	24
Figura 8 - Planta do Quinto Piso	24
Figura 9 - Matriz Satisfação versus Importância.....	29
Figura 10 - Gráfico das Médias de Satisfação versus Importância.	36
Figura 11 - Gráfico de Quadrantes do estudo.....	44
Figura 12 - Percentagem da Despesa Total em Saúde.....	45
Figura 13 - Percentagem do PIB em Despesas de Saúde	45
Figura 14 - Despesa <i>per Capita</i> do Total em Saúde.....	46
Figura 15 - Taxa de Fertilidade	46
Figura 16 - Número de óbitos em menores de 4 anos	46

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Informação de Natureza Sociodemográfica.....	31
Tabela 2 - Informação de Acompanhamento e de Caráter Económico.....	32
Tabela 3 - Resultado dos Itens Relativos à Variável Importância.	34
Tabela 4 - Resultado dos Itens Relativos à Variável Satisfação.	35
Tabela 5 - Afetação das Intervenções por Especialidade, Tipo de Intervenção e Médico.....	37
Tabela 6 - Análise Fatorial da Satisfação.	38
Tabela 7 - Agregação dos itens de Satisfação	39
Tabela 8 - Análise Fatorial da Importância.	40
Tabela 9 - Agregação dos itens de Importância.	41
Tabela 10 - Média e Desvios Padrões Globais.....	41
Tabela 11 - Média de Satisfação Global das Especialidades.....	42
Tabela 12 - Média de Satisfação Global do Apoio Familiar	42
Tabela 13 - Média de Satisfação Global do Acesso	43
Tabela 14 - Testes estatísticos de satisfação de variáveis.....	43

Introdução

A qualidade, que tem vindo a tomar importância junto dos Órgãos de Soberania e entidades tutelares Nacionais e da União Europeia, comporta um item em crescimento dentro das Organizações e Instituições contemporâneas. A sua intervenção permite melhorias contínuas na produção/prestação de serviços, na gestão e na satisfação dos recursos humanos e dos clientes/utentes. Assim e no seguimento dos conhecimentos teóricos desenvolveu-se um estudo prático suportado em levantamento e relação de dados de satisfação e importância com a qualidade percebida nos serviços da organização de acolhimento.

Tendo em conta as atuais exigências dos consumidores, importa perceber quais os mecanismos e ferramentas adequadas à adaptação das suas necessidades. Sendo a Qualidade uma potencialidade na procura de padrões de excelência, é crucial a sua correta exploração na procura de informação útil e conversão da mesma em vantagens competitivas. Para o efeito, os processos de Qualidade seguem sistemas de certificação e acreditação.

Com este estudo pretende-se recolher informações e percepções dos utentes e profissionais da “*Casa di Cura Città di Parma*”, políticas de Qualidade e Certificação, fraquezas, potencialidades e modo de conversão dos fatores chave em melhorias de sustento da fidelização de utentes e da expansão no mercado.

Este estudo fundamenta as suas análises, de metodologia descritiva e quantitativa, não só através de um caso de estudo, mas também com base em pontos de vista provenientes do contexto real com a realização de estágio na “*Casa di Cura Città di Parma*”.

A recolha de disposições científicas teve base em artigos científicos, livros de Qualidade, Guias de Práticas Clínicas, Revisão Sistemática da Literatura “Qualidade dos serviços Ginecológicos: Influência da formação e informação”, páginas de internet das especialidades e demais sítios de internet considerados pertinentes ao estudo.

Para a medição do grau de importância e satisfação dos utentes foi utilizado um questionário, já validado, para a obtenção dos dados a analisar. O mesmo permitiu o estudo e análise de Fatores Críticos de Sucesso da Qualidade dos serviços prestados e, posteriormente posicionamento dos resultados na Matriz Importância-Satisfação. A sua aplicação recaiu sobre um Universo de 1250 utentes da Secção de Ginecologia e Obstetrícia. Os dados recolhidos reportam-se ao horizonte temporal de Fevereiro/Julho de 2014.

A estrutura segue o plano de trabalho aprovado em conselho-técnico científico. O estudo, dividido em quatro pontos, inicia com uma breve introdução onde se apresenta o seu enquadramento, a motivação para a escolha da problemática, os objetivos, a metodologia seguida e a estrutura. Posteriormente, o primeiro ponto de exploração comporta a revisão teórica da Qualidade, enquadramento da Acreditação e Certificação na Qualidade, o papel dos Planos de Saúde na Qualidade e o enquadramento da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. No segundo ponto é apresentado o diagnóstico de grau de implementação da Qualidade na Instituição de acolhimento e caracterização da Clínica. O terceiro ponto retrata as metodologias de investigação com referência aos objetivos de estudo, hipóteses de investigação, instrumentos de recolha de dados, caracterização da população, definição da amostra e técnicas de tratamento de dados. O quarto ponto pretende identificar os fatores críticos de sucesso, úteis ao desenvolvimento de tomadas de decisão acerca das estratégias de maximização da Qualidade dos serviços prestados e Satisfação dos utentes.

Finaliza-se o presente estudo de investigação com a apresentação das principais conclusões e propostas de melhoria quer na implementação de um modelo de Qualidade ajustado, quer nas linhas de investigação a seguir em estudos futuros.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Qualidade

O conceito de Qualidade em saúde tem vindo a desempenhar um papel preponderante no setor da Saúde. Ainda que não se revele de fácil mensuração é parte integral do processo de satisfação dos clientes. O atendimento, a prestação de serviços e respetivo acompanhamento, a manutenção de espaços hospitalares, a eficiência das técnicas e equipamentos e a subsistência da Organização no mercado são parte dos campos de atuação da Qualidade. Lopes e Capricho (2007, p.5) relatam esta vertente ao referir que as empresas só sobrevivem *“se contribuírem para melhorar a qualidade dos seus produtos e/ou serviços e ganharem legitimidade social”* através do *“ajustamento ao mercado e desenvolvimento sustentado da competitividade”*.

É necessária uma avaliação contínua da Qualidade em Saúde para detetar lacunas, planear melhorias, organizar funções, desenvolver informação útil, solucionar problemas e potencializar valor acrescido ao produto/serviço. Lopes e Capricho (2007, p.5) relatam que, *“presentemente as empresas só sobrevivem se forem capazes de acrescentar valor e conhecimento àquilo que produzem e vendem”*.

A garantia do desenvolvimento sustentável das Organizações é suportado por modelos e ferramentas de Gestão de Qualidade. Nas páginas que se seguem é abordada a Qualidade no que respeita ao conceito, modelos, ferramentas, determinantes, importância, formação, desempenho e avaliação de funções e importância. Os estudos empíricos, livros de evidência científica e revisões sistemáticas referidos estão em conformidade com as ideias defendidas. Importa também mencionar a certificação que consiste em avaliar a conformidade do sistema de qualidade com as normas de referência do caso em análise. A acreditação é a operação de validação técnica e de reconhecimento da capacidade global da organização.

1.1.1. Definição do conceito de Qualidade

A Qualidade é percepção positiva do cliente perante a produção de bens ou prestação de serviço, tendo em conta os recursos disponíveis, face as expectativas criadas. São vários os autores que defendem esta definição do conceito de Qualidade, com maior reconhecimento nos últimos anos.

O PNS - Plano Nacional de Saúde 2012/2016 define a Qualidade em Saúde segundo Saturno (1990) pelo respeito aos cuidados de saúde acessíveis e equitativos que permite a adesão e satisfação do cidadão tendo em conta os recursos disponíveis. Segundo considerações baseadas em Lopes e Capricho a Qualidade em Saúde é a produção em saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes.

Segundo Lopes e Capricho (2007, p.5), a qualidade *“para além de uma filosofia de gestão que dispõe de um conjunto de instrumentos, métodos e práticas, constitui um modelo de comunicação integrado”*, não deixando de referir que depende dos recursos humanos e do ambiente por eles criado. A qualidade do serviço é uma avaliação objetiva que reflete a percepção do cliente de elementos do serviço tais como: a qualidade da interação, do ambiente físico e dos resultados.

As expectativas que se podem formar com base em experiências passadas, comunicação boca a boca, comunicação comercial, necessidades pessoais dos utentes e pelo contato com serviços idênticos prestados pela concorrência refletem a correspondência entre aquilo que o serviço se propõe oferecer à comunidade e a sua efetiva consecução. Já Cronin e Taylor (1994), cit. por Lopes e Capricho (2007), apenas consideram preponderantes as expectativas ou percepções criadas após o serviço prestado.

Para Winter (1996), cit. por Ishikawa (1995, p.93), *“a gestão da qualidade é a procura de melhoria das rotinas organizacionais através da aplicação de heurísticas e técnicas de resolução de problemas”*. Já Tomé (1991, p.106) alarga o conceito da qualidade para contexto Estatal ao referir que *“corresponde a uma forma otimizada de gestão dos recursos humanos, científicos, técnicos e materiais de um país, e esta mensagem não é só para as empresas, pois também deve ser para o Estado”*.

Outros autores como Crosby (1987), Juran (1988) e Deming (1989), cit. por Lopes e Capricho (2007), referem a qualidade como um requisito para a competitividade no mercado e Deming como um grau previsível de uniformidade e fiabilidade a baixo custo, adequado às necessidades do mercado.

Como se pode comprovar o conceito sofreu uma evolução, e não uma alteração, proveniente das mudanças culturais e dos mercados, o que introduziu novos parâmetros a ter em conta na definição do conceito, tais como a satisfação, o reconhecimento social, os recursos disponíveis e o desenvolvimento sustentável.

1.1.2. Modelos de Qualidade

1.1.2.1. Modelo de Qualidade Total

Surgiu no contexto industrial no Japão, sendo a Toyota a primeira organização a adotar este modelo. Este modelo com implicações a todos os níveis internos e externos, revela a importância dos recursos humanos, das práticas na produção de excelência, da gestão, da avaliação de funções, dos fornecedores, dos clientes e dos colaboradores externos. Tem como princípios a produção adaptada às necessidades; a garantia de políticas sustentáveis; a resolução dos problemas críticos (Regra de Pareto, 80/20); o envolvimento e racionalização dos recursos e a prevenção dos erros. Definido por Lopes e Capricho (2007, p.26) como *“um conjunto de práticas e métodos que podem funcionar em todos os níveis e áreas de gestão, permitindo institucionalizar o feedback e a avaliação, de forma permanente e integrada, ao longo de todo o ciclo de atividades da organização”*. Deming, cit por Lopes e Capricho (2007), acrescentam que a Qualidade Total deve considerar as falhas do sistema como um todo em detrimento da mera responsabilização humana. Lopes e Capricho (2007) citam Silva (1997), que retrata os *“grupos de trabalho”* como medida de debate e melhoria através da participação ativa, de forma a alcançar elevados níveis de motivação dos recursos humanos e melhorar a produtividade.

O MQT assenta em Planear, Fazer, Verificar e Atuar (ciclo PDCA). Para Juran, tal como para Bank (1998, p.91), este modelo é parte integrante de todos os níveis de gestão (PDCA), para redução de custos e aumento do enfoque nas necessidades dos clientes/utentes, pois *“o mais importante para melhorar a qualidade não é a tecnologia, mas a gestão de qualidade, considerando que este problema é uma questão estratégica para a empresa”*.

Sendo a qualidade a soma das práticas de produção com as necessidades dos clientes e as expectativas dos fornecedores e colaboradores externos implica o envolvimento e aceitação de todos os intervenientes no processo de produção. Implicação referida por Ishikawa ao associar a Garantia de Qualidade Total ao envolvimento de toda a instituição e colaboradores no processo.

As constantes exigências de mercado, necessidades de informação e comunicação, padronização de bens e serviços, globalização do mercado e políticas ambientais sustentáveis requerem acompanhamento dos produtos e serviços às tendências de evolução das culturas. Segundo Cruz e Carvalho (1998, p.18), *“qualquer processo de qualidade total é, em si mesmo, um processo cultural”* e Kirkbridge (1998), cit. por Lopes e Capricho (2007), a necessidade de mudança é referida por meio de um processo de planeamento que defina os objetivos e ações necessárias. Crosby, cit. por Lopes e Capricho (2007), enfatiza o papel da prevenção na produção.

Citados por Lopes e Capricho (2007) Bernillon e Géruti (1990) resumem o MQT - Modelo de Qualidade Total na vontade, envolvimento e exemplaridade da direção da empresa; na adesão de todo o pessoal; na melhoria da qualidade pela prevenção dos defeitos; na medição da qualidade e nos cinco zeros olímpicos a caminho da excelência.

1.1.2.2. Modelo de Melhoria Contínua

O modelo de MMC – Modelo de Melhoria Contínua ou “*Kaizen*” define-se como a realização e responsabilização de todas as atividades, por equipa, bem como pela respetiva interrupção do processo produtivo sempre que se surge um problema a resolver. Oakland (1993, p.230) define o conceito como “*o processo, pelo qual, a melhoria da satisfação do consumidor é encontrada*”.

Empresarialmente este termo surge no âmbito e seguimento da Melhoria da Qualidade Total. A este nível formaram-se novas metodologias que visam aumentar a qualidade de produção e a redução dos desperdícios. Deming, cit. por Lopes e Capricho (2007), defendeu esta ideia e a importância do ciclo de melhoria contínua (*PDCA*), que assenta em Planear, Fazer, Verificar e Atuar, com base nas normas de qualidade da *ISO 9001:2000*.

O planeamento (*Plan*) envolve recolha, processamento e análise de informação. O desenvolvimento (*Do*) formula o plano de ação para a melhoria e implementação do desempenho. A verificação (*Check*) averigua a implementação, controla as operações e avalia a solução. Por fim, a atuação (*Act*) consolida ou retifica as medidas consoante os resultados que foram obtidos.

A renovação de melhoria é sustentada por Ishikawa, cit. por Lopes e Capricho (2007, p.48), ao referir que “*um bom controlo significa permitir que os padrões de qualidade sejam constantemente revistos para refletir as vozes dos consumidores e as suas reclamações, bem como as exigências do processo seguinte*”.

A melhoria da qualidade e da satisfação dos consumidores é alcançada com auxílio nas melhores performances dos outputs; com uma gestão de sustentação e conhecimento dos processos produtivos, através de planeamento e operacionalização dos processos e “*inputs*”, garantia de recursos, avaliação de “*outputs*”, verificação do desempenho e correção de processos; e com o envolvimento de todos os trabalhadores, fomentando a inovação, novas ideias e conhecimentos, para surpreender as expectativas do consumidor e desenvolver uma boa estrutura de gestão.

A eficácia da melhoria contínua está dependente duma correta integração nas políticas e estratégias de Qualidade da empresa. Não obstante, está a avaliação das alterações de forma controlada e monitorizada, que deve partir não só da gestão como também dos próprios trabalhadores.

A promoção de melhorias contínuas da cadeia de valor em saúde, do ciclo da qualidade, da monitorização, do “*benchmarking*” e da avaliação provém da orientação da lei de Bases de Saúde para a promoção de saúde e prevenção das doenças. Para colmatar a falta de indicadores e monitorizar o desempenho e a qualidade existem projetos de inovação ao vigor do PNS, sistemas piloto de financiamento e um painel de Indicadores Nacionais de Qualidade.

São exemplos o sistema “*Kanban*” que alerta para a necessidade de matérias e o “*Lean Manufacturing*” que visa produção ajustada as encomendas, evitando custos de matérias e recursos.

1.1.3. Ferramentas de Qualidade

De seguida serão expostas e explicadas ferramentas de Qualidade tais como:

Diagrama de Pareto: gráfico de barras ao ordenar a frequência de ocorrência dos problemas, permite associar 80% dos problemas à ocorrência sistemática de 20% das causas.

Diagrama Causa-Efeito: ferramenta gráfica de gestão e controle de qualidade que agrupa causas por categorias, de forma a encontrar e solucionar os problemas.

Histogramas: representação gráfica que agrupa um conjunto de dados em classes uniformes, para perceber a frequência de ocorrência e distribuição de cada classe.

Folhas de verificação: tabelas utilizadas na recolha de verificação de dados, de forma a agilizar o processo, reduzir os custos e fundamentar um bom modelo de comunicação.

Gráficos de dispersão: gráfico composto por dois eixos que permite averiguar a dispersão entre as variáveis, organizadas umas em função das outras. A análise é facilitada com a representação da reta de relacionamento médio das variáveis. Quanto maior a distância entre si e relativamente à reta, maior a dispersão. Se o aumento numa variável originar diminuição da outra, diz-se que são negativamente correlacionadas.

Cartas de controlo: gráfico usado no acompanhamento e controle do processo realizado através de amostras extraídas durante o processo, de forma a perceber a normalidade de distribuição das características da qualidade. O controlo pode ser efetuado por variáveis ou por atributos.

Fluxograma: esquema sequencial, com recurso a formas geométricas e setas, dos fluxos operacionais decorrentes dum processo. Permite clarificar acerca do tempo despendido, distância percorrida, intervenientes e relações ao longo da tarefa. A sua finalidade é perceber e resolver eventuais lacunas existentes ao longo das diversas fases do processo.

1.1.4. Determinantes e níveis de intervenção da Qualidade em Saúde

A Qualidade é um direito fundamental condicionado quer pela evolução social, política, ambiental, científica e tecnológica, quer pela ocorrência de epidemias e catástrofes, alterações climáticas, ações terroristas e determinantes de procura de cuidados. Também a perceção ofensiva da reclamação e quantidade de normas e burocracias representa um entrave à adoção de Modelos de Qualidade, pois aumentam a morosidade dos procedimentos e da adaptação dos profissionais aos mesmos.

À luz de Ishikawa, Lopes e Capricho (2007) as condições de uso, as situações de emergência e a seleção de materiais limitam a garantia do Controlo de Qualidade, que também depende do nível de intervenção, ou seja, se está dirigida a estruturas, processos ou resultados.

A Qualidade em Saúde intervém nas instituições no estabelecimento e monitorização de Políticas de Qualidade, na avaliação e divulgação custo-efetividade, no combate do desperdício, na monitorização da satisfação dos cidadãos e dos profissionais e na promoção da formação. Nos profissionais assegura a visão da QeS – Qualidade em Saúde e reforça a suas responsabilidades. No cidadão contribui para a melhoria da qualidade e incremento dos seus conhecimentos e competências. Na Política na avaliação da qualidade dos cuidados/serviços, nas estratégias de acesso ao conhecimento, nos sistemas de informação, no desenvolvimento de instrumentos de padronização, na avaliação de Políticas de Qualidade na promoção da acreditação dos serviços prestadores de cuidados de saúde, no reforço de especialidades médicas, na institucionalização da avaliação das tecnologias em saúde, na promoção do custo-efetividade, no combate ao desperdício, no desenvolvimento de mecanismos que promovam o “*benchmarking*” e no desenvolvimento das políticas, desenho, articulação e integração.

1.1.5. Importância e afetação da Qualidade nas Organizações

A Qualidade assume um papel preponderante nas sociedades modernas, derivadas dos conhecimentos, exigências e expectativas dos consumidores. As atuais Organizações suportam a subsistência no mercado com modelos de qualidade, políticas de desenvolvimento sustentável e

reconhecimento social. Dada a importância da Qualidade nas Organizações existem organismos e associações que modelam e apoiam as melhorias da Saúde e suas especialidades.

Lopes e Capricho (2007, p.5) justificam o acréscimo de valor e conhecimento dos produtos no *“futuro cada vez mais exigente”* e *“numa nova forma de gerir as organizações, melhorar os processos de decisão e contribuir para melhorar o desempenho”*, sendo que *“a interação com a envolvente depende do ajustamento ao mercado e do desenvolvimento sustentado da competitividade”*.

1.1.6. Papel da Formação na Qualidade

“Sem formação e sem aprendizagem não é possível a renovação dos saberes e, como tal, a inovação não se desenvolve”, citado por Lopes e Capricho (2007, p.67).

A formação e conhecimento dos recursos humanos influenciam e são influenciados pela Qualidade, permitindo evolução da competitividade na produtividade e prestação de serviços. O seu caráter de capacitação dos profissionais e inovação das práticas induz envolvimento de todos os intervenientes e deteção de necessidade de campanhas de formação. A prossecução dos objetivos depende da renovação de competências técnicas, cognitivas e comportamentais, assente num modelo integrado de formação e boas práticas, que visam fazer face às constantes mudanças de mercado e desenvolvimento tecnológico. No entanto a Formação como elemento diferenciador das organizações não garante o seu sucesso.

Para fomentar vantagens competitivas, a formação alarga o seu campo de atuação no ensino, informação e aprendizagem ao nível do trabalhador, do grupo de trabalho e da organização. Também os valores educacionais da família são um meio de aprendizagem e formação. Lopes e Capricho (2007, p.66) mencionam *“o ensino e a formação na escola e na empresa”* como *“vetor essencial para uma eficiente e eficaz implementação duma cultura de qualidade”*.

O plano de formação deve diagnosticar necessidades, planear e avaliar. A mensagem deverá ser consistente e partilhada por todas as partes envolvidas, de modo a derrubar barreiras e garantir os objetivos individuais, sociais e organizacionais. A eficácia da formação só existe quando as mudanças de atitudes e comportamentos do meio organizacional estão em conformidade com a nova filosofia.

No campo da Saúde a formação desempenha um dos meios de desenvolvimento. Assim quanto mais atuais as formações dos médicos especialistas melhor a eficiência das práticas clínicas. As formações devem abordar o maior número de temáticas possíveis, das quais são exemplo as novas práticas clínicas, o manuseamento de equipamentos, as sinergias do setor, as alterações no contexto interno e externo, os hábitos culturais no âmbito da saúde, os hábitos desportivos e as alterações legislativas.

A RSL – Qualidade dos Serviços Ginecológicos refere a importância da formação no ensino e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das funções (E1) e na atualização dos profissionais às normas criadas no âmbito da qualidade (E2).

A FSPOG - Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e de Ginecologia atua ativamente na Formação, nomeadamente, com a organização de congressos nacionais e formações e com a participação em Congressos Europeus.

1.1.7. Influência da Qualidade no desempenho

No setor da saúde o desempenho dos profissionais é essencial para garantir a qualidade dos serviços, a satisfação e o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. O desempenho e pela preparação dos profissionais influencia o tempo despendido por utente, o acesso e a equidade dos utentes. Consequentemente induz à redução de custos com políticas de deteção de lacunas e melhorias de qualidade, de tratamentos adicionais e de internamentos, aumentando a eficiência e eficácia das Instituições. A RSL – Qualidade dos Serviços Ginecológicos (2014, p.9) menciona que *“a redução na ocorrência de doenças das mulheres e o devido acompanhamento da mesma permitiu nos últimos anos aumentar a sua qualidade e esperança de vida”*.

1.2. Qualidade versus Certificação e Acreditação

1.2.1. Evolução Histórica do Sistema Normativo Internacional

A ISO – *International Standards Organization*, criada e sediada na Suíça desde 1947, desenvolve a maioria das atividades de cooperação e normalização entre os 130 países membros. A série ISO 9000 comporta a sua génese nos anos 70, apesar da adesão às suas normas aumentar a partir da década de 90 com destaque da Norma 9001, que especifica critérios de qualidade. Este organismo melhorou os seus sistemas organizacionais com a criação, em 1996, da série 14 000 que regula a gestão ambiental. Também a CEN – Comité Europeu de Normalização; IQNET – *The International Quality Network*; EOQ – *European Organization for Quality*; EFQM – *European Foundation for Quality Management* e a ISO promovem o desenvolvimento da qualidade através da certificação.

A globalização requereu, por parte do Sistema Normativo da Qualidade, a uniformização internacional das normas com o intuito de mudança, rotinização do sistema, *“feedback”* permanente, adaptação das empresas, garantia da qualidade, fidelização dos consumidores e correção de erros. A segurança,

saúde e proteção do consumidor foi aprofundada na “Abordagem Global” (1985), com a harmonização dos sistemas de normalização (1988) e aprovação de uma resolução pelo Conselho Europeu (1990), que propôs o “Livro Verde” como promotor do debate e evolução da normalização (1991).

A RSL – Qualidade dos Serviços Ginecológicos faz alusão não só à importância das normas e do GPC – Guia de Práticas Clínicas à Ginecologia e Obstetrícia, mas também ao papel das instituições competentes e acreditadas para a gestão das 400 normas criadas para a especialidade (E2).

1.2.2. Evolução e Organismos da Qualidade em Portugal

Os primeiros passos para a qualidade em Portugal surgiram na década de 60 com a Associação Portuguesa para o controlo da Qualidade que deu origem, em 1969, a APQ – Associação Portuguesa de Qualidade. Já em 1983 surgiu o SNGQ - Sistema Nacional de Gestão da Qualidade que passados dez anos deu lugar ao atual SPQ - Sistema Português de Qualidade. O SPQ e seus subsistemas têm como fim a promoção de políticas de qualidade e o desenvolvimento do sistema como um todo. O IPQ, criado em 1986, é o organismo coordenador da implementação e desenvolvimento da qualidade que assegura a atuação da SPQ e subsistemas de Acreditação.

A evolução da Qualidade em Portugal deriva da “abordagem global” e da normalização, sendo o IPQ – Instituto Português da Qualidade o órgão representativo. A Qualidade surge associada ao Programa Infante - Programa Integrado de Intervenção Estratégica, com o intuito de sensibilizar para a mudança e melhoria do desempenho das instituições. Com o objetivo de promover inovação e formação surge o PRIME – Programa de Incentivos à Modernização da Economia, cuja gestão está a cargo do IPQ.

A certificação produtos e sistemas de qualidade pela CERTIF - Associação para a Certificação de Produtos (Agosto de 1999) e APCER – Associação Portuguesa de Certificação (Abril de 1999) e a validação e modelos de acreditação pelo IPAC – Instituto Português de Acreditação e IQF – Instituto Qualidade na Formação, tiveram apoios comunitários do PEDIP - Programa Integrado de Intervenção Estratégica. A APCER, integrada e reconhecida internacionalmente na *IQNET*, participa no desenvolvimento da SPQ. A CERTIF certifica produtos de acordo com as normas aplicáveis. Ao SPQ cabe assegurar a concretização de políticas sustentáveis de acreditação e certificação, divulgar práticas, criar incentivos e efetuar auditorias. O desempenho dos Organismos citados permitem averiguar e eliminar as lacunas; garantir e premiar os intervenientes das boas práticas; melhorar a produtividade e competitividade das empresas; fomentar os parâmetros internacionais de qualidade e aumentar o mercado dos produtos.

Também as alterações provenientes do PNS 2012/2016 visam melhorar os cuidados de saúde dos cidadãos, as condições das instituições e as políticas do setor. Para assegurar os objetivos do PNS foi criado o Departamento da Qualidade que recorre a modelos de qualidade acreditados.

1.2.3. Evolução e Organismos da Qualidade em Itália

Entre os organismos no âmbito da Qualidade estão a *IMQ – Istituto Italiano del Marchio di Qualità*, a *IICQ - Istituto Italiano di Certificazione della Qualità*, a *ISO* o *CEN*, *CENELEC – European Committee for Electrotechnical Standardization*, a *ETSI – European Telecommunications Standards Institute*, a *UNI – Organização Italiana for Standardization* e a *ACCREDIA - L'Ente Italiano di Accreditamento*.

Tanto a *IMQ* como o *IICQ* certificam e acreditam produtos/serviços, sistemas de qualidade, profissionais e ambiente, contendo o *IICQ* prestígio reconhecido da *Golden Pass* e *Silver Pass*. As Normas *ISO* de destaque no âmbito da saúde Italiana são a certificação da qualidade (*ISO 9001*), a qualidade na área médica (*ISO 13485*), a segurança informacional (*ISO 27001*) e alimentar (*ISO 22000*), o meio ambiente (*ISO14001*) e a saúde e segurança dos trabalhadores (*OHSAS 18001*), sendo *OHSAS* a sigla correspondente a *Occupational Health and Safety Management Systems Specification*.

O *CEN*, a *CENELEC* e a *ETSI* são organismos europeus de normalização que atuam num vasto leque de setores, apoiando os organismos nacionais dos estados-membros da UE na prossecução de um mercado mais uniforme. No desempenho das suas funções é dada importância ao envolvimento dos organismos nacionais, de forma a garantir um caminho de sucesso no campo da normalização.

A *UNI* tem como atividades o estudo, desenvolvimento, aprovação e publicação de normas, no setor industrial, comercial e de serviços; o incremento da formação, da inovação e da participação social e a representação Italiana junto da *CEN* e da *ISO*, de maneira a apoiar a inovação, a competitividade, a defesa do consumidor e ambiente e a melhoria da qualidade.

A *ACCREDIA*, formada em 2009, atua nacionalmente na certificação e acreditação de processos produtivos e prestação de serviços, para garantir as expectativas dos consumidores e da sociedade. O respeito das normas internacionais afetas a cada setor, pela aplicação do *Regulamento Europeu 765* (2008), dos parâmetros de Qualidade e da adaptação ao mercado global são parte dos seus objetivos.

1.3. Papel do Plano Nacional de Saúde na Qualidade

1.3.1. A Saúde Em Portugal

A criação do SNS – Sistema Nacional de Saúde e adoção do PNS 2004/2010 e do PNS 2012/2016 demonstram os esforços desenvolvidos na melhoria da prestação dos serviços de Saúde, nomeadamente na esperança média de vida, na qualidade de vida, na taxa de mortalidade infantil, nas infra estruturas e equipamentos e nos procedimentos. O PNS 2004/2010 contribuiu para a

evolução da prestação de Cuidados de Saúde e consciencialização dos utentes, ao nível económico, de recursos humanos e da Qualidade. O PNS 2012/2016 visa melhorar e monitorizar a Qualidade, melhorar padrões de excelência e referência, partilhar responsabilidades em rede, registar eletronicamente os dados de saúde, criar e analisar estatísticas, integrar cuidados, aderir as NOC's – Normas de Orientação Clínica, melhorar a eficiência, avaliar as políticas estabelecidas aos cidadão, as instituições e aos profissionais. Contempla também modelos de acreditação em Saúde que permitem maior aproximação do setor ao conceito da globalização e às políticas Europeias para a saúde provenientes do ajuste da prestação de serviços à livre circulação de bens, serviços e pessoas.

Quanto ao PNS 2012/2016 impõem-se intervenções face à insuficiência de divulgação e sensibilização; à desatualização de estudos de satisfação; às falhas de planeamento, comunicação e responsabilidades dos RH; às alterações anuais das verbas do Orçamento de Estado; à eficácia na avaliação do PNS; ao valor da vida humana; à desigualdade de conhecimentos dos utentes face aos profissionais; à falta de multidisciplinaridade; à imprevisibilidade do número de acesso de utentes ao SNS; à garantia dos *stock's* face a catástrofes ou epidemias e à dificuldade de incremento/desenvolvimento de bons profissionais.

O sucesso das Políticas de Qualidade e dos Planos de Saúde está parcialmente comprometido pela conjuntura económica e pelas políticas estatais de austeridade ao setor, dificultando boas práticas como meio de redução de custos, envolvimento de todas as partes envolvidas e garantia dos objetivos. O acesso equitativo dos cidadãos aos serviços de saúde e qualidade de vida do ser humano é comprometido pelo aumento de impostos e custos provenientes de medidas estatais e legislativas, pelo que se impõem esforços acrescidos das partes envolvidas, de forma a colmatar as falhas do setor. Deriva também a dificuldade de acesso dos utentes aos tratamentos e medicamentos necessários à melhoria do estado clínico, pois as medidas no âmbito da prescrição de genéricos revelam-se insuficientes face ao poder de compra das famílias.

1.3.2. Saúde em Itália

O sistema de saúde italiano, designado *SSN - Servizio Sanitario Nazionale*, foi criado com o propósito de ordenamento cirúrgico; de desenvolvimento de funções na área da saúde ao nível regional e nacional; de garantia da prestação de cuidados clínicos aos cidadãos; da garantia de comunicação entre instituições do setor e da garantia do diálogo com o Estado. Os *PSN's – Piano Nazionale Sanitario*, efetuados trienalmente, estão interligados no objetivo de melhoria e desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde prestados pelo *SSN*. As avaliações e monitorizações aos *PSN's* contribuem para o desenvolvimento de propostas de melhoria das mesmas nos Planos futuros.

O *PSN 2006-2008* procurou a inovação do setor; a capacitação do sistema e dos profissionais; a adaptação ao fenómeno da globalização; a melhoria de promoção e prevenção; o aumento do envolvimento do utente no processo; a melhoria das políticas; a potencialização de um sistema integrado e a melhoria quer dos cuidados de saúde. O *PSN 2009-2011*, que visou lapidar lacunas básicas de forma a permitir a sustentabilidade, incide maioritariamente sobre os cuidados primários; os fluidos e matérias humanas; os cuidados paliativos e o Plano Nacional de Prevenção, sem descuidar princípios de evolução e inovação. Já o *PSN 2011-2013* incide sobre a responsabilização do utente e da sociedade no processo; a equidade e igualdade de acesso e a liberdade de escolha.

Os *PSR's – Piano Sanitario Regionale* em conjunto com a *Programmazione 2014-2016* da *ASL – Azienda Sanitaria Locale* têm como missão a acessibilidade e homogeneidade dos serviços; a satisfação dos utentes e o reforço do sistema público, assente em valores de transparência, universalidade, equidade, segurança, respeito pela dignidade humana, integridade do sistema, normalização, eficácia e eficiência. Programação que faz menção ao *PRP – Piano Regionale della Prevenzione* e aos serviços clínicos de Ginecologia e Obstetrícia.

O *PNP - Piano Nazionale della Prevenzione* contempla políticas saudáveis, certificação e inspeção como meios de desenvolvimento do setor e adaptação das políticas nacionais e regionais ao contexto Europeu. Justificado pela importância da consciencialização dos cuidados alimentares e hábitos desportivos na qualidade de vida, que diminui o acesso do mesmo aos serviços; reduz as filas de espera; diminui tempos de espera; aumenta a capacidade de resposta do sistema e potencia a eficiência dos recursos disponíveis.

1.4. Contextualização das especialidades

1.4.1. Contextualização da Ginecologia e Obstetrícia

“Os serviços de ginecologia e obstetrícia são uma vertente fundamental dos cuidados de saúde. Estes conferem uma componente sensível do foro humano, dado que dizem respeito ao sistema reprodutivo. É uma área extremamente ampla que engloba as unidades de saúde de todo o mundo e movimenta milhões de euros todos os anos”. (RSL – Qualidade dos Serviços Ginecológicos (2014, p.3))

Enquanto a Ginecologia se dedica às práticas médicas da fisiologia e doenças femininas, a Obstetrícia confere as práticas clínicas do processo de gestação, parto e pós-parto.

As práticas Ginecológicas e Obstétricas surgiram na época do Império Romano, no entanto apenas foram reconhecidas como especialidade da medicina no século XIX. A evolução civilizacional e

tecnológica; o crescimento populacional pós revolução industrial; a qualidade de ensino e informação; a globalização; os Organismos de certificação e acreditação, os parâmetros de Qualidade; os PNS's; o papel da sociedade e os contributos do Organismos das especialidades induziram, para a evolução da Ginecologia e Obstetrícia ao nível da qualidade de atendimento, das técnicas e dos meios disponíveis. Proveniente do crescimento populacional surgiu também a descoberta da anestesia.

A Ginecologia atua cirurgicamente em *endoscopia, laparoscopia, histeroscopia de taologia intracavitária, endometriose, ginecologia geral, reconstrução do pavimento pélvico e de incontinência urinária*. Atua ao nível de consulta em *ginecologia geral, concologia, colposcopia, endocrinologia, infertilidade, menopausa, planeamento familiar, antecedentes obstétricos, patologia cervical, uroginecologia e pavimento pélvico*.

A Obstetrícia atua no processo de parto, na consulta em *HTA – Hipertensão Arterial*, em adolescentes, em gravidez de idade avançada, em aconselhamento genético, em *endocrinopatias*, em risco de parto pré-termo, em gravidez gemelar e em *patologias nefro-urológicas, infecciosas e fetais*.

1.4.2. Enquadramento da Ginecologia e Obstetrícia em Portugal

Nos parágrafos que se seguem é mencionada, não só parte da história e evolução da Ginecologia e Obstetrícia em Portugal, mas também dos Organismos a atuar na especialidade, destacando o Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, que avalia profissionais através da folha de verificação interna (Anexo I).

Em 2005, a SPOG - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia foi alvo de transformação dos estatutos e passou a denominar-se FSAMMF - Federação das Sociedades da Área da Medicina da Mulher e do Feto. Desde 2007, para se adaptar ao contexto internacional passou a denominar-se FSPOG. Esta federação foi fundada pela SPOMMM - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal, SPG - Sociedade Portuguesa de Ginecologia, SPMR - Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução e SPM - Sociedade Portuguesa de Menopausa.

A criação da FSPOG visou unificar processos de prevenção, distinguir o papel dos Organismos e representar a especialidade. Tem como objetivos promover a Qualidade; garantir práticas e técnicas de trabalho; fomentar competências profissionais; defender os interesses dos e utentes e da sociedade e garantir as solicitações dos Organismos. A garantia dos objetivos é apoiada pela atribuição de prémios e bolsas, pela organização do congresso nacional trienal, edição da revista trimestral e da página de internet. Após 2008, organizou o 19º congresso nacional e reuniões anuais de formação de internos, transferiu a sede para Coimbra, renovou a página de internet e contratou uma empresa de comunicação social. Em 2010 atribuiu o Prémio de Mérito Científico Crio estaminal ao Professor Doutor Luís Graça. Em 2011 integrou a SPDC - Sociedade Portuguesa da Contraceção,

patrocinou o *Congresso EUROGIN* e premiou o Professor Doutor Henrique Nunes de Almeida relativamente à investigação desenvolvida acerca da especialidade.

No seguimento do orçamento de estado de 2013 foi desenvolvida uma iniciativa denominada “*Projeto Maternidade com Qualidade*”, que iniciou a 1 de Janeiro de 2014, tendo como principais finalidades a segurança, a qualidade dos cuidados, o aumento dos índices de natalidade e a redução de custos.

1.4.3. Enquadramento da Ginecologia e Obstetrícia em Itália

Nos parágrafos que se seguem é mencionada, não só parte da história e evolução da Ginecologia e Obstetrícia em Itália, mas também dos Organismos a atuar na especialidade destacam-se a *AOGOI – Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani*, a *SIGO – Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia*, a *SEGI – Società Italiana Endoscopia Ginecologica*, a *FIGO – Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia* e a *AGUI – Associazione Ginecologi Universitari Italiani*.

A *AOGOI*, sediada e fundada a 1948 em Milão, teve papel crucial na reconstrução da especialidade desde o pós-guerra, procurando melhorias contínuas, visibilidade e defesa da Ginecologia e Obstetrícia. Em 1954 defendeu a igualdade, equidade e cooperação da especialidade para garantir tratamentos adequados. A importância das aprendizagens referida na RSL teve o contributo *AOGOI*, em 1958, com o surgimento da *ultrassonografia obstétrica e ginecológica* e do *Teste Papanicolaou*, conseguindo em 1970 o reconhecimento da especialidade já reivindicado, o que faz de si uma entidade de prestígio na defesa e adaptação da especialidade às exigências da sua envolvente.

A *SIGO*, fundada em 1982, atua com os objetivos de promover estudos; desenvolver informação útil; incentivar a aprendizagem; promover sinergias; reforçar a cooperação com a *FIGO* e contribuir para a garantia da saúde da mulher.

A *SEGI*, sediada e fundada em Roma em 2000, tem como objetivos a promoção formação e aprendizagem; o reforço da importância da *endoscopia*; a segurança e normalização dos processos; o envolvimento de todos os intervenientes no processo endoscópico e o incentivo da partilha de conhecimentos. Esta posição permitirá reforçar a sua posição e reconhecimento no mercado.

A *FIGO*, fundada a 1954 em Londres, tem como missão promover as condições da especialidade junto dos 125 países onde possui associações afiliadas; garantir a formação e capacitação dos profissionais; melhorar os sistemas de comunicação e alcançar os *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio* até 2015. Tem como principais atividades a criação de projetos de melhoria do processo de maternidade; a organização, trienalmente, do Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia e a redação do *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia*. Assenta as suas responsabilidades em valores éticos e científicos, na inovação, na integridade, na transparência e no profissionalismo.

Por fim a *AGUI*, fundada em 1992 em Roma, tem como objetivos garantir o reconhecimento da especialidade; incentivar o empreendedorismo; garantir a aprendizagem dos profissionais e fomentar a Formação. Como surgiu no âmbito universitário constitui influência ao nível da modernização e inovação. Sendo os atuais estudantes o fruto e representação das exigências futuras no consumo permitem melhorar e adaptar a prestação de serviços.

1.4.4. Ginecologia e Obstetrícia em Itália versus Portugal

Este ponto pretende elucidar acerca de algumas diferenças, com base na experiência na “*Casa di Cura*”, na postura dos profissionais e nos processos utilizados em Ginecologia e Obstetrícia.

O domínio total do profissional sobre os seus utentes revela um elemento diferenciador entre culturas, pois os profissionais da Instituição demonstraram resistência de intervenção de outros profissionais sobre os seus utentes, sendo requerida solicitação e moldes de intervenção quando tal se demonstre inevitável. Já em Portugal, genericamente, existe uma maior confiança entre profissionais na intervenção dos seus utentes.

A prescrição de medicamentos genéricos em Portugal é privilegiada sempre que possível, ao invés dos profissionais Italianos de Ginecologia e Obstetrícia da “*Casa di Cura*” onde existe uma maior aversão nos profissionais.

Na calendarização privilegiam a afetação dos atos cirúrgicos ao início da semana e o final da semana para consultas e pequenas intervenções cirúrgicas.

2. Diagnóstico de Necessidades para a Implementação de Melhorias de Qualidade

2.1. Caracterização da Instituição

A Clínica “*Città di Parma*”, sediada e localizada na *Piazzale Athos Maestri 5 43100 Parma*, é associada da *AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privada*. Tem como meio auxiliar da estratégia de comunicação o sítio da *internet* com a hiperligação www.clinicacittadiparma.it, no qual se poderá aceder, nomeadamente aos horários, contatos e localização da Clínica. Neste poderá ainda encontrar outro tipo de informação, relativa ao seu funcionamento e estrutura, da qual que destacam horário e localização do bar, horários de visita e regras de segurança associadas ao usufruto destes serviços.

As suas atividades compreendem a maioria de cuidados médicos e atos cirúrgicos das áreas médicas, capacitando a instituição de uma vantagem competitiva no tratamento, ao permitir usufruto dos cuidados integrais das patologias do utente no mesmo espaço físico. Os serviços, estruturados segundo o cronograma abaixo, fornecidos pela “*Casa di Cura Città di Parma*” vão desde a cardiologia, oncologia, ortopedia, pediatria, ginecologia, obstetrícia e medicina geral, passando pela psicologia, psicoterapia, quimioterapia e fisioterapia até práticas cirúrgicas gerais, plásticas e neurocirúrgicas.



Figura 1 - Organigrama das Especialidades (Fonte: www.clinicacittadiparma.it).

Os itens envolvente externa desenvolvidos nas páginas que se seguem vão da acessibilidade à segurança e ao lazer. No mapa seguinte o Ponto A indica a Praça central Giuseppe Garibaldi e o Ponto B a Clínica “*Casa di Cura Città di Parma*”, que compreendem entre si uma distância aproximada de 2,5KM's. A distância é aceitável ao acesso através da bicicleta e da caminhada face à sua usualidade como meios de mobilidade, e estrategicamente ideal ao acesso de transporte motorizados, pois o tempo de acesso é mínimo ainda que a garantia de estacionamento seja reduzida.

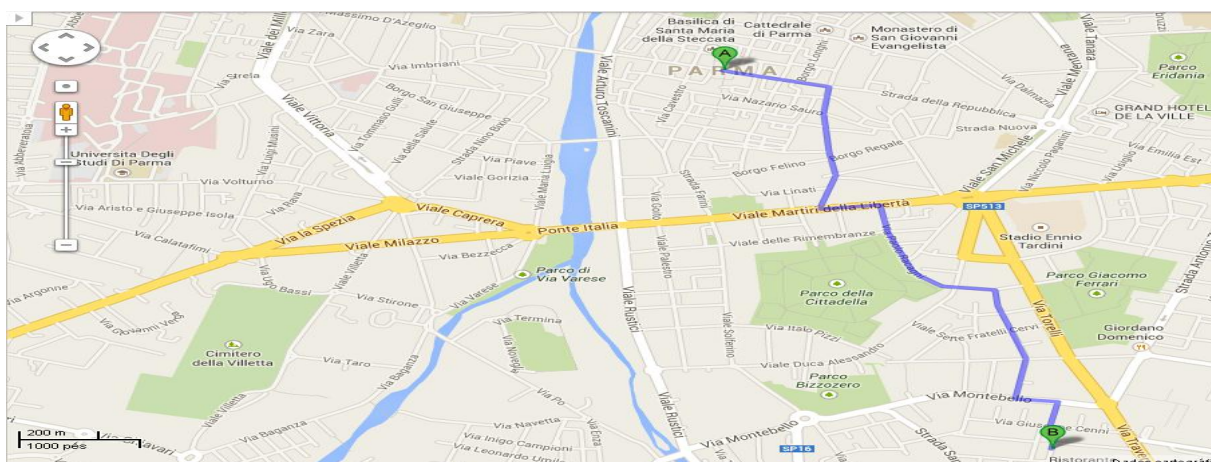


Figura 2 - Trajeto da Clínica ao Centro da Cidade (Fonte: [Google Maps](https://www.google.com/maps)).

Importa também enunciar o contributo positivo dos transportes públicos (Tep, Spa) na acessibilidade. No mapa seguinte é visível a abrangência das linhas urbanas, das quais comportam interesse a linha 8 e a linha 15 (dias semanais), derivado da paragem na *Piazzale Athos Maestri*. A linha 8 (Anexo III) passa de doze em doze minutos de segunda a sexta e a cada 30 minutos ao fim de semana. Já a linha 15 (Anexo IV) passa de quinze em quinze minutos.

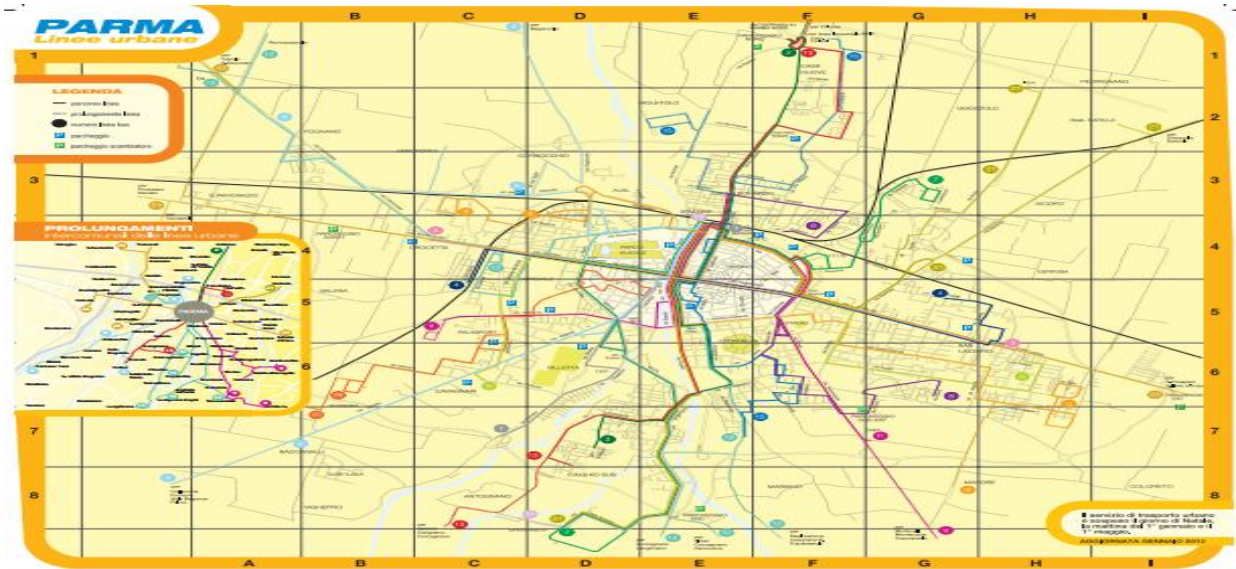


Figura 3 - Rede de Transportes Públicos (Fonte: www.tep.pr.it).

O estacionamento encontra-se condicionado face ao pagamento; à afluência das imediações e à restrição do estacionamento interno da Clínica a bicicletas e motos. Todavia é permitido o acesso de automóveis ao ingresso principal apenas como forma a deixar o utente.



Figura 4 - Panorâmica Frontal da Casa di Cura (Fonte: Google Maps).

As imediações possuem restaurantes, campo de futebol, espaço lúdico para crianças e adultos, negócios de venda de produtos de saúde e outros meios de lazer e entretenimento que contribuem para a boa localização. O edifício confere condições físicas e arquitetónicas ajustadas à correta distribuição dos ramos de saúde e à garantia de prestação de serviços com segurança.



Figura 5 - Planta dos Serviços e Infraestruturas das Imediações da Clínica (Fonte: Google Maps).

A segurança física é garantida, em parte, pela vedação do espaço físico, existência de uma pequena área de circulação e reduzida afluência de viaturas nas imediações durante o tempo de expediente.

2.2. Enquadramento da Qualidade na Organização

A AIOF contribuiu para a Qualidade da “Casa di Cura Città di Parma” auxiliando no conhecimento da realidade e na adaptação às demais instituições existentes no mercado. O conhecimento integral do setor e da Clínica deve decorrer de estudos de mercado, dada a imparcialidade e a confidencialidade necessária a atividade da AIOF perante as demais afiliadas.

Existem preocupações da estrutura com parâmetros de segurança e garantia da Qualidade, referentes aos tratamentos e serviços prestados, nomeadamente com interdição de acesso a determinadas alas por menores de 12 anos; a proibição de visitas de externos ao serviço durante os horários de refeição e de tratamento; a monitorização de tratamentos; a proibição do uso de telemóveis; a proibição de fumar dentro do edifício e nos demais locais que coloquem em causa os processos médicos.

Os conflitos de interesse existentes entre profissionais, essencialmente originários do exercício isolado de funções dos médicos relativamente aos seus utentes, contribuem para menos-valia do ambiente institucional comprometendo a sustentação da Qualidade e implementação do MQT. Torna-se assim essencial encontrar soluções para o alcance de sinergias de trabalho e da sustentabilidade.

Na segurança física relativa às infraestruturas, o ponto que menos válido, para a Qualidade, é a simultaneidade do espaço de acesso de viaturas com a zona externa destinada ao acesso pedonal. Relativamente a envolvente externa, ainda que a afluência de veículos não seja excessiva, poderá constituir uma menos valia na segurança, em caso de incidente rodoviário com utentes, sendo importante criar medidas de sensibilização e promoção de atos preventivos.

No que respeita à informação existe uma preocupação acrescida ao nível obstétrico através da distribuição, nas salas de espera, de revistas da especialidade (*Bambino e Insieme*), folhetos, autocolantes de sinalização de “criança a bordo” e artigos infantis.

2.3. Definição de lacunas e identificação de causas

A desatualização da página de internet; a venda de bebidas alcoólicas na unidade hospitalar e respetiva facilidade de acesso por parte dos utentes; os conflitos de interesse existentes; a morosidade da internet em determinados dias; a facilidade de acesso aos processos clínicos, facilidade de entrada no computador destinado aos médicos; a divisão dos utentes pelos ginecólogos e obstetras e o uso da farda no exterior (exposição a micro-organismos) não revelam conformidade aos atuais parâmetros de qualidade e modernização. Tais fatores poderão comprometer o sucesso dos tratamentos, constituir debilidades na relação entre profissionais, dificultar a eficiência dos procedimentos, constituir lacunas no campo tecnológico, comprometer o sigilo dos profissionais (interações dos profissionais fora das instalações e uso partilhado do computador) colocar em causa a privacidade do utente, retardar melhorias e invalidar sinergias provenientes do trabalho em equipa.

2.4. Perceber a satisfação dos utentes

Sendo um dos atuais meios de avaliação da satisfação o acesso à informação, considera-se importante apostar em meios de comunicação modernos e atualizados como a página de internet e o *Facebook*, campo no qual a “*Casa di Cura*” se encontra descontextualizada face às atuais exigências nos novos consumidores. Apesar de a sua página conter informação e notícias associadas à Clínica, revela necessidade de atualização da informação relativa a sua constituição, evolução, missão, visão e valores. Já a envolvente externa contribui para a satisfação dos utentes e qualidade dos serviços, pois influencia a garantia dos recursos necessários e desempenha um papel crucial na acessibilidade, segurança e comodidade dos utentes e dos seus familiares. A aquisição tecnológica pioneira de equipamento de visualização 3D é parte integrante de melhorias na satisfação dos utentes e na eficácia cirúrgica, inclusive na redução dos tempos das operações de Laparoscopia. (Anexo VI).

2.5. Abordagem dos procedimentos

Neste ponto serão abordados os procedimentos dos profissionais relativamente aos serviços de receção e acompanhamento; aos processos e técnicas cirúrgicas; à interação entre profissionais e à garantia de hábitos preventivos.

O processo de *Check-up* (Anexo V) nos serviços de receção e acompanhamento é descrito apenas na componente de Ginecologia e Obstetrícia, que inicia com a receção da utente pela “*General Case Manager*” no ingresso principal da Clínica. Posteriormente a utente é encaminhada ao serviço de exame de sangue e findo o mesmo dirige-se a sala de espera onde se encontra o número do anestesista ao qual solicitar o atendimento. A este percurso afeto ao “rés-do-chão” segue-se a deslocação, à exceção das utentes com mais de 60 anos submetidas ao *Exame Torácico de Raio X*, para o consultório situado no terceiro piso para efetuar o diagnóstico clínico. Já no quinto piso é finalizado o percurso com a consulta de Ginecologia e o exame de ecografia.

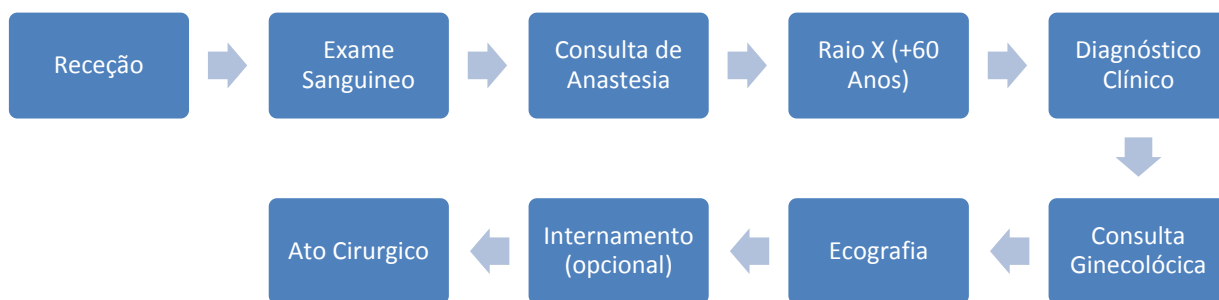


Figura 6 - Organograma do circuito do utente.

Nos processos e técnicas cirúrgicas o internamento da utente é efetuado no dia anterior quando o diagnóstico clínico solicite intervenção. Já a afetação dos atos cirúrgicos e pequenas intervenções varia consoante a distribuição e calendarização de cada médico ao longo dos dias úteis. Enquanto as pequenas intervenções cirúrgicas comportam a “Isteroscopia”, a “Conizzazione”, o “Condilomi” e o “IVG-Interruzione Voluntaria Gravidanza”, as grandes intervenções cirúrgicas incluem o “VDL – Videolapaoscopia Miomi/Fibromi”, o “VDL –Videolapaoscopia Cistiquarica”, a “Copoisterectomia”, o “Cistopessi”, o “VDL –Videolapaoscopia Endometriosi” e o “Taglio Cesario”.

Na interação entre profissionais existe a necessidade de políticas saudáveis no relacionamento entre médicos que permitam a resolução de lacunas nas práticas médicas; a troca de ideias entre todos os profissionais envolvidos no processo; a evolução dos processos e as melhorias técnicas sem descurar o domínio e conhecimento do médico sobre o processo e evolução do mesmo. Já o pessoal auxiliar revelou maior espírito de entejuda na prossecução de melhorias da Qualidade. Quanto a *Caposala* e a *Case Manager* revelaram antipatia e pouco espírito de grupo sobretudo em períodos de grande afluência de utentes e tarefas, derivado da sobrecarga de funções a que estão afetas.

Na garantia de hábitos preventivos verificou-se uma preocupação dos profissionais da “*Casa di Cura Città di Parma*” em perceber a chegada de novos profissionais como meio de segurança.

2.6. Descrição das áreas de interesse à Ginecologia e Obstetrícia

Na zona vermelha do “rés-do-chão” situa-se o bar, a sala de espera principal e a secretaria de atendimento. A zona verde representa a direção, próxima da qual se situam os elevadores e as escadas. As futuras instalações do bar, representadas a azul, permitem acesso simultâneo pela parte interna e externa. A zona laranja diz respeito a consultórios de cuidados de saúde na vertente do sangue e anestesia, à sala de espera e ao ambulatório. Enquanto as escadas e os elevadores de acesso ao público se encontram perto da sala de espera, as escadas de acesso aos pisos superiores e os elevadores destinados aos colaboradores situam-se junto do ambulatório.

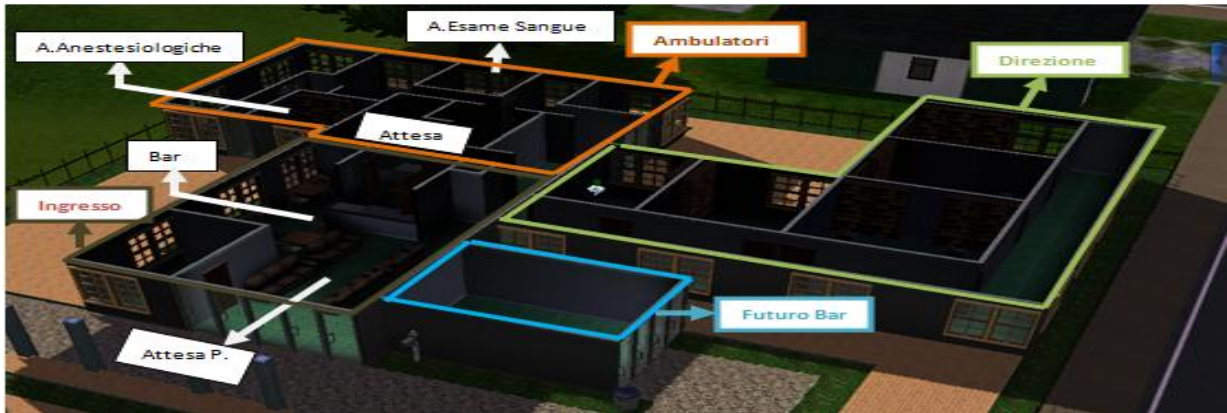


Figura 7 - Planta do "Rés-do-Chão" (Fonte: sims).

Ainda que o 5º Piso afigure maior interesse à investigação em detrimento da restrição à Ginecológica e Obstétrica, importa fazer apontamento a serviços de interesse à especialidade situados noutros andares. No 1º Piso encontram-se os serviços de neurologia, cardiologia e radiologia, sendo o último de interesse a especialidade em estudo. No 2º Andar situa-se a ortopedia, que é a especialidade de excelência em Itália. No 3º Piso está a medicina geral sem intervenção cirúrgica e o consultório médico do diagnóstico dos utentes da especialidade em estudo. Já no 4º Andar é dada ação aos atos cirúrgicos gerais, que poderão ser importantes para a especialidade em casos clínicos específicos.

Ambas as secções do 5º Andar possuem quartos de internamento, divisão de arquivo dos diagnósticos clínicos e sala de trabalho do corpo de enfermaria denominada de "Guardiola". Na representação amarela do Secção 1 encontra-se o escritório da "Case Manager" e "Caposala", primeiro local onde o utente se deve dirigir. Já na representação verde do Secção 2 encontra-se a sala de parto, a sala de espera, os consultórios médicos e o acesso dos profissionais ao piso superior. Já as escadas e elevadores destinados ao público encontram-se perto das "Guardiolas".



Figura 8 - Planta do Quinto Piso (Fonte: sims).

No 6º Piso encontra-se a sala de cirurgia da especialidade de Ginecologia e a sala dos utensílios vestuários necessários preparada para a troca da farda por parte da equipa cirúrgica.

3. Metodologia de Investigação

Face às técnicas de pesquisa e ao tipo de estudo o instrumento considerado mais adequado à investigação foi o inquérito por questionário (Anexo II), que é amplamente utilizado em Ciências Empresariais para recolha de informações sem uso de subjetividade (Barañano, 2004).

Para este trabalho foi utilizado um inquérito por questionário já validado, desenvolvido por Mota, Sousa, Trigueiro, Flores, e Leuschner (2010) e aplicado num estudo da *ICH Gaia-Porto*. Derivado da sua aplicação numa Organização sediada em Parma foi necessária a sua tradução para a língua Italiana, de modo a permitir a sua aplicação junto dos utentes da *“Casa di Cura Città di Parma”*. Mais importa referir que a sua aplicação foi efetuada durante o período de estágio em regime de mobilidade internacional, como pode ser averiguado pelo acordo de mobilidade (Anexo VII) e certificado de estadia (Anexo VIII).

A Instituição objeto de estudo possui no setor da Saúde uma vasta experiência na prestação de serviços de excelência, derivada da implementação de inovações técnicas de procedimentos; de aposta em Formação e partilha de conhecimento e da modernização de meios tecnológicos.

3.1. Objetivo do Estudo e Hipóteses de Investigação

Com este estudo pretende-se recolher informações e perceções dos utentes e profissionais da *“Casa di Cura Città di Parma”*, das políticas de Qualidade e Certificação, das fraquezas, das potencialidades e do modo de conversão dos fatores chave em melhorias de sustento da fidelização de utentes e da expansão no mercado. Para garantia do objetivo foram identificados os Itens Influenciadores de Qualidade para a tomada de decisões de melhoria da Qualidade e aumento da Satisfação dos utentes.

Partiu-se de estudos prévios e da RSL – Qualidade dos Serviços Ginecológicos como meios de perceção das evidências provenientes da presente investigação, de modo a reconhecer como Itens mais relevantes à Qualidade. Enquanto na Satisfação é a sala de espera dos exames de sangue e de anestesia e o estacionamento que carecem de melhorias, na relação das expetativas criadas (Importância) face à Satisfação percebida são a acessibilidade e as atividades de lazer disponíveis, que ainda assim estão próximas do grau satisfeito.

Na perspetiva de verificar se os Itens maximizam a satisfação dos utentes da “*Casa di Cura Città di Parma*” estabeleceram como hipóteses de investigação:

Hipótese de Investigação 1: Existe satisfação dos utentes com os itens em estudo.

Hipótese de Investigação 2: Existe Qualidade percebida com base nos índices de Satisfação Global.

Hipótese de Investigação 3: Existem diferenças entre as especialidades.

Hipótese de Investigação 4: Existem diferenças entre os utentes com e sem apoio familiar.

Hipótese de Investigação 5: Existem diferenças entre o primeiro acesso e acesso anterior.

Hipótese de Investigação 6: Existem diferenças entre níveis académicos.

Hipótese de Investigação 7: Existe uma relação positiva dos fatores de Satisfação e Importância.

3.2. Recolha de Dados, Métodos e Técnicas de Investigação

Na vertente teórica de caracterização da Clínica, seus procedimentos na prestação de serviços, perceção de técnicas usadas e equipamentos existentes usou-se a página de internet da “*Casa di Cura*”, documentação interna, observação direta e a interação com utentes e colaboradores.

No domínio da perceção teórica da satisfação e da qualidade, a metodologia comporta o ajuste e aplicação de um modelo de questionário credenciado. Não obstante está a observação dos procedimentos e envolvente externa, as interações de foro laboral com a equipa médica e acompanhamento dos processos junto de utentes.

Ainda na componente teórica utilizaram-se as páginas de internet das organizações referidas ao longo do estudo, *Scielo - scientific electronic library online*, *B-on – biblioteca do conhecimento online*, *Ordem dos Enfermeiros*, sebtas da unidade curricular Qualidade em Saúde, RSL desenvolvidas e o livro *Gestão da Qualidade* de Lopes e Capricho.

Na componente prática foi utilizado como principal meio de recolha de dados quantitativos a aplicação do questionário no período de estágio (01/02/ 2014 a 31/07/2014) (Anexo II), dividido em duas partes. Na primeira parte recolheram-se dados relativos as características da amostra. Na Segunda parte

pretendeu-se perceber a importância e a satisfação dos itens explorados e a sua relação com a Qualidade dos serviços de Ginecologia e Obstetrícia da “*Casa di Cura Città di Parma*”.

Na primeira parte foram exploradas questões de nominal sob a forma dicotômica e escolha múltipla. Na segunda parte foram exploradas variáveis qualitativas medidas em escalas ordinais do tipo *Likert* e questões apresentadas sob a forma de escolha múltipla e resposta aberta.

Para medição da fiabilidade foi calculado o *Alpha* de *Cronbach*. Já o uso da matriz de análise de quadrantes teve por base a média das 22 variáveis de satisfação das quais foi também medida a importância.

Para medir a importância e a satisfação dos serviços prestados pela “*Casa di Cura Città di Parma*” utilizou-se a escala de *Likert* de cinco pontos: 1 - Nada Importante, 2 - Pouco Importante, 3 - Importante, 4 - Bastante Importante, 5 - Muito Importante; e, a escala ordinal de satisfação: 1 - Muito Insatisfeito, 2 - Insatisfeito, 3 - Nem Insatisfeito Nem Satisfeito, 4 - Satisfeito, 5 - Muito Satisfeito.

Por sua vez, para recolha de dados qualitativos na componente prática recorreu-se à observação direta dos processos e procedimentos, às sugestões referidas nos questionários e à interação com os profissionais e utentes. Dos médicos com exercício frequente de funções na clínica foi autorizada a aplicação dos questionários aos utentes de Andrei/Benassi G., Basile Cosimo, Calestani, Benatti, Padovani, Bertoli, Piccolo, Nani, Cabrini, Poletti, Elena, Colombo e Benassi Luigi, ao invés dos utentes afetos ao doutor Barletta e à doutora Vaccà.

3.3. Técnicas de Tratamento dos Dados

Neste ponto serão abordadas as técnicas de tratamento pertinentes ao estudo e explicadas as considerações teóricas para posterior análise de resultados e exposição de conclusões do estudo.

Ao longo do tratamento são abordadas temáticas como a confrontação de culturas, hábitos e processos. Os dados obtidos permitem uma maior e melhor perceção da qualidade, mas também do papel internacional no setor.

Para dar resposta ao objetivo do estudo e respetivas hipóteses de investigação optou-se por aplicar:

- i. Testes estatísticos descritivos exploratórios para estudar o comportamento dos atributos em estudo, bem como a existência da correlação ou diferenças entre as variáveis de controlo e as latentes (Satisfação e Importância)
- ii. Técnicas estatísticas multivariadas, como a análise fatorial exploratória para analisar a estrutura inerente entre as variáveis em análise e examinar as inter-relações entre as mesmas e identificar a influência na Qualidade
- iii. O instrumento de gestão – Matriz Importância *versus* Satisfação

Além da análise da Importância versus Satisfação, foi propósito do estudo utilizar as análises descritivas exploratórias, inferencial e multivariada, de modo a caracterizar a amostra.

Na análise inferencial procura-se, de forma global, entender a satisfação com base nas variáveis de controlo Especialidade, Nível Académico, Apoio Familiar e Tempo de Acesso. De modo a auxiliar ao entendimento foram aplicados testes paramétricos, como o *t-student*, de maneira a averiguar as diferenças entre médias de amostras independentes, mas também entre amostras independentes face à Satisfação.

Iniciou-se com o cálculo das médias da Satisfação e da Importância, seguindo-se a aplicação de testes paramétricos, derivado da dimensão da amostra ($n > 30$) que exclui a aplicabilidade dos testes de aceitabilidade de distribuição normal e a homogeneidade das amostras independentes (Teorema do Limite Central). Revelou-se necessária a aplicação do Teste *t-student* e ANOVA em caso de não conformidade recorrer-se-ia a testes não paramétricos, sempre que não se verificassem os dois pressupostos para três ou mais variáveis.

Da análise multivariada obtêm-se considerações dos itens em estudo relativas à Qualidade dos serviços prestados pela “*Casa di Cura Città di Parma*”, usando a Análise Fatorial. Esta análise exploratória de dados tem como finalidade a descoberta e análise da escala construída a partir do conjunto de variáveis interrelacionadas, pois à partida aquando de duas variáveis correlacionadas existe partilha de uma característica em comum (Marôco, 2010).

Como o indicador do nível de confiabilidade (α Cronbach) está próximo de um, quer para as 22 variáveis medidas na escala de importância (0,962) quer para as 23 variáveis medidas na escala de satisfação (0,943), pode dizer-se que o instrumento tem uma excelente fiabilidade.

Face a ao respeito pela existência mínima de 5 cinco casos por item observados e o respeito do requisito da fiabilidade (Hill & Hill, 2009), fundamentado no uso do teste do *Alpha de Cronbach* que avalia o grau de consistência interna entre múltiplas medidas de uma variável (Churchill, 1979), aplicou-se a Análise Fatorial.

Como a Análise Fatorial requer a verificação da qualidade da correlação entre as variáveis, é necessária a aplicação da medida *KMO – Kaiser-Meyer-Olkin* e do teste da *Esfericidade de Bartlett*. O *KMO* mede a adequação da amostra comparando correlações simples com parciais e averiguando o grau da mesma. O teste da *Esfericidade de Bartlett* mede a correlação entre variáveis testando se a hipótese de a matriz de correlação ser a matriz de identidade com determinante igual a 1.

Para as tomadas de decisão associadas as hipóteses de investigação assumiu-se um nível de significância de 5%.

Para a análise da Importância *versus* Satisfação, seguidamente, passa-se a descrever o instrumento de gestão adaptado por Matzler, Sauerwein e Heischmidt (2003), onde os autores substituíram a dimensão Desempenho por Satisfação e apresentam assim a Matriz Importância vs Satisfação. De referir que esta matriz teve por base o instrumento desenvolvido por Martilla e James (1977), onde estes autores medem a Importância vs Desempenho de uma organização.

Assim na figura seguinte no referencial cartesiano obtém-se quatro quadrantes que permitem delinear quatro estratégias distintas, sendo elas:

- Quadrante A - Concentrar esforços;
- Quadrante B - Continuar o bom trabalho;
- Quadrante C - Baixa prioridade;
- Quadrante D - Esforço supérfluo.

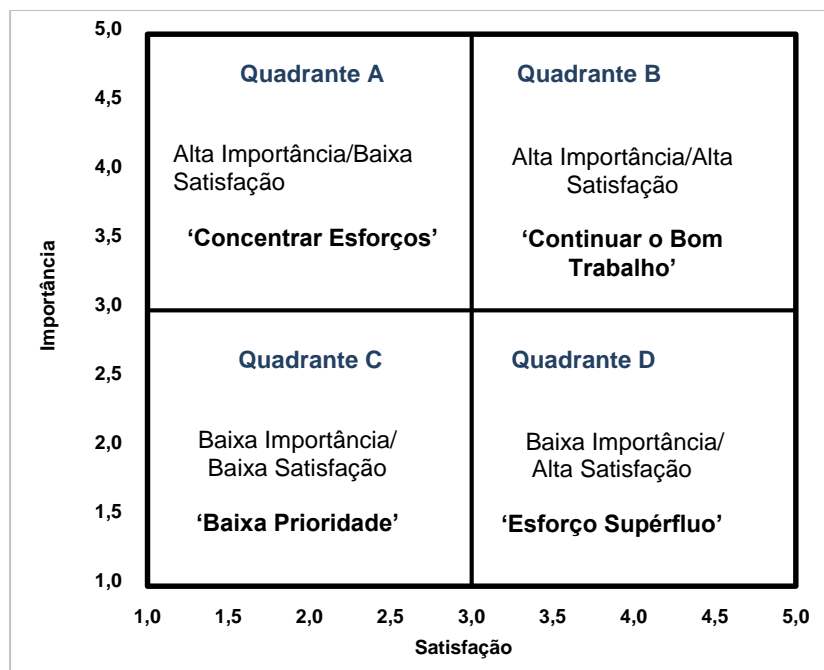


Figura 9 - Matriz Satisfação versus Importância.

Fonte: Adaptado de Matzler, Sauerwein e Heischmidt (2003, p.115).

Da análise da figura anterior pode dizer-se que (Martilla & James, 1977; Matzler, Sauerwein & Heischmidt, 2003; Silva & Fernandes, 2010):

- O quadrante A representa os atributos que são muito importantes, porém o nível de satisfação encontra-se avaliado abaixo da média, o que para aumentar a satisfação global, a organização deve concentrar-se nestes atributos;
- Os atributos localizados no quadrante B são avaliados com alta importância e satisfação e representam as oportunidades para ganhar ou manter vantagens competitivas;
- Os atributos posicionados no quadrante C consideram-se menos importantes e o nível de satisfação abaixo da média, pelo que não é necessário concentrar esforços nestes atributos;
- Os atributos que se fixem no quadrante D avaliam-se como sendo de alta satisfação e baixa importância. Isto implica que os recursos implicados com esses atributos seriam melhor empregues noutros, alto desempenho em atributos considerados irrelevantes indicam um possível exagero.

3.4. Caracterização da Amostra

A forma de aplicação dos questionários, que permitiu caracterizar a amostra, está associada às consultas e pequenas intervenções cirúrgicas e às grandes intervenções cirúrgicas. A grande diferença entre o tipo de intervenções é o tempo de internamento que pode variar entre a entrada e saída no mesmo dia, até dois/três dias em grandes intervenções, exceto aquando de estados clínicos delicados ou de intervenções do foro Obstétrico que requerem maior tempo de permanência.

Para uma população de 1250 utentes, número facultado pela entidade em objeto de estudo, foram aplicados 300 questionários validados, que correspondem a 24% da população. Além dos 300 foram aplicados mais 41 questionários invalidados por insuficiência de dados. No cálculo da dimensão da amostra foi assumido um erro amostral de 5,62% e um nível de significância de 5%. A idade mais frequente, entre os inquiridos, é os 43 anos com 17 casos e uma percentagem de 5,7 e a média de idades corresponde a 42 anos de idade.

Tabela 1 - Informação de Natureza Sociodemográfica.

		n (=300)	%
Sexo	Masculino	1	,3
	Feminino	299	99,7
Estado Civil	Solteiro	89	29,7
	Casado	160	53,3
	Divorciada	24	8,0
	Separado	21	7,0
	Viúvo	6	2,0
Formação	5ºElementar	16	5,3
	Escola Média	73	24,3
	Escola Superior	153	51,0
	Licenciatura	45	15,0
	Mestrado	6	2,0
	Outro	7	2,3
Nacionalidade	Italiana	266	88,7
	Nigeriana	3	1,0
	Albanesa	4	1,3
	Ucraniana	4	1,3
	Romena	5	1,7
	Russa	1	,3
	Senegalense	1	,3
	Moldava	5	1,7
	Camaronense	1	,3
	Columbiana	1	,3
	Polaca	2	,7
	Maroquina	2	,7
	Honduras	1	,3
	Tuoriana	1	,3
	Sul-americana	1	,3
	Lituana	1	,3
	Filipina	1	,3

A amostra é composta maioritariamente pelo sexo feminino (99,67%), nacionalidade Italiana (88,7%), estado civil casado (53,3%) e Formação Superior (51%).

Tabela 2 - Informação de Acompanhamento e de Caráter Económico.

		n (=300)	%
Acesso à Clínica	Primeira	169	56,3
	< 6 Meses	16	5,3
	De 6 meses a 1 ano	11	3,7
	De 1 a 3 anos	26	8,7
	> 3anos	78	26,0
Apoio Familiar	Sim	268	89,3
	Não	32	10,7
Situação Laboral	Sim	234	78,0
	Não	66	22,0
Apoio Estatal	Sim	19	6,3
	Não	281	93,7

O tempo do acesso e internamento das utentes aos serviços da “Casa di Cura” diverge sobretudo entre a primeira vez (56,3%) e períodos superiores três anos (26%), sendo o apoio familiar nesse período bastante favorável (89,3%). A existência de uma atividade laboral remunerada (78%) justifica, em parte, a inexistência de apoio estatal em 93,7 %

4. Apresentação e Análise dos Resultados

4.1. Análise da Satisfação e Importância

A este nível irão ser descritos os itens do estudo de investigação proveniente da aplicação de 300 questionários validos tanto ao nível de Importância como de Satisfação. Os dados recolhidos na “*Casa di Cura Città di Parma*”, na cidade Italiana de Parma, tiveram como elementos da amostra utentes da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia e no período de estágio.

De entre as análises de dados estão a medição da Satisfação Global da Amostra e respetivamente perceção da Qualidade por parte da amostra. Os itens avaliados são classificados quanto ao tipo de intervenção, médico e especialidade. São também abordados os itens de forma isolada bem como a comparação entre a Média da Satisfação Global com variáveis descritivas.

Serão, sempre que necessário, medidas as condições de aplicabilidade dos testes através de testes correlacionais, como o *KMO* e *Bartlett* para a Análise Fatorial. Já as comparações entre médias usam como testes de aplicabilidade o *Levene* e a *ANOVA*.

Ao longo deste ponto serão ainda abordadas considerações provenientes do período e execução de funções na “*Casa di Cura*”, bem como as opiniões sugeridas em questionário para a melhoria da Qualidade dos serviços prestados.

Tabela 3 - Resultado dos Itens Relativos à Variável Importância.

Importância	NI	PI	I	BI	MI	M	DP
(1) Da informação dada	-	0,3	20,0	13,7	66,0	4,45	,819
(2) Da transmissão da informação	-	0,7	21,0	14,3	64,0	4,42	,840
(3) Da disponibilidade dos profissionais	-	0,3	18,0	13,7	68,0	4,49	,795
(4) Da percepção e aceitação da opinião do utente	-	1,3	23,7	16,3	58,7	4,32	,880
(5) Do atendimento da consulta	-	0,3	18,0	15,3	66,3	4,48	,795
(6) Do respeito pelos aspetos de foro íntimo	0,3	1,0	23,3	17,0	58,3	4,32	,887
(7) Dos serviços de receção	-	0,7	26,0	23,0	50,3	4,23	,860
(8) Da competência dos profissionais	-	0,3	17,7	15,0	67,0	4,49	,791
(9) Dos cuidados prestados na consulta	-	0,3	16,7	14,3	68,7	4,51	,778
(10) Da garantia/acessibilidade dos cuidados continuados	-	0,3	18,7	15,3	65,7	4,46	,803
(11) Da acessibilidade	0,3	3,3	28,3	24,0	44,0	4,08	,940
(12) Dos horários disponíveis	0,3	0,7	27,0	20,7	51,3	4,22	,891
(13) Do tempo de espera para ser atendido pela receção	0,3	3,3	27,0	23,3	46,0	4,11	,940
(14) Do tempo de espera para ser atendido pelo médico	1,0	3,7	28,7	25,0	41,7	4,03	,971
(15) Do tempo de atendimento da consulta	-	0,3	27,3	25,7	46,7	4,19	,849
(16) Da informação dos serviços disponíveis	0,3	6,3	34,3	25,3	33,7	3,86	,973
(17) Das atividades de lazer disponíveis (sala de espera)	1,0	23,0	31,7	24,0	20,3	3,40	1,082
(18) Da higiene e organização da sala de espera	-	1,7	25,0	19,7	53,7	4,25	,890
(19) Da higiene e organização do consultório	-	1,0	21,7	16,7	60,7	4,37	,854
(20) Da consulta e utilidade da mesma	-	-	19,0	13,0	68,0	4,49	,795
(21) Da rapidez e prontidão de atendimento	-	-	18,0	14,7	67,3	4,49	,782
(22) Dos serviços prestados	-	0,3	19,7	15,7	64,3	4,44	,814

Nota: NI - Nada Importante, PI - Pouco Importante, I - Importante, BI - Bastante Importante, MI - Muito Importante, M - Média e DP - Desvio Padrão.

A rubrica com maior importância atribuída diz respeito aos cuidados prestados na consulta com 68,7%, todavia a maioria das variáveis é avaliada de muito importante. Abaixo de 50% de nível de muita importância mas com maior percentagem de frequência estão a acessibilidade, espera de atendimento na receção, espera de atendimento pelo médico e tempo de atendimento da consulta. Ao invés a rubrica de importância da informação dos serviços disponíveis e de atividades de lazer disponível atribuem maior frequência ao nível intermédio importante. Como rubrica de destaque no nível de pouca importância, com 23% é a variável de atividades disponíveis na sala de espera.

Os cuidados prestados na consulta, o atendimento na consulta, a consulta e sua utilidade, a rapidez e prontidão de atendimento, a disponibilidade dos profissionais e a competência dos mesmos compreendem os itens com maiores índices relativos à média da importância e menores desvios padrões. Ao invés e como itens de menor importância média, com valores inferiores a 4 na escala de *Likert*, e maiores índices de desvio padrão estão as atividades de lazer da sala de espera e a informação dos serviços prestados.

Tabela 4 - Resultado dos Itens Relativos à Variável Satisfação.

Satisfação com	MI	I	NI/NS	S	MS	M	DP
(1) A informação dada	0,3	0,7	3,3	54,7	41,0	4,35	,614
(2) A forma de transmissão da informação	0,3	0,7	3,0	46,0	50,0	4,45	,623
(3) A disponibilidade dos profissionais	-	0,3	3,0	44,7	52,0	4,48	,575
(4) A percepção e aceitação da opinião do utente	0,3	0,3	6,7	48,3	44,3	4,36	,652
(5) O atendimento da consulta	0,3	0,7	1,3	45,3	52,3	4,49	,598
(6) O respeito pelos aspetos de foro íntimo	-	0,3	2,3	43,7	53,7	4,51	,564
(7) Os serviços de receção	0,3	-	5,0	48,3	46,3	4,40	,618
(8) A competência dos profissionais	-	0,3	0,7	41,7	57,3	4,56	,530
(9) Os cuidados prestados na consulta	-	0,7	4,0	40,3	55,0	4,50	,609
(10) A garantia/acessibilidade dos cuidados continuados	-	0,7	2,3	45,7	51,3	4,48	,581
(11) A acessibilidade	1,0	13	19,7	48,0	18,3	3,70	,949
(12) Os horários disponíveis	-	1,7	7,0	56,3	35,0	4,25	,654
(13) O tempo de espera para ser atendido pela receção	0,3	4,0	8,7	49,0	38,0	4,20	,786
(14) O tempo de espera para ser atendido pelo médico	-	7,0	9,3	50,7	33,0	4,10	,834
(15) O tempo de atendimento da consulta	0,3	0,7	5,3	57,7	36,0	4,28	,625
(16) A informação dos serviços disponíveis	0,7	1,0	16,7	57,7	24,0	4,03	,712
(17) As atividades de lazer disponíveis (sala de espera)	0,3	6,0	35,3	46,7	11,7	3,63	,779
(18) A higiene e organização da sala de espera	-	0,3	7,3	55,7	36,7	4,29	,610
(19) A higiene e organização do consultório	-	-	6,3	55,0	38,7	4,32	,589
(20) A utilidade da consulta	-	-	3,0	47,0	50,0	4,47	,557
(21) A rapidez e prontidão de atendimento	-	-	5,0	48,3	46,7	4,42	,587
(22) Os serviços prestados	-	-	2,7	47,7	49,7	4,47	,551
(23) Descrição do nível de satisfação a terceiros	0,3	0,3	1,3	48,0	50,0	4,47	,580

Nota: NI - Nada Importante, PI - Pouco Importante, I - Importante, BI - Bastante Importante, MI - Muito Importante, M - Média e DP - Desvio Padrão.

Relativa à satisfação a rubrica de destaque nesta escala, com 57,3%, diz respeito à competência dos profissionais. Também acima dos 50% no nível de muito satisfeito estão as variáveis de disponibilidade dos profissionais, atendimento na consulta, respeito de questões de foro íntimo, cuidados prestados na consulta, e garantia de cuidados continuados. Já no grau de satisfeito, e acima dos 50%, estão a informação dada, os horários disponíveis, tempo de espera do atendimento médico, informação dos serviços disponíveis, a higiene e organização da sala de espera, a higiene e organização do consultório, com destaque para os 57,7% das variáveis tempo de atendimento da consulta e informação dos serviços disponíveis. A tendência menos positiva inicia com os 35,3%, 19,7% e 16,7% relativos às atividades de lazer disponíveis na sala de espera, à acessibilidade à “Casa di Cura” e à informação dos serviços disponíveis.

Como variáveis de destaque da escala no nível de pouca satisfação estão a acessibilidade e atividades de lazer disponíveis na sala de espera, com 13% e 6% respetivamente. A satisfação média dos utentes revela uma satisfação generalizada relativa à informação, horários, higiene, serviços e

disponibilidade dos profissionais. Por sua vez estão menos satisfeitos relativamente à acessibilidade e atividades de lazer disponíveis.

Os cuidados prestados na consulta, o atendimento na consulta, a consulta e sua utilidade, a rapidez e prontidão de atendimento, a disponibilidade dos profissionais e a competência dos mesmos compreendem os itens com maiores índices relativos à média da importância e menores desvios padrões. Ao invés e como itens de menor importância média, com valores inferiores a 4 na escala de *Likert*, e maiores índices de desvio padrão estão as atividades de lazer da sala de espera e a informação dos serviços prestados.

A competência dos profissionais, o respeito pelos aspetos de foro íntimo, os cuidados prestados na consulta e o atendimento na consulta são os itens com maiores médias de satisfação. Inversamente e como itens de menor satisfação média, com valores inferiores a 4 na escala de *Likert*, estão as atividades de lazer disponíveis na sala de espera e a acessibilidade. Relativamente aos desvios padrões com índices mais elevados destacam-se a acessibilidade e o tempo de espera para ser atendido pelo médico. Já a competência dos profissionais, os serviços prestados e a utilidade da consulta dizem respeito aos itens com menores desvios padrões.

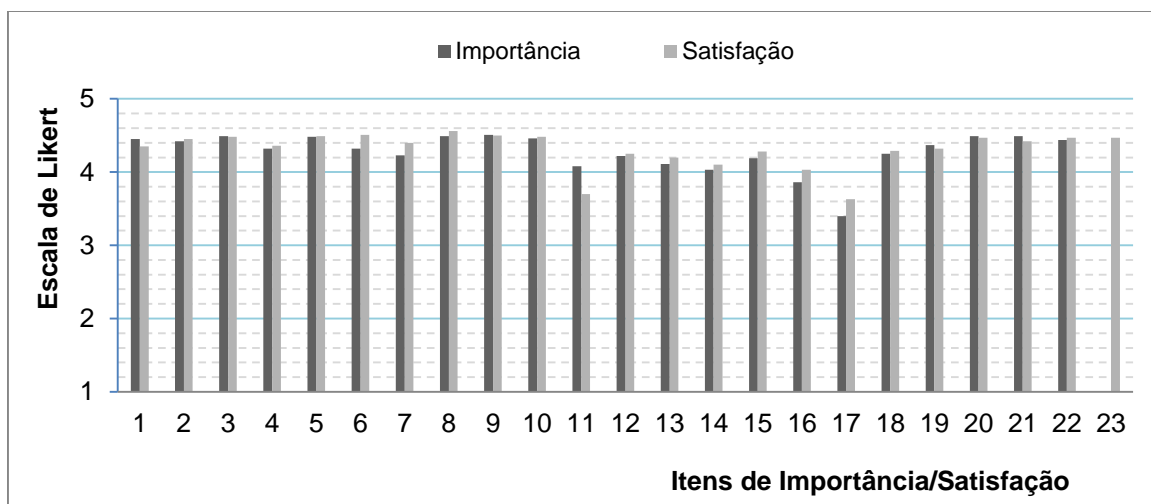


Figura 10 - Gráfico das Médias de Satisfação versus Importância.

A figura precedente, que compara graficamente as médias dos itens de Importância e Satisfação, revela valores similares entre as diferentes escalas. Ainda assim importa referir os itens em que a Importância atribuída está acima da Satisfação esperada, pois tal indica necessidade de intervenção em melhorias de Qualidade no respetivo Item, sendo eles a informação dada (1); a disponibilidade dos profissionais (3); higiene e organização do consultório (19); consulta e utilidade da mesma (20); rapidez e prontidão de atendimento (21); cuidados prestados na consulta (9) e acessibilidade (11).

Constatou-se que apenas 1,67% dos inquiridos não recomendaria os serviços da “Casa di Cura” contra 98,33% que recomendaria, o que apesar das lacunas evidenciadas pelo estudo revela interesse de continuidade dos serviços prestados.

As principais mais-valias apontadas nas opiniões dos utentes são o profissionalismo dos médicos e do corpo enfermeiro; a limpeza; a qualidade dos serviços obstétricos e a gentileza prestada no acolhimento por parte dos profissionais.

Já como principais menos valias comprovadas pelos níveis de satisfação são apontadas a falta de estacionamento e custo do mesmo; os tempos de espera para exames de anestesia, exames de sangue e realização da operação face à hora de entrada na “Casa di Cura”. Não obstante são referidas sugestões ao nível da modernização dos espaços, sobretudo das casas de banho; fornecimento de bens de primeira necessidade; a falta de informação fornecida; o respeito da privacidade; a falta de recursos humanos; o preço dos produtos das máquinas automáticas; a falta de sinalização da “Casa di Cura”; a insuficiência do tempo de assistência e controlo dos bebés nas horas seguintes ao seu nascimento; o fornecimento de *wifi*; a melhoria dos serviços de receção e a elaboração do diagnóstico clínico.

Como dado controverso importa referir comentários negativos acerca dos enfermeiros, o que face a dispersão das indicações positivas relativas aos mesmos, pode ser explicado pelo aumento da quantidade de trabalho afeto aos mesmos em dias de maior afluência de utentes.

Tabela 5 - Afetação das Intervenções por Especialidade, Tipo de Intervenção e Médico.

		n (=300)	%
Especialidade	Ginecologia	239	80
	Obstetrícia	61	20
Tipo de intervenção	Pequena Cirurgia	186	62
	Grande Cirurgia	114	38
Médico	Benassi G. / Andrei	70	23,3
	Basile	8	2,7
	Calestani	45	15,0
	Benatti	61	20,3
	Padovani	6	2,0
	Bertoli	14	4,7
	Piccolo	20	6,7
	Nani	29	9,7
	Cabrini	16	5,3%
	Poletti	24	8,0%
	Elena	1	0,3%
	Colombo	4	1,3%
	Benassi L.	2	0,7%

Os serviços Ginecológicos representam o grosso das operações (cerca de 80 %), sendo que a maioria (62 %) dos inquiridos respeitam a pequenas intervenções. Os médicos com maior representatividade são Andrei/Benassi com 23,3%, Benatti com 20,3% e Calestani com 15%.

Pretende-se com a Análise Fatorial identificação do conjunto de variáveis correlacionadas, permitindo com base nos dados adquiridos perceber respostas aos objetivos do estudo. Esta análise permitirá perceber melhorias a implementar nos processos de qualidade da “Casa di Cura”. Através do teste *KMO* de valor 0,945 conclui-se que há uma muito boa correlação entre as variáveis. Já o teste de *Esfericidade de Bartlett* tem associado um valor de prova inferior a 0,001, inferior ao nível de significância de 5%, levando à rejeição de que a matriz de correlações na população é a matriz identidade e mostrando existência de correlação entre variáveis. Foram ainda extraídos fatores com valores próprios superiores ou iguais a 1, que explicam uma variância total de cerca de 65%.

Tabela 6 - Análise Fatorial da Satisfação.

Satisfação com	Componente			
	1	2	3	4
(1) A informação dada	.698	,159	,122	,404
(2) A forma de transmissão da informação	.748	,081	,092	,416
(3) A disponibilidade dos profissionais	.741	,106	,220	,161
(4) A perceção e aceitação da opinião do utente	.725	,304	,082	,217
(5) O atendimento da consulta	.735	,196	,220	,080
(6) O respeito pelos aspetos de foro íntimo	.715	,226	,123	,078
(7) Os serviços de receção	.466	,376	,429	-,024
(8) A competência dos profissionais	.771	,200	,298	-,138
(9) Os cuidados prestados na consulta	.716	,185	,341	-,110
(10) A garantia/acessibilidade dos cuidados continuados	.739	,180	,303	-,115
(11) A acessibilidade	,081	,141	,299	.532
(12) Os horários disponíveis	,254	,369	.614	,171
(13) O tempo de espera para ser atendido pela receção	,235	,100	.795	,151
(14) O tempo de espera para ser atendido pelo médico	,232	,147	.805	,202
(15) O tempo de atendimento da consulta	,376	,411	.426	,183
(16) A informação dos serviços disponíveis	,261	.744	,078	,253
(17) As atividades de lazer disponíveis (sala de espera)	,032	.737	,102	,406
(18) A higiene e organização da sala de espera	,290	.689	,260	-,080
(19) A higiene e organização do consultório	,367	.666	,308	-,123
(20) A utilidade da consulta	.596	,393	,348	-,079
(21) A rapidez e prontidão de atendimento	.597	,372	,406	-,069
(22) Os serviços prestados	.532	,412	,474	-,192
(23) Descrição do nível de satisfação a terceiros	.604	,340	,236	,207
Valor Próprio	11,121	1,649	1,166	1,014
Variância Explicada	48,351	7,169	5,069	4,410

Da agregação dos fatores através da Análise Fatorial obtiveram-se quatro componentes explicativas da satisfação dos utentes da “Casa di Cura”. Da agregação o Componente 1 comporta maiores níveis de explicação e valores próprios com 48,351 e 11,121 respetivamente.

Na tabela que se segue é exposta informação relativa à agregação dos itens por componentes e atribuição da respetiva designação.

Tabela 7 - Agregação dos itens de Satisfação.

Componentes	Itens de Satisfação	Designação
1	(1) Informação dada	<u>Atendimento e Receção</u>
	(2) Forma de transmissão da informação	
	(3) Disponibilidade dos profissionais	
	(4) Perceção e aceitação da opinião do utente	
	(5) Atendimento da consulta	
	(6) Respeito pelos aspetos de foro íntimo	
	(7) Serviços de receção	
	(8) Competência dos profissionais	
	(9) Cuidados prestados na consulta	
	(10) Garantia/acessibilidade dos cuidados continuados	
	(20) Utilidade da consulta	
2	(21) Rapidez e prontidão de atendimento	<u>Higiene e Serviços Disponíveis</u>
	(22) Serviços prestados	
	(23) Descrição do nível de satisfação a terceiros	
	(16) Informação dos serviços disponíveis	
3	(17) Atividades de lazer disponíveis (sala de espera)	<u>Horários e Tempos de Espera</u>
	(18) Higiene e organização da sala de espera	
	(19) Higiene e organização do consultório	
4	(12) Horários disponíveis	<u>Acessibilidade</u>
	(13) Tempo de espera para ser atendido pela receção	
	(14) Tempo de espera para ser atendido pelo médico	
	(15) Tempo de atendimento da consulta	
	(11) Acessibilidade	

Através do teste *KMO* de valor 0,946 conclui-se que há uma muito boa correlação entre as variáveis. Já o teste de *Esfericidade de Bartlett* tem associado um valor de prova inferior a 0,001, inferior ao nível de significância de 5%, o que leva à rejeição de que a matriz de correlações na população é a matriz identidade, mostrando que existe correlação entre variáveis. Foram ainda extraídos fatores com valores próprios superiores ou iguais a 1, que explicam uma variância total de cerca de 71%.

Tabela 8 - Análise Fatorial da Importância.

Importância	Componente		
	1	2	3
(1) Da informação dada	,275	.777	,174
(2) Da transmissão da informação	,297	.786	,223
(3) Da disponibilidade dos profissionais	,324	.745	,203
(4) Da percepção e aceitação da opinião do utente	,149	.736	,447
(5) Do atendimento da consulta	,486	.669	,256
(6) Do respeito pelos aspetos de foro íntimo	,300	.547	,466
(7) Dos serviços de receção	.497	,478	,446
(8) Da competência dos profissionais	.641	,589	,148
(9) Dos cuidados prestados na consulta	.653	,566	,130
(10) Da garantia/acessibilidade dos cuidados continuados	.577	,544	,193
(11) Da acessibilidade	,337	,101	.741
(12) Dos horários disponíveis	,511	,184	.628
(13) Do tempo de espera para ser atendido pela receção	,406	,185	.740
(14) Do tempo de espera para ser atendido pelo médico	,321	,236	.706
(15) Do tempo de atendimento da consulta	,451	,297	.634
(16) Da informação dos serviços disponíveis	,158	,285	.762
(17) Das atividades de lazer disponíveis (sala de espera)	-,105	,184	.797
(18) Da higiene e organização da sala de espera	,478	,303	.514
(19) Da higiene e organização do consultório	.722	,227	,351
(20) Da consulta e utilidade da mesma	.779	,326	,249
(21) Da rapidez e prontidão de atendimento	.732	,370	,286
(22) Dos serviços prestados	.660	,439	,295
Valor Próprio	12.513	1,968	1,042
Variância Explicada	56.878	8,947	4,735

Da agregação dos fatores através da Análise Fatorial obtiveram-se três componentes explicativas da Importância dos utentes da “Casa di Cura”. Da agregação o Componente 1 comporta maiores níveis de explicação e valores próprios com 56,878 e 12,513 respetivamente.

Na tabela que se segue é exposta informação relativa à agregação dos itens por componentes e atribuição da respetiva designação.

Tabela 9 - Agregação dos itens de Importância.

Componentes	Itens de Importância	Designação
1	(7) Dos serviços de receção	<u>Consulta e Acompanhamento</u>
	(8) Da competência dos profissionais	
	(9) Dos cuidados prestados na consulta	
	(10) Da garantia/acessibilidade dos cuidados continuados	
	(19) Da higiene e organização do consultório	
	(20) Da consulta e utilidade da mesma	
	(21) Da rapidez e prontidão de atendimento	
2	(22) Dos serviços prestados	<u>Disponibilidade de informação e atendimento</u>
	(1) Da informação dada	
	(2) Da transmissão da informação	
	(3) Da disponibilidade dos profissionais	
	(4) Da perceção e aceitação da opinião do utente	
	(5) Do atendimento da consulta	
3	(6) Do respeito pelos aspetos de foro íntimo	<u>Acessibilidades e Logística</u>
	(11) Da acessibilidade	
	(12) Dos horários disponíveis	
	(13) Do tempo de espera para ser atendido pela receção	
	(14) Do tempo de espera para ser atendido pelo médico	
	(15) Do tempo de atendimento da consulta	
	(16) Da informação dos serviços disponíveis	
	(17) Das atividades de lazer disponíveis (sala de espera)	
(18) Da higiene e organização da sala de espera		

Nas tabela seguinte é perceptível o elevado grau de Satisfação Global, o que indica uma boa Qualidade Percebida por parte dos utentes da “Casa di Cura”. A Importância Global, com o valor médio de 4,2774, indica que os itens em análise são considerados pertinentes ao estudo da Satisfação. A Satisfação Global atribuída face à Importância Global dos itens em estudo é superior, referindo superação da Qualidade Percebida na prestação de serviços face as expetativas criadas pelos utentes. Quanto aos desvios padrões de satisfação e importância apresentam valores de 0,43399 e 0,64588 respetivamente.

Tabela 10 - Média e Desvio Padrão Globais.

	Satisfação	Importância
Média	4,3132	4,2774
Desvio Padrão	,43399	,64588

Após exposição dos valores médios, importa dar resposta a hipótese de investigação 1 que possui um valor de prova inferior a 0,001, obtido através do teste *t-student*. Conclui-se assim existência de satisfação dos utentes com os itens em estudo. O posicionamento em níveis de satisfação superiores a 4 na escala de *Likert*, da generalidade dos itens medidos, fundamenta valores médios da Satisfação Global do mesmo valor. Desta feita é possível responder à hipótese de investigação 2, concluindo que existe Qualidade Percebida com base nos índices de Satisfação Global.

Na confrontação de variáveis descritivas com a Satisfação Global interessa excluir o sexo dado que apenas existe um inquirido de género masculino. Também o apoio estatal e a ocupação laboral podem ser excluídas de comparação com a Satisfação Global, pois a Clínica presta os serviços de forma imparcial, derivado do fato de se tratar de uma Instituição privada com apoios estatais para o tratamento de utentes com menor poder de compra. Pelo mesmo motivo de imparcialidade de tratamento exclui-se a nacionalidade, a idade e o estado civil do utente. Assim procedeu-se a confrontação com a especialidade, o apoio familiar, o acesso anterior e o nível académico.

Tabela 11 - Média de Satisfação Global das Especialidades.

Especialidade	Média	Desvio Padrão
Ginecologia (n=239)	4,3398	,42445
Obstetrícia (n=61)	4,2088	,45833

Tendo em conta que o teste de *Levene* apresentou um nível de significância de 0,713, assumiu-se a igualdade de variâncias (valor de prova > 0,05). Deste modo não existem diferenças estatísticas significativas na média da Satisfação Global segundo a especialidade. Pode confirmar-se a informação referida com as médias de Satisfação Global de 4,3398 e 4,2088 para a Ginecologia e Obstetrícia respetivamente (Tabela 11). Esta informação apresenta valores idênticos à Satisfação Média de Global de 4,3132, revelando assim maior necessidade de melhorias de Qualidade na especialidade de Obstetrícia.

Tabela 12 - Média de Satisfação Global do Apoio Familiar.

Apoio Familiar	Média	Desvio Padrão
Sim (n=268)	4,2977	,44085
Não (n=32)	4,4429	,35104

O teste de *Levene* do apoio familiar com nível de significância de 0,034 (<0,05) revela desigualdade de variâncias, existindo diferenças estatísticas significativas na média da Satisfação Global.

Pode confirmar-se a informação referida com as médias de Satisfação Global de 4,2977 para utentes com apoio familiar e 4,4429 e para utentes com ausência do mesmo (Tabela 12). Relativamente aos primeiros estão ligeiramente abaixo da Satisfação Média de Global de 4,3132, inversamente aos utentes sem apoio familiar que assumem índices de satisfação acima. Esta informação é, em parte, explicada pela insatisfação de utentes e familiares com o estacionamento e vertente lúdica dos períodos de espera.

Tabela 13 - Média de Satisfação Global do Acesso.

Internamentos Anteriores	Média	Desvio Padrão
Sim (n=115)	4,4144	,41204
Não (n=185)	4,2503	,43646

Tendo em conta que o teste de *Levene* apresentou um nível de significância de 0,600 assumiu-se a igualdade de variâncias (valor de prova > 0,05). Deste modo não existem diferenças estatísticas significativas na média da Satisfação Global, perante os casos de anteriores internamento face aos utentes que recorrem pela primeira vez aos serviços de Ginecologia e Obstetrícia da “*Casa di Cura Città di Parma*”. Podemos confirmar a informação referida com as médias de Satisfação Global de 4,4144 para utentes com acesso prévio aos serviços face a 4,2503 para o primeiro acesso (Tabela 13). Esta informação apresenta valores idênticos à Satisfação Média de Global de 4,3132, revelando contudo índice abaixo da média global nos primeiros acessos aos serviços, e bem assim maior necessidade de melhorias de Qualidade. Também da observação direta se constatou que quanto maior o tempo do acesso do utente aos serviços da “*Casa di Cura*”, maior o grau de satisfação.

A homogeneidade de variáveis é indicada pelo teste de *Levene* com um nível de significância de 0,332, que é superior ao nível de referência de 0,05. As médias de Satisfação Global não revelam diferenças estatisticamente significativas, pois o nível de significância da ANOVA de 0,735 é superior ao índice de referência (0,05). Já os valores de Satisfação Global encontram-se acima do nível 4 da escala de *Likert* (Satisfeito) em todos os níveis de habilitações literárias. Pela comparação das médias dos diferentes níveis académicos relativamente à Satisfação Média Global, constata-se que os utentes com maiores níveis de instrução do utente revelam maior sensibilidade à satisfação dos serviços prestados.

Tabela 14 - Testes estatísticos de satisfação de variáveis.

Variáveis	Teste	Valor de Prova	Resultado
Especialidade	<i>t-student</i>	0,035	Existem diferenças estatisticamente significativas
Apoio Familiar	<i>t-student</i>	0,037	Existem diferenças estatisticamente significativas
Internamento	<i>t-student</i>	0,001	Existem diferenças estatisticamente significativas
Habilitações Académicas	<i>One-way ANOVA</i>	0,735	Não existem diferenças estatisticamente significativas

Da tabela precedente e após averiguar a homogeneidade e a dimensão da amostra superior a 30 conclui-se que existem diferenças significativas na Satisfação quanto à especialidade, ao apoio familiar e ao internamento. A constatação anterior deve-se aos valores de prova inferiores a 0,05, assim e ao invés o valor de prova de 0,735 comprovam não existirem diferenças significativas de satisfação entre níveis de habilitações académicas dos utentes. Esta análise dá resposta as hipóteses de investigação 3, 4, 5 e 6, das quais apenas se rejeita a hipótese 6.

No gráfico seguinte representa-se o posicionamento dos pontos relativos aos 22 itens em confrontação.

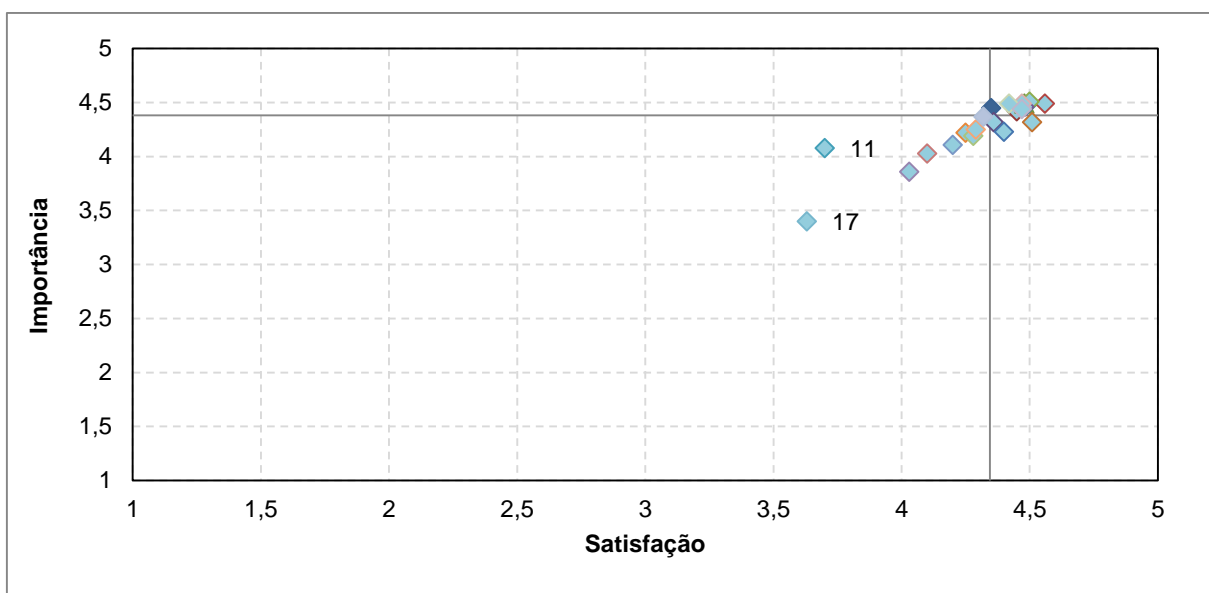


Figura 11 - Gráfico de Quadrantes do estudo.

No caso em estudo procedeu-se à elaboração da análise de quadrantes pela conjugação das médias dos fatores para o posicionamento do respetivo ponto do fator. A divisão gráfica em quadrantes partiu das medianas dos 22 fatores, nos quais foram avaliados a Importância e a Satisfação com respetivos valores da mediana de aproximadamente 4,34 e 4,38. Verificou-se inexistência de necessidade de concentração de esforço, derivado da inexistência de posicionamento de pontos, no cruzamento das médias da Satisfação e Importância face as medianas, no Quadrante A. Os únicos pontos reveladores de esforço supérfluo (Quadrante D) são a perceção e aceitação da opinião do utente; os serviços de receção e o respeito pelos aspetos de foro íntimo. Já o Quadrante C indica baixa prioridade na acessibilidade; nos horários disponíveis; no tempo de espera para ser atendido pela receção; no tempo de espera para ser atendido pelo médico; no tempo de atendimento da consulta; na higiene e organização do consultório; na informação dos serviços disponíveis; nas atividades de lazer

disponíveis na sala de espera e na higiene e organização da sala de espera. Como fatores reveladores de bom trabalho (Quadrante B) os fatores de informação dada, transmissão da informação; disponibilidade dos profissionais; atendimento da consulta; competência dos profissionais; cuidados prestados na consulta; garantia/acessibilidade dos cuidados continuados; consulta e utilidade da mesma; serviços prestados e rapidez e prontidão de atendimento.

A análise e exposição prévia do posicionamento da relação das médias dos itens quanto a importância e satisfação comprova a hipótese de investigação 7, ou seja, existe uma relação positiva dos fatores de Satisfação e Importância.

4.2. Comparação de Indicadores Estatísticos entre Países

Nas páginas que se seguem são abordados dados da OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico relativos a indicadores de saúde. Os indicadores analisados têm como finalidade a perceção, a título de curiosidade, das principais diferenças entre Portugal e Itália

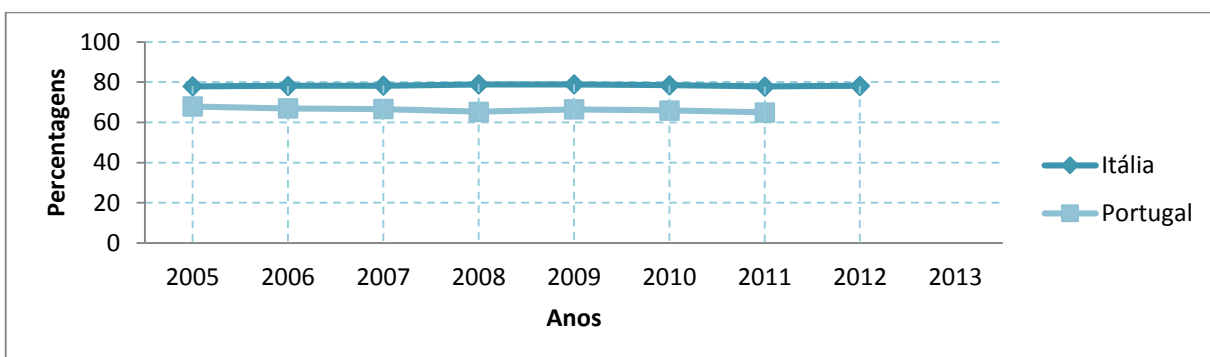


Figura 12 - Percentagem da Despesa Total em Saúde (Fonte: OCDE).

As principais conclusões do gráfico acima são maiores despesas em Itália face a Portugal e pequenas oscilações ao longo dos anos relativas a ambos os países.

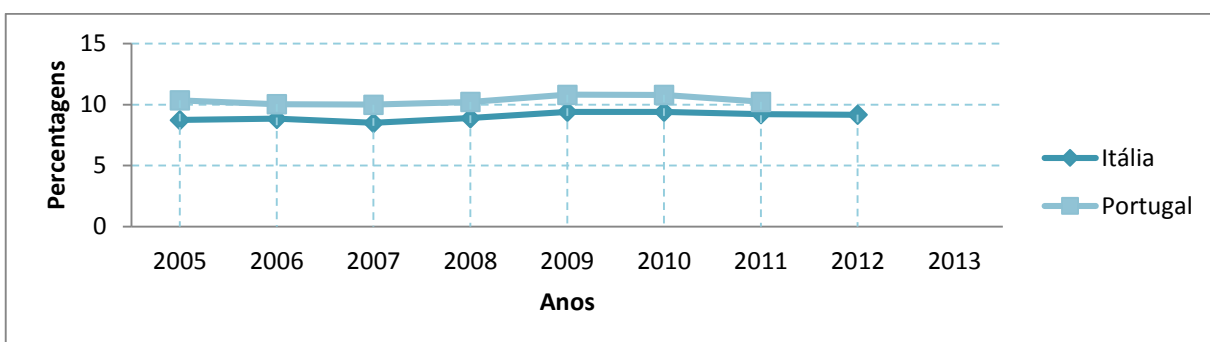


Figura 13 - Percentagem do PIB em Despesas de Saúde (Fonte: OCDE).

Em relação ao PIB a despesa é maior em Portugal como se pode constatar visualmente no gráfico anterior.

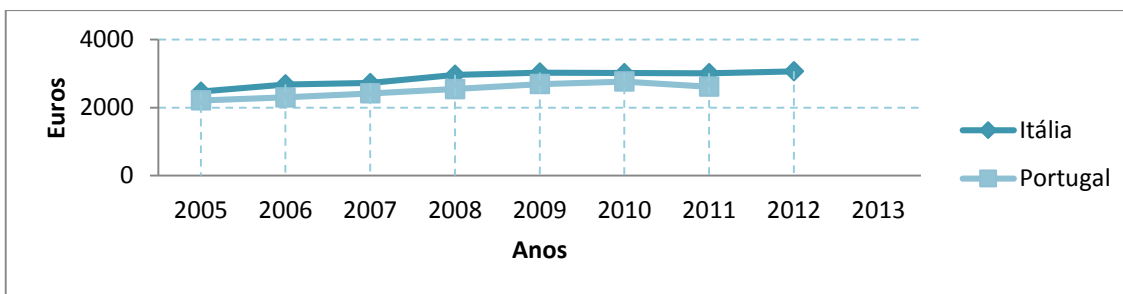


Figura 14 - Despesa *per Capita* do Total em Saúde (Fonte: OCDE).

A despesa em saúde por pessoa é mais acentuada em Itália com subidas graduais dos 2500€ em 2005 para cerca de 3000€ em 2012. Já Portugal subiu consecutivamente as despesas *per capita* de 2005 a 2010, descendo depois para níveis próximos de 2500€.

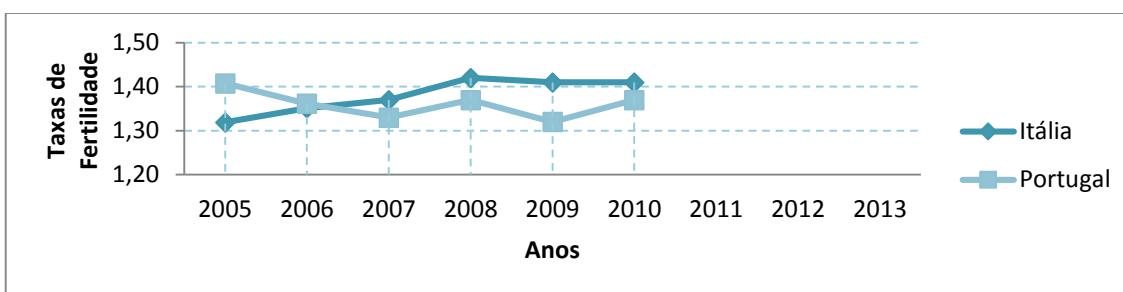


Figura 15 - Taxa de Fertilidade (Fonte: OCDE).

A taxa de fertilidade Italiana era, em 2005, inferior face à de Portugal mas a sua subida constante alterou este cenário a partir de 2007, com o topo a 2008 com 1,42. Após 2008 Itália sofreu uma pequena descida do valor anteriormente apontado. Já Portugal teve uma queda abrupta de 2005 a 2007, ano a partir do qual se seguiram subidas e descidas significativas de ano para ano, aproximando aos valores italianos em 2010.

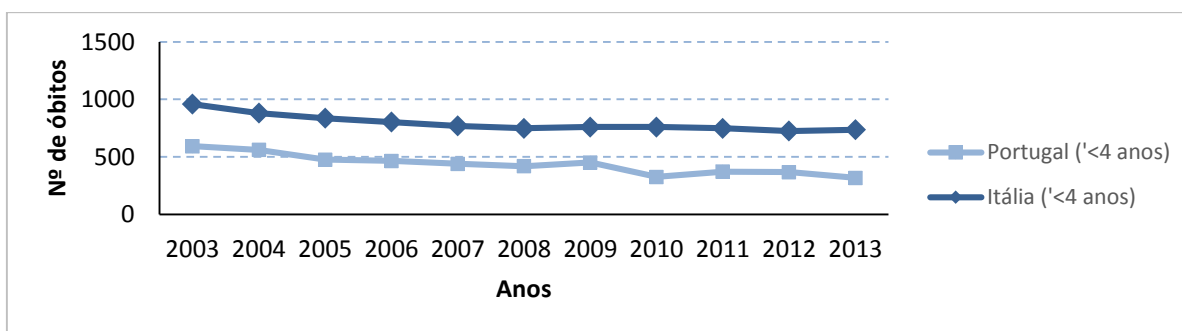


Figura 16 – Número de óbitos em menores de 4 anos (Fonte: ISTAT e INE).

Os números de mortalidade, de 2003 a 2013, em menores de 4 anos desceu em cerca de 300 óbitos em ambos os países, simbolizando em Portugal uma redução para quase metade do número de óbitos. Tais descidas são reveladoras da importância e evolução da Obstetrícia ao longo dos anos

Conclusões e Futuras Linhas de Investigação

O objetivo do estudo foi a análise e implementação de um modelo de Qualidade na “*Casa di Cura Città di Parma*”, sediada em Parma. Para a garantia do objetivo foram identificados os itens determinantes para a tomada de decisões de melhoria da Qualidade e aumento da Satisfação dos utentes.

Pretendeu-se analisar a Satisfação e Importância atribuída pelos utentes a cada variável do questionário aplicado, relacionando os resultados finais com a Qualidade da empresa. Não obstante foram percecionados os procedimentos de Qualidade em vigor na Instituição com base em observação.

Foi constituída uma amostra de 300 utentes da Secção de Ginecologia e Obstetrícia, correspondendo a 24% da população. A amostra, constituída maioritariamente por elementos do género feminino (99,67%), casados (53,3%) e de nacionalidade Italiana (88,7%), situa a maior frequência de idade na faixa etária dos 40 aos 44 anos.

Da aplicação de testes, análise descritiva, Análise Fatorial, matriz de Importância e Satisfação, cálculo de médias da Satisfação e Importância, comparação entre variáveis, cálculo da Média de Satisfação Global e comparação da mesma com variáveis descritivas foi possível entender a Qualidade Percebida dos serviços prestados pela “*Casa di Cura Città di Parma*”. Não obstante analisaram-se procedimentos dos profissionais e opiniões dos utentes ao longo do estágio, que permitiram enriquecer a percepção dos parâmetros de Qualidade.

Dos 300 questionários validados e 41 anulados por insuficiência significativa de dados. Constata-se que as variáveis onde os utentes estão menos satisfeitos é a sala de espera dos exames de sangue e de anestesia e o estacionamento. Em média, considera-se como menos importante as atividades de lazer disponíveis na sala de espera. Onde a Clínica esta abaixo das expetativas face a satisfação dada ao fator são a acessibilidade e as atividades de lazer disponíveis, que ainda assim estão próximas do grau satisfeito.

Na confrontação das expetativas criadas pelo utente derivada da importância atribuída aos itens com a satisfação percebida dos serviços prestados verificou-se necessidade de intervenção na informação dada; na disponibilidade dos profissionais; na higiene e organização do consultório; na consulta e utilidade da mesma; na rapidez e prontidão de atendimento; nos cuidados prestados na consulta e na acessibilidade.

Relativamente à Importância Média Global e à Satisfação Média Global classificam-se em grau importante e satisfatório, respetivamente. Já na confrontação da Satisfação Média Global com as variáveis descritivas, constataram-se proximidades das médias dos itens de especialidade, acesso aos serviços e habilitações académicas, bem como entre médias de satisfação entre as

variáveis dos itens. Inversamente as médias do apoio familiar rejeitam estatisticamente proximidade entre elas, ainda que os graus de satisfação sejam considerados bons.

Da Análise Fatorial conclui-se a agregação dos itens de Satisfação em quatro componentes e agregação dos itens de Importância em três componentes.

A análise de quadrantes pelas médias das 22 variáveis medidas na escala de Importância e Satisfação concentra o grosso dos fatores como indicadores de bom trabalho ou baixa prioridade. Os únicos pontos com esforço supérfluo são a percepção e aceitação da opinião do utente; os serviços de receção e o respeito pelos aspetos de foro íntimo.

Na vertente pré-operatória é necessária a gestão de tempos (escalonamentos) e recursos, de forma a minimizar os tempos de espera, maximizar receitas e aumentar o grau de satisfação dos utentes. Tal permitirá potenciar a abundancia de utentes, de forma a garantir a continuidade dos serviços de Obstetrícia sem colocar em risco a qualidade dos serviços. No campo das funções auxiliares é crucial garantir a o fornecimento de bens de higiene (Ex: papel higiénico) e de primeira necessidade (Ex: água).

Na vertente tecnológica existe necessidade de suporte de sistemas de comunicação digitais, que permitem acesso rápido e comodo à informação e reduzem o tempo útil nas deslocações e diálogo entre profissionais. Sendo essencial limitar o acesso da informação aos profissionais com autorização de conhecimento da mesma.

A redução de comentários menos positivos relativos às funções do corpo enfermeiro (reposição de bens de primeira necessidade), reflete a importância da aplicação do estudo e preocupação de melhoria de qualidade por parte dos profissionais. Ao invés a evolução do envolvimento entre profissionais, trabalho em equipa e aproveitamento de sinergias revela-se ainda insuficiente.

Ao nível externo é importante aumentar a relação de reconhecimento e proximidade da Sociedade. Neste contexto podem realizar-se ações de foro solidário combinando as políticas preventivas e ecológicas com baixos custos. Tal envolverá o envolvimento de entidades como o Município, as Universidades locais das especialidades de interesse, escolas de ensino básico e entidades ou profissionais de atividades desportivas, permitindo a dinamização do setor, o envolvimento dos futuros profissionais na reestruturação dos espaços da “*Casa di Cura*” e a aprendizagens de atos preventivos nas futuras gerações. Desta feita seria possível criar conceitos como “movimento saudável” e “Projeto Escola-saúde”.

É também importante o desenvolvimento de uma mentalidade de envolvimento comum (profissionais, utentes, familiares, amigos e comunidade) na prossecução dos objetivos de qualidade dos tratamentos e serviços prestados, de modo a aumentar as sinergias do trabalho coletivo, a resolver lacunas nas práticas médicas e a evoluir nos processos e técnicas.

Estatisticamente são exploradas estatísticas provenientes da OCDE que comparam alguns indicadores relacionados com a Saúde de Portugal com Itália.

Referências Bibliográficas

- Azienda Sanitaria Locale (2013). Programmazione 2014-2016. http://www.asllanusei.it/documenti/4_169_20131204110525.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.
- Barañano, A. (2004). Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão (1ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Casarin, M., & Piccoli, J. (2009). Education in health for prevention of uterine cervical cancer in women in Santo Ângelo, state of Rio Grande do Sul.
- Churchill, G. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16 (1), 64-73.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos* (Volume I – Prioridades). Lisboa, ISBN Colecção: 972-675-108-X
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos* (Volume I – Orientações estratégicas Prioridades). Lisboa, ISBN 972-675-109-8.
- Direcção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (2009). Programa Nacional de Acreditação em Saúde. <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/programa-nacional-de-acreditacao-em-saude-pdf.aspx>. Acedido a 16 de Novembro de 2013.
- Direcção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (2011). Manual de Acreditação de Unidades de Saúde: MS 1.01 Gestão Clínica (1ª Edição). Lisboa, ISBN 978-972-675-193-9.
- Direcção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (2011). Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saude_2013-01-17_.pdf. Acedido a 16 de Novembro de 2013.
- Direcção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (2011). Eixo Estratégico – Políticas Saudáveis. http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_3_4_Políticas_Saudáveis_2013_01_17.pdf. Acedido a 16 de Novembro de 2013.
- Godinho, A. (2011). *Qualidade, Satisfação e Lealdade nos Serviços de Saúde*. Aveiro. Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial – Universidade de Aveiro.
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário* (2ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Junior, A. & Eirò, N. (2013). *Comparação entre modelos da qualidade total e lean production aplicados à área da saúde – estudo de caso em serviço de medicina diagnóstica*. São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e C.Contabeis.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Gestão da Qualidade*, Editora RH, Lda., Lisboa

Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS) (5ªEdição)*. Pêro Pinheiro: Report Numbers.

Martilla, J., & James, J. (1977). Importance-Performance Analysis. *Journal of Marketing*, 77-79.

Matzler, K., Sauerwein, E., & Heischmidt, K. (2003). Importance-performance analysis Revisited: the role of the factor structure of customer satisfaction. *The Service Industries Journal*, 23 (2), 112-129.

Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

Ministero della Salute (2005). Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. http://ape.agenas.it/documenti/Normativa/PSN_2006-08.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.

Ministero della Salute (2008). Piano Nazionale della Prevenzione 2009-2013. http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/PNP/workshop_9-7-08/doc_Lombardia.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.

Ministero della Salute (2008). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2009-2011. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.

Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.

Ministero della Salute (2010). Documento Prelimare Informativo sui Contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1252_allegato.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.

Ministero della Salute (2010). Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.

Ministero della Salute (2011). Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012–2015. http://www.comune.pistoia.it/media/87/Piano_Sanitario_e_Sociale_Integrato_Regionale_2012_-_2015.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.

Mota, S., Sousa, M., Trigueiro, J., Flores, C., & Leuschner, A. (2010). *Avaliação da satisfação e importância atribuída aos serviços prestados na área da saúde mental*. Porto: ICH Gaia-Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf> Acedido em 14 de Novembro de 2013.

Sánchez, P., Rodríguez, I., Romero, J., Guío, J., Castaño, J., & Gutiérrez, G. (2013). *Clínical Practice Guidelines for the prevention, early detection and treatment of complications of pregnancy delivery or the post-partum period: introduction and methodology*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (volume 64). ISSN 0034-7434.

Silva, F., & Fernandes, P. (2010). Using Importance-Performance Analysis in Evaluating of Higher Education: A Case Study. *ICEMT 2010 International Conference on Education and Management Technology*. IEEE. 121-123.

Sociedade Portuguesa de Obstetricia e Ginecologia (2005). Novos Estatutos aprovados em A.G. <http://www.spmenopausa.pt/download/NovosEstatut.pdf>. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014.

Zárate, V., Zaragoza, J., Landa, C., & Ruiz, M. (2011). *Desempeño de los procedimientos laparoscópicos en ginecología: adquisición y mantenimiento de la idoneidade*.

Referências Webgráficas

<http://pt.scribd.com/doc/91757300/HISTORIA-DA-GINECOLOGIA-E-OBSTETRICIAoficial>

<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/a-Hist%C3%B3ria-Da-Ginecologia/405476.html>

<http://www.fspog.com/pt/a-federacao/historia/>

<http://www.ulsm.min-saude.pt/servicecontent.aspx?menuid=246>

<http://www.aogoi.it/>

<http://www.sigo.it/home/>

<http://www.segionline.it/profilo-segi>

<http://www.figo.org/>

<http://www.aguionline.it/>

<http://www.accredia.it/>

www.iicq.it

www.imq.it

<http://www.cenelec.eu/>

<http://www.cen.eu/>

<http://www.uni.com/>

<http://www.salute.gov.it/>

<http://www.scielo.org/>

http://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:P%C3%A1gina_principal

**ANEXO I - GRELHA FINAL DE AVALIAÇÃO CURRICULAR DO
INTERNATO MÉDICO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Nome do Interno: _____

A) Descrição e análise da evolução da formação ao longo do internato, com incidência sobre os registos de avaliação (8 valores)	1 – Estágios de acordo com o programa de formação legislado	0 – 1,0	
	2 – Valorização dos números de procedimentos efetuados de acordo com a legislação em vigor	0 – 1,0	
	3 – Organização e capacidade de estruturação do documento curricular	0 – 3,0	
	4 – Qualidade de argumentação do candidato tendo em conta a sua capacidade de síntese e de comunicação	0 – 3,0	
b) Frequência de reuniões científicas e cursos (respetiva classificação) cujo programa de formação seja de interesse para a especialidade e que se enquadrem na fase de formação em que foram efetuados (4 valores)	1 - Cursos organizados pelo Colégio da Especialidade de Ginecologia / Obstetrícia) (6 cursos= nota máxima)	0 – 1,5	
	2 – Cursos realizadas por organismos com conhecida idoneidade (4 cursos= nota máxima)	0 - 1,0	
	3 – Participação em reuniões científicas organizados por sociedades científicas nacionais (12 eventos=nota máxima)	0 – 1,0	
	4 – Participação em reuniões científicas organizados por sociedades científicas internacionais (4 eventos=nota máxima)	0 – 0,5	
C) Publicação ou apresentação pública de trabalhos (4 valores)	1 – “Posters” ou comunicações em reuniões científicas de sociedades científicas nacionais (12 como 1º autor=nota máxima)	0 – 1,5	
	2 – “Posters” ou comunicações em reuniões científicas de sociedades científicas internacionais (4 como 1º autor=nota máxima)	0 – 0,5	
	3 – Publicações em revistas nacionais indexadas na MEDLINE/SCI ou de Sociedades Científicas, ou capítulos de livros (4 publicações originais=nota máxima, excluem – se abstracts)	0 – 1,5	
	4 – Publicações em revistas internacionais indexadas na MEDLINE/SCI (2 publicações de artigos originais=nota máxima, excluem – se abstracts)	0 – 0,5	
D) Participação dentro da área de especialização na formação de outros profissionais ou da comunidade (0,5valores)	1 – Participação no ensino pré/ ou pós-graduado na área da Saúde	0 - 0,3	
	2 – Envolvimento em projetos de educação para a saúde	0 - 0,2	
E) Bolsas, Prémios, atividades cumpridas no âmbito de programas doutorais ou investigação clínica (0,5 valores)	1 – Bolsas, prémios, participação em programa doutoral ou em projetos relevantes de investigação clínica	0 – 0,5	
F) Descrição e contributo do candidato nos serviços e seu funcionamento (3 valores)	1 – Protocolos de atuação clínica (3 protocolos como 1º autor=nota máxima)	0 – 0,8	
	2 – Apresentações orais em reuniões hospitalares (12 apresentações=nota máxima)	0 – 1,2	
	3 – Contributo para a organização, qualidade e inovação dos serviços	0 – 1,0	
TOTAL		20	

Aprovado pelo Conselho Nacional Executivo em 15.03.2013

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE IMPORTÂNCIA/SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Al fine di erogare un servizio di qualità sempre maggiore, Le chiediamo la sua collaborazione nel riempimento del questionario.

Le sue risposte sono molto importanti per il miglioramento dei nostri servizi e sono assolutamente confidenziali; significa che solo i responsabili del progetto di ricerca avranno accesso a questi dati.

Servizi: GIN
 OST

Questionario

ISTRUZIONI

Legga con attenzione le indicazioni che seguono per il riempimento del questionario:

- Indichi la sua risposta per ciascuna domanda del questionario.
- Metta una croce (X) sulla casella che rappresenta meglio la sua opinione.
- Se ha messo una (X) su una casella che NON intendeva indicare, per favore scriva "NO" sulla risposta errata e metta una croce (X) sulla casella prescelta.
- Infine verifichi, per favore, di aver risposto a tutte le domande.

PARTE I

Età: |__| |__| anni **Genere:** 1 Maschile 2 Femminile **Nazionalità:** _____

Istruzione: 1 5° elementare 2 Scuola Media 3 Scuola superiore 4 Laurea
 5 Master 2 Altro

Stato Civile: 1 Celibe\Nubile 2 Matrimonio 3 Divorziato/a 4 Separato/a

Avete appoggio della famiglia o di persone prossime? 1 Sì 2 No

E appoggio sociale (sussidio, contributo,...)? 1 Sì 2 No

Ha una occupazione\lavoro? 1 Sì 2 No

E' già stata ricoverata in questa Casa di Cura? 1 Sì 2 No

E' la prima volta che accede ai nostri servizi (visite, esami, ecc)? 1 Sì 2 No

Se non è la prima volta, da quanto usufruite dei nostri servizi ?

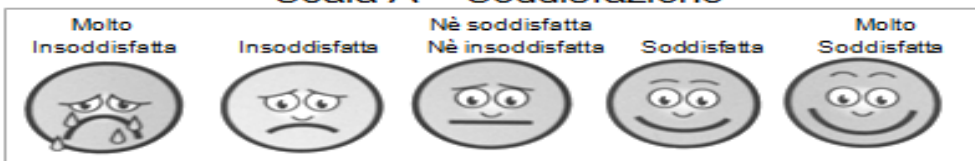
1 meno di 6 mesi 2 tra 6 mesi e 1 anno 3 tra 1 e 3 anni 4 più di 3 anni

PARTE II

ISTRUZIONI

- Per favore, metta una croce (X) sulla casella che meglio rappresenta il suo grado di soddisfazione (Scala A) e per l'importanza (Scala B) che attribuisce a ciascuno degli aspetti descritti.
- Se ha messo una (X) su una casella che NON intendeva indicare, per favore scriva "NO" sulla risposta errata e metta una croce (X) sulla casella prescelta.

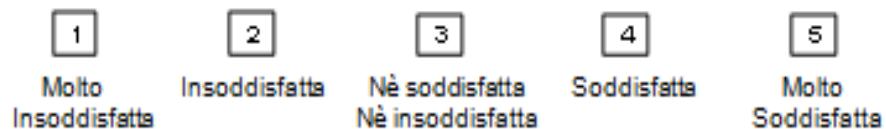
Scala A – Soddisfazione



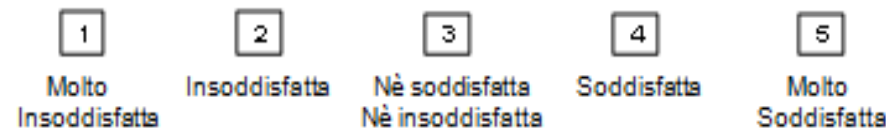
Scala B – Importanza



1. L'informazione data (sul mio stato di salute, medicazioni, trattamento, esami e risultato degli esami) mi ha lasciata:



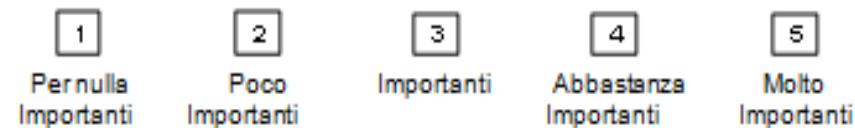
2. Le modalità con le quali i professionisti mi hanno dato le informazioni cliniche (linguaggio utilizzato, preoccupazione nel ripetere in caso di mancata comprensione, accertamento della comprensione) mi hanno lasciata:



1. L'informazione data (sul mio stato di salute, medicazioni, trattamento, esami e risultato degli esami) è:



2. Le modalità con le quali i professionisti mi hanno dato le informazioni cliniche (linguaggio utilizzato, preoccupazione nel ripetere in caso di mancata comprensione, accertamento della comprensione) sono:



3. La disponibilità dei professionisti (medici, ostetriche, infermieri...) nel ascoltarmi o per risolvere questioni relate al servizio, mi ha lasciata:

1	2	3	4	5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

4. La capacità dei professionisti (medici, ostetriche, infermieri...) nel tenere in conto la mia opinione circa le cure ricevute, mi ha lasciata:

1	2	3	4	5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

5. L'attenzione che mi hanno prestatato durante le visite (medici, ostetriche, infermieri..), mi ha lasciata:

1	2	3	4	5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

6. Il rispetto che è stato dato alla mia privacy, mi ha lasciata:

1	2	3	4	5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

3. La disponibilità dei professionisti (medici, ostetriche, infermieri...) nell'ascoltarmi o per risolvere questioni relate al servizio è:

1	2	3	4	5
Per nulla Importante	Poco Importante	Importante	Abbastanza Importante	Molto Importante

4. La capacità dei professionisti (medici, ostetriche, infermieri...) nel tenere in conto la mia opinione circa le cure ricevute è:

1	2	3	4	5
Per nulla Importante	Poco Importante	Importante	Abbastanza Importante	Molto Importante

5. L'attenzione che mi hanno prestatato durante le visite (medici, ostetriche, infermieri..) è:

1	2	3	4	5
Per nulla Importante	Poco Importante	Importante	Abbastanza Importante	Molto Importante

6. Il rispetto che è stato dato alla mia privacy è:

1	2	3	4	5
Per nulla Importante	Poco Importante	Importante	Abbastanza Importante	Molto Importante

7. Le modalità con cui sono stata accolta, mi ha lasciata:

1 2 3 4 5
Molto Insoddisfatta Nè soddisfatta Soddisfatta Molto
Insoddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta

8. La competenza\abilità con la quale i medic\infermieri mi hanno assistita, mi ha lasciata:

1 2 3 4 5
Molto Insoddisfatta Nè soddisfatta Soddisfatta Molto
Insoddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta

9. Le cure che mi hanno prestato per il trattamento del mio problema, mi hanno lasciata:

1 2 3 4 5
Molto Insoddisfatta Nè soddisfatta Soddisfatta Molto
Insoddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta

10. Il poter usufruire di assistenza continuativa da più professionisti (medic\infermieri), mi ha lasciata:

1 2 3 4 5
Molto Insoddisfatta Nè soddisfatta Soddisfatta Molto
Insoddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta

7. Le modalità con cui sono stata accolta sono:

1 2 3 4 5
Per nulla Poco Importanti Abbastanza Molto
Importanti Importanti Importanti Importanti

8. La competenza\abilità con la quale i medic\infermieri mi hanno assistita è:

1 2 3 4 5
Per nulla Poco Importante Abbastanza Molto
Importante Importante Importante Importante

9. Le cure che mi hanno prestato per il trattamento del mio problema sono:

1 2 3 4 5
Per nulla Poco Importanti Abbastanza Molto
Importanti Importanti Importanti Importanti

10. Il poter usufruire di assistenza continuativa da più professionisti (medic\infermieri) è:

1 2 3 4 5
Per nulla Poco Importante Abbastanza Molto
Importante Importante Importante Importante

11. L'accesso alla Casa di Cura (Autobus, Parcheggi...), mi ha lasciata:

1 **2** **3** **4** **5**
Molto Insoddisfatta Insoddisfatta Nè soddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta Molto Soddisfatta

12. La disponibilità oraria per eseguire visite ed esami, mi ha lasciata:

1 **2** **3** **4** **5**
Molto Insoddisfatta Insoddisfatta Nè soddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta Molto Soddisfatta

13. Il tempo di attesa alla prima accoglienza in reparto, mi ha lasciata:

1 **2** **3** **4** **5**
Molto Insoddisfatta Insoddisfatta Nè soddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta Molto Soddisfatta

14. Il tempo che ho aspettato per eseguire visita e/o esami, mi ha lasciata:

1 **2** **3** **4** **5**
Molto Insoddisfatta Insoddisfatta Nè soddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta Molto Soddisfatta

11. L'accesso alle strutture di cura (Ospedali, Case di Cura..) è:

1 **2** **3** **4** **5**
Pernulla Importante Poco Importante Importante Abbastanza Importante Molto Importante

12. La disponibilità oraria per eseguire visite ed esami, è :

1 **2** **3** **4** **5**
Pernulla Importante Poco Importante Importante Abbastanza Importante Molto Importante

13. Il tempo di attesa alla prima accoglienza in reparto è:

1 **2** **3** **4** **5**
Pernulla Importante Poco Importante Importante Abbastanza Importante Molto Importante

14. Il tempo che ho aspettato per eseguire visita e/o esami ,è:

1 **2** **3** **4** **5**
Pernulla Importante Poco Importante Importante Abbastanza Importante Molto Importante

15. Il tempo che è stato dedicato all'esecuzione della visita e/o degli esami, mi ha lasciato:

1	2	3	4	5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

16. L'informazione data su tutti i servizi (tipologia di visita, mappa dell'edificio, servizi igienici, bar,...) disponibili in Casa di Cura , mi ha lasciato:

1	2	3	4	5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

17. Le attività di distrazione negli spazi di attesa (libri, TV, riviste,...), mi ha lasciato:

1	2	3	4	5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

18. L'organizzazione, la pulizia e la comodità degli spazi di attesa, mi hanno lasciato:

1	2	3	4	5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

15. Il tempo che è stato dedicato all'esecuzione della visita e/o degli esami, è:

1	2	3	4	5
Per nulla Importante	Poco Importante	Importante	Abbastanza Importante	Molto Importante

16. L'informazione data su tutti i servizi (tipologia di visita, mappa dell'edificio, servizi igienici, bar,...) disponibili in Casa di Cura è:

1	2	3	4	5
Per nulla Importante	Poco Importante	Importante	Abbastanza Importante	Molto Importante

17. Le attività di distrazione negli spazi di attesa (libri, TV, riviste,...) sono:

1	2	3	4	5
Per nulla Importanti	Poco Importanti	Importanti	Abbastanza Importanti	Molto Importanti

18. L'organizzazione, la pulizia e la comodità degli spazi di attesa è:

1	2	3	4	5
Per nulla Importante	Poco Importante	Importante	Abbastanza Importante	Molto Importante

19. L'organizzazione, la pulizia e la comodità degli ambulatori, mi hanno lasciata:

1 2 3 4 5
Molto Insoddisfatta Nè soddisfatta Soddisfatta Molto
Insoddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta

20. La completezza della visita, mi ha lasciata:

1 2 3 4 5
Molto Insoddisfatta Nè soddisfatta Soddisfatta Molto
Insoddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta

21. La capacità di risposta alle mie richieste di aiuto, mi ha lasciata:

1 2 3 4 5
Molto Insoddisfatta Nè soddisfatta Soddisfatta Molto
Insoddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta

22. I servizi che ho ricevuto in Casa di Cura, mi hanno lasciata:

1 2 3 4 5
Molto Insoddisfatta Nè soddisfatta Soddisfatta Molto
Insoddisfatta Nè insoddisfatta Soddisfatta

19. L'organizzazione, la pulizia e la comodità degli ambulatori è:

1 2 3 4 5
Pernulla Poco Importante Abbastanza Molto
Importante Importante Importante Importante

20. La completezza della visita è:

1 2 3 4 5
Pernulla Poco Importante Abbastanza Molto
Importante Importante Importante Importante

21. La capacità di risposta alle mie richieste di aiuto ,è:

1 2 3 4 5
Pernulla Poco Importante Abbastanza Molto
Importante Importante Importante Importante

22. I servizi che ho ricevuto in Casa di Cura ,sono:

1 2 3 4 5
Pernulla Poco Importanti Abbastanza Molto
Importanti Importanti Importanti Importanti

23. Come descriverebbe agli amici o ai familiari il grado di soddisfazione per i servizi di questa Casa di Cura?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Nè soddisfatta Nè insoddisfatta	Soddisfatta	Molto Soddisfatta

24. Raccomanderebbe la Casa di Cura agli amici o familiari?:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sì	No

Scriva qui i suoi suggerimenti per il miglioramento dei nostri servizi.

GRAZIE PER LA SUA PREZIOSA COLLABORAZIONE !

**ANEXO III – HORÁRIOS DAS REDES DE TRANSPORTE URBANOS
ÚTEIS AO ACESSO À “CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA” (LINHA 8)**



fermate	giorni feriali					festivi			
	dalle 6:30 alle 20					dalle 6:30 alle 9		dalle 9 alle 20	
VIA NENNI	0	12	24	36	48	0	30	0	30
PARK SUD-EST via Traversetolo	4	16	28	40	52	3	33	3	33
PIAZZA MAESTRI	6	18	30	42	54	4	34	6	36
VIALE 7 FRATELLI CERVI	8	21	33	45	57	6	36	8	38
STADIO v.le P.M. Rossi	12	24	36	48	0	6	36	11	41
BARRIERA REPUBBLICA	14	26	38	50	2	11	41	13	43
PIAZZA GARIBALDI	18	30	42	54	6	14	44	16	46
STRADA MAZZINI	20	32	44	56	8	16	46	18	48
VIALE MARIOTTI Ghiale	22	34	46	58	10	16	46	20	50
STAZIONE FS	26	37	49	1	13	21	51	23	53
MADONNINA via Trento	28	40	52	4	16	24	54	26	56
VIA TRIESTE	32	44	56	8	20	26	56	30	0
VIA PALERMO	36	48	0	12	24	30	0	32	2
prima corsa da via Nenni	6:24					6:30		9:00	
ultima corsa da via Nenni	19:48					8:30		19:30	



fermate	giorni feriali					festivi			
	dalle 6:30 alle 20					dalle 6:30 alle 9		dalle 9 alle 20	
VIA PALERMO	6	18	30	42	54	0	30	6	36
VIA VENEZIA	8	21	33	45	57	2	32	8	38
MADONNINA via Trento	14	26	38	50	2	6	36	12	42
STAZIONE FS	17	29	41	53	6	6	36	16	46
VIALE MARIOTTI Ghiale	20	32	44	56	8	12	42	18	48
STRADA MAZZINI	22	34	46	58	10	13	43	18	48
PIAZZA GARIBALDI Municipio	24	36	48	0	12	16	46	21	51
BARRIERA REPUBBLICA	27	39	51	3	15	18	48	24	54
STADIO v.le Duca Alessandro	30	42	54	6	18	20	50	27	57
VIALE 7 FRATELLI CERVI	32	44	56	8	20	22	52	28	58
PIAZZA MAESTRI	36	47	59	11	23	24	54	31	1
PARK SUD-EST via Traversetolo	37	49	1	13	26	26	56	33	3
VIA NENNI	42	54	6	18	30	30	0	37	7
prima corsa da via Palermo	6:30					6:30		9:05	
ultima corsa da via Palermo	19:54					8:30		19:35	

**ANEXO IV – HORÁRIOS DAS REDES DE TRANSPORTE URBANOS
ÚTEIS AO ACESSO À “CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA” (LINHA 15)**

15



fermate	giorni feriali			
	dalle 8:30 alle 20			
STRADA PASTRENGO	13	28	43	58
VIA CAPRIOLO	14	29	44	59
STRADA S.EUROZIA	15	30	45	0
PIAZZA MAESTRI	17	32	47	2
VIALE 7 F.LLI CERVI	22	37	52	7
BARRIERA FARINI	28	41	56	11
STRADA MAZZINI	31	46	1	16
STRADA GARIBALDI Teatro Regio	33	48	3	18
BARRIERA GARIBALDI	35	50	5	20
MADONNINA via Trento	38	53	8	23
PIAZZALE SALSÌ	41		11	
VIA PARADIGNA	42		12	
STRADA NUOVA NAVIGLIO	48		18	
VIA MILANO		55		25
VIA MOLETOLO		58		28
Q.RE ARTIGIANALE PRIMO via Barbacini		0		30
prima corsa da str. Pastrengo			6:28	
ultima corsa da str. Pastrengo			19:43	

Le corse in partenza da strada Pastrengo delle ore 07:13 07:43 08:13 sono deviate alla CHIESA

15



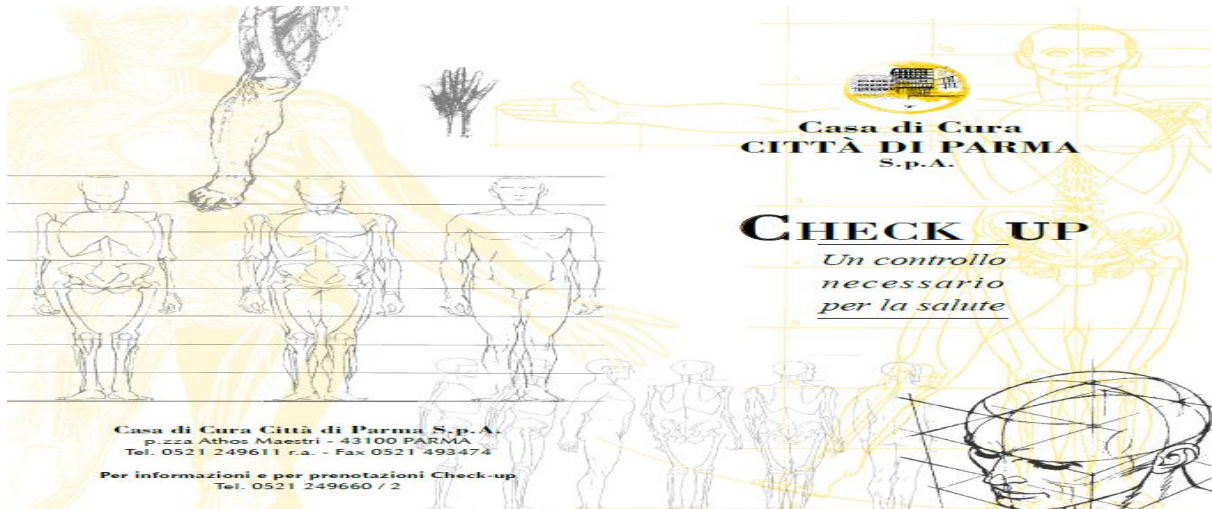
fermate	giorni feriali			
	dalle 8:30 alle 20			
Q.RE ARTIGIANALE PRIMO via Barbacini	8			38
VIA MOLETOLO	8			38
VIA MILANO	11			41
STRADA NUOVA NAVIGLIO		21		51
VIA PARADIGNA		24		54
PIAZZALE SALSÌ		28		58
MADONNINA via Trento	14	29	44	59
BARRIERA GARIBALDI	17	32	47	2
VIA VERDI	18	33	48	3
STRADA GARIBALDI Teatro Regio	20	35	50	5
STRADA CAVESTRO	22	37	52	7
BARRIERA FARINI	28	41	56	11
VIALE 7 F.LLI CERVI	30	45	0	16
PIAZZA MAESTRI	33	48	3	18
STRADA S.EUROZIA	38	51	6	21
VIA CAPRIOLO	37	52	7	22
STRADA PASTRENGO	38	53	8	23
prima corsa da str. Nuova Naviglio			6:21	
prima corsa da Q.re Artigianale Primo			6:36	
ultima corsa da str. Nuova Naviglio			19:51	
ultima corsa da Q.re Artigianale Primo			19:36	

La corsa in partenza alle ore 17:58 da Q.re Artigianale Primo è posticipata alle 17:26

La corsa in partenza alle ore 17:36 da Q.re Artigianale Primo è posticipata alle 17:38

Le corse in partenza da strada Nuova Naviglio delle ore 17:51 18:21 18:51 sono deviate alla CHIESA

ANEXO V – PERCURSO GERAL DOS UTENTES



La Casa di cura Città di Parma ha messo a punto un Servizio di check-up completo per il controllo della salute. In una sola giornata è possibile effettuare visite mediche, esami strumentali e di laboratorio; il tutto coordinato da un medico referente, vero e proprio tutor, che seguirà il paziente dall'inizio alla fine del check-up.

Perché sottoporsi ad un check-up?

- Per avere un'idea chiara del proprio stato di salute
- Quando occorre effettuarlo per motivi contingenti (lavoro, assicurazioni, eccetera)
- Allorché si presentano sintomi diversi non facilmente correlabili tra di loro e di non semplice diagnosi

Quali sono gli scopi di un check-up?

- Accertare lo stato di salute complessivo
- Individuare precocemente eventuali fattori di rischio per prevenire futuri problemi di salute.
- Fare diagnosi precoce.

Quale è il percorso del check-up?

Il Check-up messo a punto dalla Casa di cura consta di due livelli.

Nel primo il paziente viene accolto dal medico tutor che, effettuata l'anamnesi, indirizzerà verso i servizi ed i colleghi deputati alle indagini di base ed eventualmente agli specialisti le cui consulenze risultassero necessarie dall'anamnesi.

Una volta eseguiti tutti gli accertamenti, il tutor valuterà i vari responsi e sulla base di quanto emerso stilerà una relazione finale.

Se necessario, consiglierà al Paziente il secondo livello di Check-up e conseguentemente ulteriori indagini, secondo un calendario concordato.

Al termine del secondo livello di check-up il tutor stilerà una relazione finale.

PERCORSO DI CHECK UP

Livello	I°	II°
TUTOR antropometria anamnesi visita medica	Testi sangue/urine/feci ECG Ecografia addominale Radiografia del torace (M-F se fumo) Visita ginecologica (F) PAP test Visita senologica (F > 40 a) Visita urologica (M > 40 a) Visita oculistica tonometria fundus* * Se fattori di rischio CV	Metabolismo* AIC profilo glicemico Visita cardiologica* test ergometrico* ecocardiografia Holter ABPM24 ore Doppler TSA ed arti inferiori* Spirometria Endoscopia gastroscopia rettoscopia pancoloscopia Radiografie segmentarie Ecografie mirate
	Se indicazioni Visite specialistiche mirate ORL dermatologia ortopedia chirurgia filatelia	TUTOR relazione indirizzo

Quale è l'importanza del medico tutor del check-up?

E' di fondamentale importanza, infatti il medico tutor è uno specialista in medicina interna, quindi in grado di valutare globalmente il paziente. Seguirà il check-up dall'inizio alla fine come punto di riferimento e di sintesi di tutto il percorso.

Come prenotare un Check-up?

Per prenotare un Check-up è sufficiente telefonare al Servizio check-up che risponde al numero 0521-249660/2. Tra la

prenotazione e l'esecuzione del check-up trascorrerà circa una settimana.

Come prepararsi al check-up?

- La sera prima del check-up è consigliabile consumare un pasto leggero.
- Dalla mezzanotte è necessario essere a digiuno ed è preferibile non fumare.
- Non vanno sospese eventuali terapie in corso di cui è bene informare il medico tutor.

Cosa portare il giorno del check-up?

Il Paziente che si sottopone al check-up presso la Casa di cura Città di Parma è pregato di portare con se:

- La documentazione sanitaria precedente, in particolare i referti di indagini diagnostiche quali radiografie, ecografie, elettrocardiogrammi, esami del sangue.
- L'elenco dei farmaci assunti, nel caso in cui il Paziente sia in terapia.

**ANEXO VI – ARTIGO DA RECENTE IMPLEMENTAÇÃO TECNOLÓGICA
NA “CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA”**

PRESENTAZIONE NUOVA TECNOLOGIA IN GINECOLOGIA PER GLI INTERVENTI IN LAPAROSCOPIA

«Città di Parma», futuro in 3D

La chirurgia cambia passo

Camilla Salvi: la visione tridimensionale è rivoluzionaria

Margherita Portelli

■ Occhiali polarizzati come per un film di fantascienza, schermo di ultima generazione e una centralina d'avanguardia: ecco di cosa si compone, in sintesi, l'innovativa colonna 3D di cui si è recentemente dotata la casa di cura Città di Parma.

Presentata ieri, questa nuova tecnologia permette al chirurgo di operare in laparoscopia con visione tridimensionale; nello specifico, alla Città di Parma, il macchinario d'avanguardia è utilizzato in chirurgia ginecologica. Il futuro della chirurgia laparoscopica passa quindi dal 3D, e la Città di Parma - scelta inoltre come sede di riferimento della Società italiana di chirurgia mininvasiva ginecologica - lo sa bene.

«Sono orgogliosa di presentare uno strumento chirurgico tecnologicamente rivoluzionario - ha introdotto Camilla Salvi, consigliere delegato della Città di Parma -. La mininvasività della chirurgia laparoscopica comporta tanti vantaggi per il paziente e una maggiore sicurezza per l'operatore».

La colonna 3D di cui si è dotata la struttura di piazza Maestri è al momento presente in pochissimi ospedali italiani e in Regione solo al policlinico Sant'Orsola di Bologna. «L'introduzione della tridimensionalità è un vantaggio non indifferente - ha commentato Massimo Luer-



Città di Parma La presentazione della nuova strumentazione.

ti, segretario della Società italiana di chirurgia mininvasiva ginecologica - in quanto assicura una maggiore precisione. Lo scorso autunno, proprio qui a Parma, abbiamo organizzato il primo corso nazionale di lapa-

rosopia tridimensionale. Il prossimo anno speriamo inoltre di poter organizzare sempre alla Città di Parma il meeting annuale della nostra scuola».

Bruno Andrei, referente del progetto Chirurgia mininvasiva

ginecologica ed oncologica della Città di Parma, ha poi fatto notare quanto la casa di cura sia, da diversi decenni, all'avanguardia dal punto di vista delle strumentazioni chirurgiche: «Nel 1979 la Città di Parma è stata la prima struttura italiana a dotarsi della strumentazione utile agli interventi di chirurgia laparoscopica - ha sottolineato -. L'introduzione del 3D facilita molto l'operatore, lo stanca meno e rende l'intervento più veloce».

A mostrare poi nel dettaglio il macchinario è stato Gianluca Benassi, chirurgo che, insieme a Luigi Benassi, anch'egli presente, fa parte dell'equipe in forza al progetto di Chirurgia mininvasiva ginecologica ed oncologica che è operativo alla Città di Parma.

Anche Vittorino Calestani, referente dell'unità operativa di Ostetricia e ginecologia, e Tiziano Cocchi, direttore sanitario della Città di Parma, hanno preso parte alla presentazione dell'innovativa strumentazione chirurgica. La colonna 3D, in dotazione all'ospedale da pochi mesi, è già stata utilizzata in una quindicina di interventi.

«La speranza, per il futuro, è di poter ampliare l'uso di queste strumentazioni anche ad altri ambiti della chirurgia oltre a quella ginecologica - ha voluto sottolineare in chiusura la Salvi -, come, ad esempio, le attività di chirurgia urologica e addomina-

ANEXO VII – ACORDO DE MOBILIDADE INTERNACIONAL



Training Agreement

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

Academic Year 2013-2014
Details of the Student
Name of the Student Luis Filipe Pecegueiro Mata * Email lupec89@gmail.com
Subject Area 04.0 Management
Degree Management
Sending Institution Polytechnic Institute of Bragança
Details of the Proposed Training Programme Abroad
Host Organisation "Clínica Casa di Cura Città di Parma"
Planned dates of start and end of the placement period: From <u>01 / 02 / 20 14</u> to <u>31 / 07 / 20 14</u> , that is <u>6</u> months
a) Knowledge, skills and competence to be acquired:
Application of knowledge acquired during the course of, and acquisition and development of knowledge based on practical component. This time, skills and abilities in handling management for data analysis tools will be acquired and knowledge related to the speciality of Obstetrics & Gynecology and quality of services in this area.
b) Detailed programme of the training period:
<ul style="list-style-type: none"> Characteristics of the sample application inquiries Instrument for Data Collection Techniques for data collection Data processing and presentation of results <ul style="list-style-type: none"> Framing Quality in Organization Set Quality problems and identify causes Realize client satisfaction Address the procedures of professional Collect and process information Intervention areas and stakeholders in Quality Process of the Institution Accreditation Model for Quality of Institution Methodology used to collect information
c) Tasks of trainee:
Writing progress reports, implementation of surveys and direct observation, processing and data analysis, issuing results and drafting the final report.

d) Monitoring and evaluation plan:

Evaluation and monitoring of the sending institution guiding and host organisation guiding.
Evaluation of technical/scientific council.

Commitment of the three parties

By signing this document the student, the sending institution and the host organisation confirm that they will abide by the principles of the Quality Commitment for Erasmus student placements set out in the document below.

Student's signature



Date 28.01.2014

The sending institution

We confirm that this proposed training programme agreement is approved. On satisfactory completion of the training programme the institution will award 40 ECTS credits or will record the training period in the Diploma Supplement.

Coordinator's signature



Date 31.01.2014

The host organisation

We confirm that this proposed training programme agreement is approved. On completion of the training programme the organisation will issue a Certificate to the student.

Coordinator's signature

Dott. GIANLUCA BENASSI
Specialista in Ostetricia e Ginecologia
Viale Dell'Assistenza, 6 - PARMA
Cod. Fisc. BNS GLC 75C10 G3370
Partita IVA 02671570340



Date 27.1.2014

QUALITY COMMITMENT

For Erasmus student placements

This Quality Commitment reflects the objectives of the European Quality Charter for Mobility

The Sending Higher Education Institution* Undertakes to:

Define the learning outcomes of the placement in terms of the knowledge, skills and competencies to be acquired

Assist the student in choosing the appropriate host organisation, project duration and placement content to achieve these learning outcomes.

Select students on the basis of clearly defined and transparent criteria and procedures and sign a placement contract with the selected students.

Prepare students for the practical, professional and cultural life of the host country, in particular through language training tailored to meet their occupational needs

Provide logistical support to students concerning travel arrangements, visa, accommodation, residence or work permits and social security cover and insurance

Give full recognition to the student for satisfactory completed activities specified in the Training Agreement

Evaluate with each student the personal and professional development achieved through participation in the Erasmus programme

The Sending Institution* and Host Organisation jointly Undertake to:

Negotiate and agree a tailor-made Training Agreement (including the programme of the placement and the recognition arrangements) for each student and the adequate mentoring arrangements

Monitor the progress of the placement and take appropriate action if required

The Host Organisation Undertakes to:

Assign to students tasks and responsibilities (as stipulated in the Training Agreement) to match their knowledge, skills, competencies and training objectives and ensure that appropriate equipment and support is available

Draw a contract or equivalent document for the placement in accordance with the requirements of the national legislation

Appoint a mentor to advise students, help them with their integration in the host environment and monitor their training progress

Provide practical support if required, check appropriate insurance cover and facilitate understanding of the culture of the host country

The Student Undertakes to:

Comply with all arrangements negotiated for his/her placement and to do his/her best to make the placement a success

Abide by the rules and regulations of the host organisation, its normal working hours, code of conduct and rules of confidentiality

Communicate with the sending institution about any problem or changes regarding the placement

Submit a report in the specified format and any required supporting documents at the end of the placement

*In the event that the higher education institution is involved in a consortium, its commitments may be shared with the co-ordinating organisation of the consortium.

ANEXO VIII – CERTIFICADO DE ESTADIA



IT IS HEREBY CERTIFIED THAT:

Mr./Ms. Luís Filipe Pecegueiro Mata
from the Instituto Politécnico de Bragança

Has been an ERASMUS training at our institution:
Between 01/02/2014 till 31/07/2014

In the (Name of the Institution): Clinica di Cura "Città di Parma"

Stamp and Signature

Name of the signatory: Dr. Gianluca Benassi
Function: Doctor - Tutor

To be sent to:
Instituto Politécnico de Bragança
International Relations Office
Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança- Portugal
e-mail inesrodriques@ipb.pt; Fax. +351 273 325 405;