



**Avaliação do impacto nos utentes da marca AQR –
Atendimento de Qualidade Reconhecida:
Estudo no ACES do Nordeste**

Elisabeth Alves Pestana

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de
Mestre em Gestão as Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde*

Orientada pela Professora Doutora Amélia Maria Martins Pires

Bragança, abril de 2013



**“Avaliação do impacto nos utentes da marca AQR –
Atendimento de Qualidade Reconhecida:
Estudo no ACES do Nordeste”**

Elisabeth Alves Pestana

Orientada pela Professora Doutora Amélia Maria Martins Pires

Bragança, abril de 2013

Resumo

Promover a melhoria contínua da qualidade tem implicações no âmbito social, cultural e económico-financeiro, pelo que as organizações, nomeadamente as de saúde, devem estar preparadas para promover uma cultura de qualidade. O investimento na área da qualidade permite à organização uma melhoria nos serviços prestadores de cuidados de saúde, dando um maior grau de confiança aos cidadãos. Um indicador válido na avaliação da qualidade dos serviços é a satisfação dos utentes, sendo esta não só uma preocupação crescente como, também, uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde.

O objetivo central deste estudo consiste em conhecer o nível de satisfação dos utentes dos centros de saúde do ACES Nordeste com os serviços prestados, e ainda se o grau da satisfação advém da implementação do projeto de melhoria contínua da marca AQR. O enquadramento teórico foi orientado de forma a permitir a identificação, a análise, o relacionamento e a melhor compreensão da satisfação dos utentes. A investigação empírica assentou num estudo exploratório-descritivo, adotando uma orientação descritiva, analítica e correlacional, baseado numa abordagem metodológica predominantemente quantitativa, dado que a análise incidiu sobre o conteúdo de um questionário, aplicado a uma amostra de 655 utentes que recorreram aos centros de saúde do ACES Nordeste durante o mês de abril de 2012.

Os resultados obtidos permitem concluir que os utentes não só se encontram satisfeitos com a qualidade dos cuidados prestados nesta unidade de saúde como notaram melhorias ao nível da higiene, atendimento e organização com a implementação da marca AQR, ainda que a maioria dos utentes não se tenha referido ao projeto por não ter sido capaz de associar estas melhorias à implementação do mesmo.

O trabalho efetuado pretende afirmar-se como um contributo para aprofundar esta matéria mas também, e acima de tudo, conceder à organização um instrumento base para a implementação de programas de melhoria da qualidade e, por conseguinte, do grau de satisfação dos utentes, numa perspetiva de otimização dos recursos disponíveis.

Palavras-chave: Qualidade, Satisfação, Saúde, Marca AQR, Utentes.

Abstract

Promoting the continuous quality improvement have social, cultural and economic/financial implications, therefore the organizations, such as health care, should be prepared to promote the quality culture. The investment in quality allows the organization to improve the health care services, giving to citizens a higher degree of trust. The customer's satisfaction is a legitimate indicator of quality services evaluation, being this not only a increasing concern, but also a priority to the managers and wealth care workers.

This study main goal is to know the clients satisfaction level in the ACES Nordeste health care centers, and also if satisfaction results from the implement of Marca AQR continued improvement project. The theoretical back ground was made to allow identification, analysis, rapport and ease the client satisfaction understanding. The empirical investigation was based in a exploratory-descriptive study, embracing a descriptive, analytic and correlational orientation, based in a methodological approach manly quantitative; regarding the analysis is about the questionnaire content, applied to a 655 clients sample, attended to ACES Nordeste health care centers during april 2012.

The results show that clients not only are pleased with health care quality in this unit, but they noted improvements in hygiene level, service and organization after the implement of Marca AQR; even if the majority of them did not mentioned the project because they aren't able to link improvements to Marca AQR implementation.

This paper intend to give a fair contribute to this subject and also provide the organization with a base instrument to implement the quality improvement programs and, by doing so, the health care clients satisfaction level, making the best with the available resources.

Key words: Quality, Satisfaction, Healt, Marca AQR, Clients

Resumen

Promover la mejora continua de la calidad tiene repercusiones a nivel social, cultural y económico-financiero. Por este motivo, las organizaciones y principalmente las que están relacionadas con la salud, deben estar preparadas para promover una cultura de calidad. Invertir en esta área, va permitir a las organizaciones mejorar los servicios prestados en la área de la salud, proporcionando un mayor grado de confianza a los ciudadanos. La satisfacción de los pacientes, aparte de ser un indicador fiable para evaluar la calidad de los servicios, debe ser una preocupación creciente y una prioridad para los gestores y profesionales de salud.

El objetivo central de este estudio se focaliza en conocer el grado de satisfacción de los clientes, no sólo en relación a los servicios prestados, como saber si el mismo está relacionado con la implementación del proyecto de la mejora continua de la marca AQR (atendimiento-calidad-reconocido), en los diferentes centros de salud que integran el agrupamiento de los centros de salud (ACES) del Nordeste.

El encuadramiento teórico fue orientado para poder permitir la identificación, el análisis, la relación y la mejor comprensión de la satisfacción de los utilizadores. La investigación empírica asienta en un estudio exploratorio-descriptivo, adoptando una orientación descriptiva, analítica y correlacional. Es un estudio metodológico, predominantemente cuantitativo, pues el análisis incide en el contenido de un cuestionario, aplicado a una muestra de 655 clientes que fueron a los centros de salud del ACES Nordeste en el mes de abril de 2012.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que los clientes se encuentran satisfechos con la calidad de los cuidados prestados y también notaron mejoras a nivel de la higiene, atendimento y organización con la implementación de la marca AQR, aunque la mayoría de los mismos no se haya referido al proyecto, pues no asociaban estas mejoras a la implementación del mismo.

Se pretende que este trabajo sirva de apoyo para profundar conocimientos en esta área pero, sobre todo, poder conceder a la organización un instrumento base para la implementación de programas en la mejora de la calidad y por consiguiente, del grado de satisfacción de los pacientes, con la perspectiva de optimizar los recursos disponibles.

Palabras clave: Calidad, Satisfacción, Salud, Marca AQR, Clientes.

Dedicatória

Ao Nelson por me ter feito acreditar.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACB- Acessibilidades

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

AQR- Atendimento Qualidade Reconhecida

ARS- Administrações Regionais de Saúde

CS- Centro de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DP- Desvio Padrão

EPE- Empresa Publico Empresarial

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

GQT- Gestão Qualidade Total

HC- Hospitais Centrais

HD- Hospitais Distritais

ISO – Organização Internacional para Padronização

JCI – Joint Commission International

KFHQS- King's Fund Health Quality Service

LEAL- Lealdade

M- Média

MCSP- Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MQ- Manual da Qualidade

n- Número de Respondentes à questão

PECLEC- Programa Especial de Combate à Lista de Espera Cirúrgica

PRESRECL- Presumível Reclamação

QAAux- Qualidade Apercebida dos Auxiliares

QAE- Qualidade Apercebida do pessoal de Enfermagem

QAG- Qualidade Apercebida Geral

QAI- Qualidade Apercebida das Instalações

QATS- Qualidade Apercebida do/a Assistentes Técnicos

QUAREL- Qualidade Apercebida Relacional

RECOM- Recomendação

ResRECL- Resolução da Reclamação

SA- Sociedade Anónima

SATISF. G- Satisfação Global

SLS- Sistema Local de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SRS- Sub-região de Saúde

ULS- Unidade Local de Saúde

USF- Unidade de Saúde Familiar

Índice de Figuras

Figura 1- Constituição de um SLS	8
Figura 2- Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde.....	32
Figura 3- Constituição do Sistema de Qualidade no Atendimento	38
Figura 4- Etapas de Atribuição da Marca AQR.....	41
Figura 5- Distribuição da amostra pelos diferentes CS.....	47
Figura 6- Número de recorrências ao CS nos últimos 6 meses	81

Índice de Tabelas

Tabela 1- Modelo de Donabedian	31
Tabela 2- Constituição de um MQ.....	39
Tabela 3- Distribuição dos utentes pelos diferentes concelhos populacionais.....	47
Tabela 4- Características sociodemográficas da amostra.....	53
Tabela 5- Características do conhecimento da marca AQR.....	55
Tabela 6- Definição pelos utentes da Marca AQR.....	56
Tabela 7- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Satisfação Global	57
Tabela 8- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Imagem	57
Tabela 9- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida	58
Tabela 10- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida das Instalações	58
Tabela 11- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação aos Assistentes Técnicos (administrativos)	59
Tabela 12- Distribuição absoluta e relativa, mediana, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação ao pessoal Médico	59
Tabela 13- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação ao grupo de Enfermagem.....	60
Tabela 14- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação a outros Técnicos de Saúde.....	60
Tabela 15 - Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação aos Auxiliares	60
Tabela 16- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida Relacional.....	61
Tabela 17- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida dos serviços (Acessibilidades)	61
Tabela 18- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Lealdade	62
Tabela 19- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da resolução de Reclamação	62
Tabela 20- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da potencial resolução de uma Reclamação.....	62
Tabela 21- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Recomendação	63
Tabela 22- Caraterísticas estatísticas das dimensões de satisfação estudadas	64
Tabela 23- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função do Género Sexual	66
Tabela 24 - Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função da faixa etária.....	68
Tabela 25 - Resultados dos testes de comparações múltiplas para a Faixa Etária	69
Tabela 26 - Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função das Habilitações Literárias.....	70

Tabela 27- Resultados dos testes de comparações múltiplas para as Habilitações Literárias.....	72
Tabela 28- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função do Estado Civil	73
Tabela 29- Resultados dos testes de comparações múltiplas para o Estado Civil	74
Tabela 30- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função da Situação Profissional.....	76
Tabela 31- Resultados dos testes de comparações múltiplas para a situação profissional	77
Tabela 32- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função do conhecimento da marca AQR.....	79
Tabela 33- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função da data do prémio	80
Tabela 34- Nº de recorrências ao CS e Conhecimento da Marca AQR	81
Tabela 35- Nº de recorrências ao CS e perceção de melhorias.....	82
Tabela 36- Nº de recorrências ao CS e a Satisfação Global	83

Índice	
Resumo	ii
Abstract	iii
Resumen	iv
Dedicatória	v
Índice de Figuras	vii
Índice de Tabelas	viii
Introdução	1
1. Caracterização geral do Serviço Nacional de Saúde	3
1.1. Breve Historial	3
1.2. SNS: Estrutura geral e funcionamento.....	5
1.2.1. Estrutura Geral	5
1.2.1.1. Os Centros de Saúde	5
1.2.1.2. Os Hospitais	5
1.2.2. Funcionamento.....	6
2. Gestão da Qualidade	11
2.1. Conceitos associados e a sua evolução	11
2.1.1. Conceito de Qualidade	11
2.1.2. Qualidade na Administração Pública	12
2.1.3. Qualidade em Saúde.....	15
2.1.4. Satisfação dos utentes	18
2.1.4.1. Características determinantes da satisfação	19
2.1.5. Avaliação da satisfação nos CSP	23
2.1.5.1. O caso particular da acessibilidade aos CSP no distrito de Bragança	25
2.2. Gestão da Qualidade Total (GQT)	26
3. Avaliação da Qualidade em Saúde	31
3.1. Alguns Modelos de Avaliação: caracterização genérica.....	31
3.1.1. MOniQuOr.CS	34
3.1.2. EUROPEP	35
3.1.3. King's Fund Health Quality Service (KFHQS).....	35
3.1.4. Joint Commission International	35

3.1.5.	Norma NP EN ISO 9001:2000	36
3.2.	Manual da Qualidade (MQ): a Marca AQR	37
3.2.1.	Candidatura e implementação da Marca AQR	40
4.	Metodologia	43
4.1.	Problema de estudo	43
4.2.	Tipo de estudo: questões e hipóteses de investigação	44
4.3.	Amostra	45
4.4.	Instrumento de recolha das variáveis em estudo.....	48
4.5.	A Marca AQR: processo de candidatura e implementação no ACES Nordeste	48
4.6.	Recolha e tratamento de dados	51
4.7.	Apresentação dos resultados.....	53
5.	Discussão dos resultados	84
	Conclusões	88
	Referências Bibliográficas	94
	Anexos.....	104
	Anexo I- Questionário Aplicado.....	105

Introdução

Atualmente, a sociedade caracteriza-se por complexas alterações políticas, sociais, económicas e tecnológicas, que ocorrem a um ritmo muito acelerado e que tendem a originar mudanças de comportamento e de mentalidade. As organizações não são exceção a estas mudanças. As exigências do mercado estão em permanente mutação, motivada pela constante evolução de novas realidades, cada vez mais exigentes e globalizadas, traçadas por cidadãos cada vez mais informados e conscientes dos seus direitos, que impõem produtos e serviços cada vez melhores. Estas imposições têm, por sua vez, vindo a contribuir para a necessidade das organizações se empenharem em sucessivos esforços de inovação e adaptação contínua do posicionamento tradicional da sua oferta, tornando-a mais adequada, expedita e oportuna, em função das necessidades e expectativas dos seus clientes. Neste âmbito, e tal como refere Mendes (2006), o enorme desafio que se coloca, na atualidade, às organizações para conseguirem sobreviver é a constante aposta na qualidade, enquanto elemento crucial para assegurarem o seu sucesso.

Neste sentido, a administração pública é condicionada a guiar-se por princípios instituídos pela gestão da qualidade total (QT), ou seja, na completa satisfação dos clientes, tanto internos como externos, norteada por objetivos estratégicos ligados a procedimentos, onde todos os colaboradores trabalham em equipa, integrando-se na organização e apostando na melhoria contínua. A gestão pela QT assume-se, hoje, como o paradigma dos serviços públicos, que se materializa numa importante renovação dos modelos de gestão pública, na liderança participada, na descentralização e desburocratização de procedimentos, no grau de satisfação dos funcionários e clientes e nos resultados face à sociedade (Soares, 2002).

Como referem Carr e Littman (1992), as razões da administração pública para a aposta na gestão da QT vão desde a oferta de um melhor serviço público à diminuição nos gastos orçamentais, passando pelo recrutamento e manutenção dos melhores funcionários. Segundo Alves (2003) uma forma de perspetivar se uma determinada organização está a desempenhar eficientemente a sua função, é através da análise da satisfação dos seus clientes. Refere, neste particular, que a avaliação que os mesmos venham a fazer do serviço recebido e da forma como o mesmo é prestado, apresenta-se como um indicador sobre a capacidade da organização poder sobreviver no futuro. Por outro lado, o conhecimento dos fatores que afetam a satisfação dos clientes é determinante para as organizações porque não só lhes permite delinear os planos de ação, tendo por base as perceções e expectativas dos clientes, como criar ofertas de produtos e serviços à medida das necessidades dos mesmos. Neste particular, Ferreira (2006) apresenta alguns benefícios proporcionados pela análise da satisfação de clientes, nomeadamente, o conhecimento das suas perceções e das suas expectativas, as informações precisas e atualizadas quanto às suas necessidades e as relações de lealdade entre os clientes e as empresas, baseadas numa relação de confiança e proximidade. A avaliação dos serviços através da opinião dos clientes deverá ser encarada como um ato normal e desejável. É através dela que se obtém um conjunto de informações fundamentais que permitirão planejar, orientar e coordenar todas as atividades.

É dentro deste contexto que se desenvolve o objeto central deste trabalho, cujo principal propósito se prende com o interesse em melhorar e aprofundar os conhecimentos nesta área. Assim, a pertinência dos conceitos de 'qualidade' e 'satisfação na prestação dos serviços públicos', a par da sua importância para a concretização dos objetivos organizacionais, por um lado, e a falta de estudos sobre os procedimentos subjacente à implementação de sistemas de qualidade e posterior avaliação dos seus resultados, por outro, estiveram na base da definição do objetivo específico, mais concretamente, a avaliação do impacto da marca Atendimento de Qualidade Reconhecida (AQR) nos centros de saúde (CS) integrados no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Nordeste. Tendo como base este objetivo levantámos a seguinte questão de investigação: "Em que medida o reconhecimento da marca AQR contribui para a satisfação do utente?"

Consideramos a iniciativa da realização deste estudo francamente meritória, quer pelos contributos que possa vir a dar à comunidade académica quer pela sua utilidade para o ACES Nordeste, ao oferecer uma avaliação dos serviços, diretamente relacionada com a melhoria da qualidade e visibilidade do projeto implementado – marca AQR – na perspetiva dos utentes.

Nesta concordância, o trabalho surge estruturado em cinco pontos, para além desta introdução e das necessárias conclusões. Iniciamos o ponto um com uma caracterização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com particular destaque para a sua estrutura e funcionamento. Prosseguimos no ponto dois, com uma abordagem à gestão da qualidade, onde se destacam os conceitos associados e a sua evolução. Na continuação, surge o ponto três com a avaliação da qualidade em saúde para, no ponto quatro se descrever a componente metodológica que suportará a parte empírica desta investigação. Aqui será explicada a questão de investigação e as hipóteses levantadas para lhe dar resposta, a caracterização da amostra e os instrumentos de recolha e análise dos dados para, no ponto cinco se apresentar os resultados e a sua discussão à luz da teoria disponível.

1. Caracterização geral do Serviço Nacional de Saúde

1.1. Breve Historial

Nos últimos anos, assistimos a rápidas transformações do sistema de saúde com melhorias significativas no estado de saúde português. Sendo a presente reforma dos Cuidados Primários uma das reformas mais significativas do SNS.

Para a Constituição Portuguesa o SNS é a entidade pública que garante a todos os cidadãos o direito constitucional à proteção e à promoção da saúde. Este é o conjunto de todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde que seguem legislação própria, nomeadamente as Organizações Hospitalares, as Unidades Locais de Saúde (ULS), os CS e os ACES, sob tutela do Ministério da Saúde. Sendo o núcleo essencial do sistema de saúde português, constituindo-se como um serviço solidário e universal, decisivo para manter e melhorar os níveis de saúde de toda a população e contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida.

A Constituição da República Portuguesa garante que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deva ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.

Para Branco e Ramos (2001) é possível descrever o desenvolvimento dos cuidados de saúde em quatro fases relativamente bem delimitadas:

- i. Uma primeira, desde 1971 até ao período revolucionário de 1974-1975. Em 1971 deu-se a promulgação do Decreto de Lei 413/71, que promulga a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, que estabelece os fundamentos para o SNS, criando os designados CS de primeira geração. Esta lei deveu-se em grande parte a um grupo de médicos de saúde pública, que propuseram uma reforma no sistema de saúde português, assente numa criação de uma rede nacional de CS e em estratégias de prevenção. A evolução da organização da saúde é influenciada por acontecimentos externos, relacionados com contextos social, económico e políticos. A democratização em 1974 foi um destes acontecimentos, que trouxe grandes alterações aos serviços de saúde (Ramos, 2008).
- ii. Uma segunda, conhecida como a do serviço médico à periferia, de 1975 a 1982. Afastava os médicos recém-formados dos grandes centros urbanos, obrigando-os ao exercício profissional, por um ano, em áreas rurais, como forma de diminuir as deficiências sanitárias e a carência de profissionais nessas regiões (Ramos 2008). No ano de 1979 foi criado o SNS, com o intuito de defender o direito à proteção da saúde e o dever da sua defesa e proteção. Foi então publicada mas não totalmente regulamentada a Lei nº 56/79, de 15 de setembro, tendo ficado por criar alguns órgãos centrais (Ferreira, 1990).
- iii. Uma terceira, a dos CS integrados, com início em 1983 e, fundamentalmente, caracterizada como de expansão SNS. Em concordância foi, neste ano, publicado o regulamento dos CS (Despacho Normativo nº 97/83 - CS de 2º Geração, em resultado da integração dos CS com os postos de serviços médico-sociais. Em 1984 foi criada a

Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e em 1990 aprovada a Lei de Bases da Saúde, momento a partir do qual a responsabilidade pela saúde passa a ser partilhada entre Estado e o indivíduo. Em 1993 viria a ser aprovado o estatuto do SNS e das Administrações Regionais de Saúde (ARS), que passam a fazer a coordenação entre os hospitais e os CS. Por fim, corria o ano de 1999 quando se assiste à criação dos CS de terceira geração, tendo em vista à descentralização e uma maior autonomia (Decreto de Lei nº 157/99 de 10 de maio). Contudo, as resistências das Sub-Regiões, ao perceberem a ameaça de transferência do seu poder para os CS, uma vez que estes passariam a ter autonomia financeira e administrativa, não permitiram a sua criação (Biscaia et al, 2005).

- iv. A fase atual, conhecida por período de transição. Assiste-se à introdução do conceito de gestão privada nos Hospitais Públicos, ao aparecimento do Programa de Recuperação das Listas de Espera e à introdução das taxas moderadoras. De registar, também, a criação e desenvolvimento de um sistema de informação baseado nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo para a gestão hospitalar. Este sistema, tem por objetivo a classificação de doentes internados em hospitais de agudos, a partir de classes clinicamente coerentes e homogéneas do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracterizam, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital, nomeadamente diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos relevantes (ACSS, 2007).

Desde sempre os CS constituem a infraestrutura organizativa essencial dos CSP, abrangendo todo o território nacional. Os portugueses estão habituados a que a proteção na saúde seja uma responsabilidade do Estado Português. Contudo esta é uma realidade que conta com apenas 40 anos. Ou seja, até ao ano de 1979, momento da criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência. Ao Estado competia apenas a assistência aos mais carenciados (Portal da Saúde, 2010).

Em 1946, com a publicação da Lei nº 2011, de 2 de abril, foi criada a base para uma rede hospitalar sob a responsabilidade das Misericórdias e em 1963, pela Lei nº 2120, de 19 de julho, promulgada as bases da política de saúde e assistência, que atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revestem ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada (Portal da Saúde, 2010). Só em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência, conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”, surge o primeiro esboço do SNS e onde são explicitados princípios, como o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, e se atribui ao Estado a obrigatoriedade de assegurar esse direito (Eira, 2010). Com a criação do SNS em 1979, o acesso aos cuidados de saúde passa a ser garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social. O SNS passa, então, a dispor de serviços prestadores de CSP e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas), transferindo-se os hospitais das Misericórdias

para o Estado (Portal da Saúde, 2010). “Se em 1979 foi criado o SNS atualmente, e cada vez mais, deve pensar-se em Sistema Nacional de Saúde, tal é a dimensão da oferta e da procura de cuidados de saúde privados.” (Eira, 2010)

1.2. SNS: Estrutura geral e funcionamento

As organizações de prestação de cuidados de saúde podem ser menos descentralizadas (locais e regionais) como acontece nos países com SNS, ou muito descentralizadas como ocorre noutros sistemas. Na Europa, nenhum sistema de saúde tem características eminentemente privadas como ocorre nos EUA (Carvalho, 2009(a)).

Em Portugal, os cuidados de saúde assentam em dois grandes pilares, os CSP, assegurados pelos CS, e os cuidados de saúde secundários, assegurados pelos hospitais.

1.2.1. Estrutura Geral

1.2.1.1. Os Centros de Saúde

Os CSP possuem uma lógica organizacional diferente das instituições hospitalares. Centram-se nas pessoas, numa perspetiva de intervenção multidisciplinar, que coloca o cidadão no centro do sistema. Os CS são as primeiras entidades responsáveis pela melhoria dos níveis de saúde das populações e apresentam, para o cumprimento deste propósito, uma matriz organizacional flexível e funcional que respeite as hierarquias de forma que estas sejam capazes de influenciar o desempenho dos diversos profissionais e respetivas equipas, num clima de co-responsabilização e respeito pela autonomia de cada grupo profissional. Os CSP são reconhecidos como sendo o pilar do sistema de saúde e assumem um papel importante na prevenção da doença e na promoção da saúde, devendo, para isso, permitir uma ligação com os outros serviços e níveis de cuidados. Neste sentido, têm sido objeto de reformas que vêm assentando, genericamente, na reconfiguração da prestação de CSP.

1.2.1.2. Os Hospitais

Os hospitais constituem-se em unidades de saúde que procuram dar resposta a situações não tratadas no primeiro nível, ou seja, nos serviços de CSP. Constituem, por isso, um nível mais especializado. Consequentemente, prestam cuidados em diferentes valências que compreendem funções de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes, prestados em regime de

ambulatório ou internamento. Dada a diferenciação dos serviços prestados, estes dividem-se em quatro níveis dentro do SNS, (Mestre, 2007):

- i. Hospitais distritais (HD), que asseguram as valências básicas à população abrangida;
- ii. Hospitais centrais (HC) onde, além dos serviços HD da sua área, proporcionam cuidados diferenciados na área de abrangência e fora desta, de acordo com as redes de referência específicas para cada especialidade médica. Localizam-se nos grandes centros urbanos, embora a sua área de influência conjunta seja a totalidade do país (o que pode levantar problemas de acesso e iniquidade para populações longe desses grandes centros);
- iii. Hospitais especializados onde se prestam serviços muito diferenciados, tendo um número reduzido de valências. Não estão, por isso, diretamente acessíveis ao doente, mas antes referenciados por outra unidade de atendimento mais geral; e
- iv. Hospitais de nível 1, destinados a convalescentes e doentes de evolução prolongada, que atualmente desempenham um papel equiparado ao nível dos HD.

De referir, contudo, que embora exista esta categorização, alguns HC são mais especializados em determinadas valências que outros, acabando por funcionar na prática como hospitais especializados de referência. Um outro aspeto não menos importante é a agregação existente entre hospitais de níveis distintos, que se constituem nos chamados centros hospitalares, definidos como junção de dois ou mais hospitais sob uma administração comum, de modo potenciar a realização de economias de escala e permitir uma gestão mais eficiente dos recursos, apostando na complementaridade dos serviços prestados (ERS, 2009).

1.2.2. Funcionamento

Durante o período de 2002 a 2005 foram várias as alterações realizadas no sector da saúde. Em 2002, o destaque vai para a criação da figura dos Hospitais SA (Sociedade Anónimas), a regulamentação das parcerias público- privadas, a criação do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), a introdução dos genéricos, como medicamentos dentro dos sistemas de comparticipações do Estado, o preço de referência e a receita única e renovável. Também neste período é aprovado, através da Lei nº 27/2002, o novo regime de gestão hospitalar, onde são introduzidas diversas e profundas alterações na Lei de Bases da Saúde e o Decreto-Lei sobre a reorganização dos CSP, que não chegaria a ser implementado (OPSS, 2009).

Em 2004 assiste-se ao aparecimento do Plano Nacional de Saúde (2012-2016), como a consolidação de um compromisso de estratégia de saúde (Sakellarides et al, 2006). Em 2005, como consequência da tomada de posse do novo Governo, inicia-se nova reforma, com mais modificações no SNS, nomeadamente, a reforma dos CSP, com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e os ACES, a alteração da rede de cuidados, com o encerramento de vários blocos

de partos, formulação de uma rede de emergência pré-hospitalar, com a requalificação dos serviços de urgência, a criação de centros hospitalares, onde foram agrupados vários hospitais da mesma área geográfica, a transformação dos Hospitais SA (Sociedade Anónimas) em Hospitais EPE (Entidades Publicas Empresariais), a aplicação de taxas moderadoras para internamentos e cirurgias de ambulatório, entretanto erradicadas a partir de 1 de janeiro de 2010, e a criação da rede de cuidados continuados.

Em 2008, o Ministério da Saúde, assume como principal preocupação o acesso facilitado e adequado aos cuidados de saúde. Faz, em concordância, publicar o Decreto de Lei 28/2008, que estabelece a criação, estruturação e funcionamento dos ACES. É através dos novos ACES e da nova rede de cuidados continuados que o Governo pretende não só aumentar a acessibilidade e o envolvimento ativo da comunidade nos cuidados de saúde como ajustar a oferta de cuidados de saúde e apoio social às necessidades dos cidadãos com dependência temporária ou prolongada (Oliveira, 2010).

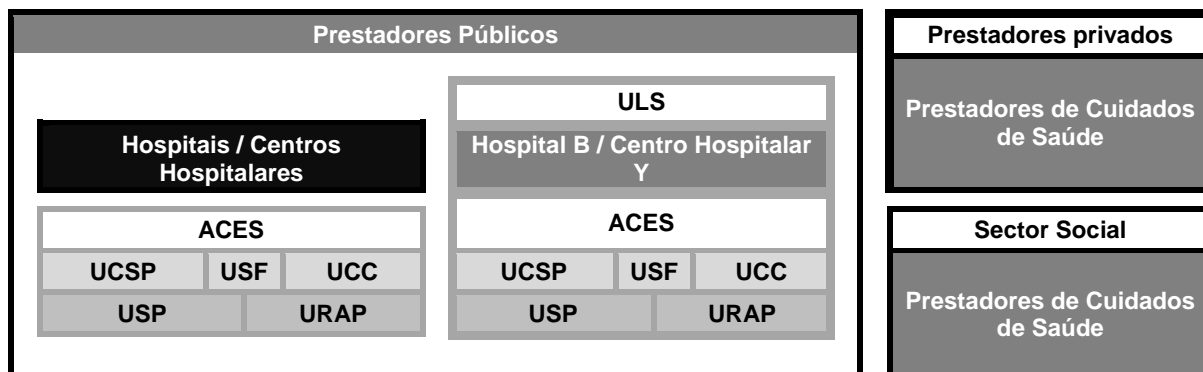
De acordo com Nunes (2005), todas estas reformas a que fomos assistindo ao longo dos anos no SNS foram suportadas em quatro grandes princípios: procura de mais equidade e igualdade de oportunidades de acesso, uma maior solidariedade no financiamento, maior efetividade das intervenções e mais eficiência na utilização dos recursos.

No entanto, e sobretudo pela circunstância do SNS seguir um modelo de funcionamento idêntico ao da Administração Pública, fortemente burocrático e hierarquizado, não dispõe de mecanismos de regulação intrínseca, estando limitado na utilização de grande parte dos instrumentos de gestão moderna. Numa perspetiva de mudança, foi definido um plano estratégico em que se estabelecem metas concretas e objetivos mensuráveis para o SNS, o que constitui uma inovação significativa face aos modelos tradicionais de gestão na Saúde e que pressupõe a adoção de modelos de funcionamento mais eficientes. Neste particular, e sob o ponto de vista da gestão das instituições e da afetação de recursos, são de assinalar os Sistemas Locais de Saúde (SLS) e de Centros de Responsabilidade Integrada nos hospitais, a definição de Novos Modelos de Gestão dos Centros de Saúde e o desenvolvimento de Programas de Garantia da Qualidade (Ministério do Ambiente, 2005).

Os SLS decorrem do desenvolvimento das unidades funcionais de saúde, formadas pelos hospitais e grupos de CS de determinada área geográfica, conforme figura 1 que a seguir se apresenta, de forma a reforçar a articulação e a integração desses serviços, envolvendo, também, as entidades privadas e outras que tenham relação com a saúde, com vista à partilha e maior disponibilidade de recursos. Com esta nova funcionalidade pretende-se, nomeadamente, ultrapassar a dicotomia CS/ hospital e atingir uma adequada coordenação das várias contribuições necessárias à melhoria da saúde, numa assunção conjunta de responsabilidades pelos cuidados a prestar. Ou seja, visa-se constituir um instrumento facilitador da circulação dos utentes no sistema de saúde, orientando a procura de acordo com um circuito lógico, mais conveniente para os cidadãos, mais racional para os serviços e mais económico para o País. Neste sentido, as estruturas hospitalares dos SLS podem integrar componentes de redes de referênciação

hospitalar, que são de âmbito nacional, intervindo, assim, a um determinado nível, na respetiva cadeia hierárquica de prestação de cuidados.

Figura 1- Constituição de um SLS



Fonte: Deloitte (2011).

A articulação entre os diferentes níveis de hospitalares é tida como essencial para garantir a continuidade dos cuidados de saúde prestados à população e a melhoria da eficiência e da qualidade dos sistemas de saúde. Por sua vez, o lançamento de Programas de Garantia da Qualidade resultará na melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados, incentivando a criação de uma cultura de qualidade e desenvolvendo os mecanismos indispensáveis à sua sistematização, baseada na revisão do desempenho e no estabelecimento de metas explícitas (Ministério do Ambiente, 2005).

Contudo, as diferenças existentes entre as estratégias de intervenção na saúde e na doença dos CSP e cuidados diferenciados tendem a dificultar a cooperação entre os mesmos, o que muitas vezes não se traduz numa articulação efetiva e eficaz. Deste modo, e de forma a ir ao encontro da necessidade de assegurar esse continuum de cuidados e promover uma melhor comunicação e coordenação entre os intervenientes no percurso clínico dos cidadãos, foram criadas as ULS. O modelo das ULS é um modelo de prestação de cuidados de saúde numa determinada área geográfica, tendo por base a integração de CSP e cuidados diferenciados numa entidade única, com natureza EPE.

Criada em 1999, a ULS de Matosinhos foi a pioneira neste modelo de gestão (Deloitte, 2011). Esta reforma assentou numa reorganização funcional dos CSP com a extinção das sub-regiões de saúde, que até aqui estabeleciam a ponte entre CS e as ARS, com funções essencialmente administrativas. Em simultâneo, foram criados os ACES que, no caso particular do distrito de Bragança o ACES Nordeste deu lugar à criação da ULS Nordeste. O Decreto -Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, criou, a ULS do Nordeste, EPE em resultado da fusão, e concomitante extinção, do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE e do ACES de Alto Trás -os -Montes I - Nordeste, com o objetivo de otimizar a oferta de cuidados de saúde e aumentar a eficiência da gestão dos serviços e utilização dos recursos na respetiva área geográfica de intervenção.

Assim, e dentro deste novo modelo de funcionamento, a ULS do Nordeste, EPE que entrou em funções em janeiro de 2012, passa a contemplar a Unidade Hospitalar de Bragança

(Centro Hospitalar do Nordeste, EPE), a Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros (Centro Hospitalar do Nordeste, EPE), a Unidade Hospitalar de Mirandela (Centro Hospitalar do Nordeste, EPE) e todos os CS do ACES Nordeste.

Esta ULS apresenta, com base nos propósitos que presidiram à sua constituição, como objetivos elementares prestar os melhores cuidados respondendo, para isso, com qualidade, rapidez e eficiência às necessidades dos utentes. Para tanto, o respetivo Conselho de Administração levou a cabo uma reestruturação dos serviços que lhe permitissem potenciar sinergias e otimizar os recursos materiais e humanos existentes.

2. Gestão da Qualidade

2.1. Conceitos associados e a sua evolução

2.1.1. Conceito de Qualidade

Definir qualidade não é uma tarefa fácil, desde logo porque envolve uma grande dose de subjetividade. A qualidade, no sentido da satisfação das necessidades, é algo que o homem sempre procurou. A história mostra-nos que o homem sempre procurou o que mais se adequasse às suas necessidades, fossem elas de ordem material, intelectual, social ou espiritual, ainda que as últimas décadas, nomeadamente a partir dos anos 90 do século passado, com a evolução dos sistemas de comunicações e num ambiente cada vez mais globalizado e eficiente, se tenha intensificado o intercâmbio de informações e experiências, tornando mais unificado o processo de evolução da qualidade. Barçante (2009), vem não só realçar o impacto significativo que o fenómeno da globalização teve no movimento mundial em prol da qualidade como destacar que alguns dos aspetos relacionados com a gestão da qualidade foram realçados na denominada “Era da Globalização”. A qualidade assume importância relevante no mundo dos negócios, ao ponto de se constituir num dos pilares da definição da estratégia empresarial, nomeadamente no que respeita às dimensões da qualidade para uma organização. Nesta dimensão, um dos passos mais importante para uma organização empenhada em melhorar a qualidade passa pela formulação da visão sobre o que se entende por qualidade para, dentro desta, desenvolver um plano de qualidade e o processo da sua implementação (Gomes, 2004).

Genericamente, a aposta na qualidade aparece sistematicamente ligada à procura da conjugação de fatores de eficácia, eficiência e equidade, do interesse da organização, com a satisfação das necessidades dos clientes, elemento central na definição de uma estratégia de qualidade. Esta conjugação, produz, inevitavelmente, alguma conflitualidade como o resultado da não fácil compatibilização de interesses em jogo. Na verdade, a crescente globalização dos mercados, o aumento dos padrões de exigência dos consumidores, o exponencial aumento dos custos e o forte incremento da concorrência colocaram às empresas e às organizações em geral desafios novos e, cada dia, mais complexos. Esta realidade traz para à discussão, como elementos incontornáveis, os conceitos de informação, organização e mudança organizacional (Marques, 2010).

A informação, entendida como um recurso básico e vital para a sobrevivência das organizações, na medida em que permite e que está subjacente ao processo de tomada de decisão, entronca no conceito de organização, enquanto conjunto de pessoas e outros recursos que trabalham em equipa para atingir determinado objetivo (Santana, 2006) e, também, com o conceito de mudança organizacional, enquanto conjunto de medidas tendentes a melhorar o estado da organização. Esta mudança pode significar pequenas melhorias, visando aperfeiçoar o sistema existente, ou inovar, no sentido da introdução de novas soluções (Neves, 2002). É, nestes termos, que estes conceitos, informação, organização e mudança organizacional nos vêm sendo

apresentados como indissociáveis e que se repercutem diretamente no conceito qualidade. De fato, a qualidade pode e deve ser encarada sob diversas perspectivas, uma vez que é um processo complexo que influencia toda a gestão organizacional. E como medida de desempenho organizacional, na perspectiva do cliente, a avaliação da satisfação dos clientes representa uma importante ferramenta para o desenvolvimento estratégico da gestão. É por esta razão que a satisfação dos utentes/clientes é hoje considerada como um importante indicador, quando não mesmo indispensável, para a avaliação dos resultados dos sistemas de gestão da qualidade (Marques, 2010).

2.1.2. Qualidade na Administração Pública

Administração pública é, genericamente, entendida como um conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado e demais pessoas coletivas públicas que asseguram a satisfação das diferentes necessidades coletivas. Surge, por isso, justificada para dar continuação e realização aos fins do Estado, concentrando-se no desenvolvimento da civilização e no progresso da sociedade e adquirindo expressão nos domínios da educação, justiça, segurança e defesa, bem-estar social e económico (Gameiro, 1998).

As exigências das sociedades contemporâneas e a manifestação de novos valores sociais, têm vindo a contribuir para a complexidade das funções da administração pública, motivando-a a empenhar-se em sucessivos esforços para inovar e se adaptar aos critérios de qualidade e às necessidades e expectativas dos seus utentes. Neste quadro de necessidades, surge a descentralização, apresentada por Silva (2002) como o garante de uma qualidade acrescida na administração pública. É que, para além de permitir uma maior aproximação do poder de decisão junto dos cidadãos, permite reduzir o tempo de resposta e, simultaneamente, proporcionar motivação adicional aos funcionários para adquirirem maiores qualificações e responsabilidades nas suas funções, decorrente da constatação de que, com uma melhoria ao nível do desempenho, os utentes apresentam maior satisfação. Neste particular, refere, ainda, que uma ferramenta essencial para a descentralização é a implementação de programas de qualidade nos serviços da administração pública.

A qualidade terá que ser vista como uma vantagem para toda a administração pública, porque a prática da gestão com alto nível de qualidade é mais eficiente, pois é mais desburocratizada, mais democratizada, mais participada, mais transparente e mais atenta ao cidadão e aos agentes económicos (Sarmiento & Silva 2006).

Silva (2001) vem também defender que a qualidade de um organismo público se rege pela satisfação absoluta dos seus utentes, por um atendimento célere, por ser dialogante e aberta a sugestões, internas e externas, pelo pleno aproveitamento das potencialidades dos seus colaboradores, pela modernização e inovação dos seus procedimentos e pela cooperação direta e indireta que deverá exercer para o progresso da sociedade envolvente.

Nestes termos, o processo de obtenção da qualidade assume um carácter dinâmico e permanente o que faz com que o mesmo seja entendido, numa entidade pública ou privada, como um processo de melhoria da qualidade. Se esta é a verdade, também não é menos verdade que um dos maiores desafios que se colocam à administração pública é o saber, com base em princípios de qualidade, gerir corretamente, garantir condições para assegurar profissionais qualificados e eficazes, avaliar resultados e corrigir desvios e a orientar a atividade para os cidadãos (MSST, 2004). Assim, e em jeito de síntese, permitimo-nos realçar que “(...) mais que uma moda ou tendência passageira a qualidade em serviços públicos é uma filosofia de gestão que permite alcançar maior eficácia e eficiência, desburocratização de processos e procedimentos, satisfação desses mesmos processos e procedimentos, satisfação dos utentes e a motivação dos funcionários, por forma a poder transformar uma Administração Burocrática numa Administração Prestadora de Serviços, como fim e razão de ser da própria Administração” (Silva, 2002).

Porem, Pires (1993) vem reconhecer que a qualidade tem uma componente subjetiva, por vezes difícil ou mesmo impossível de avaliar com exatidão, logo, é preciso objetivar e quantificar a qualidade, mesmo as suas características mais subjetivas. “A cadeia de produção administrativa comporta uma vasta gama de aspetos que apelam a uma avaliação sistemática: a seleção e formação dos recursos humanos para as diversas áreas de especialização; a organização dos espaços, dos postos de trabalho e das atividades; a exploração das potencialidades dos recursos disponíveis, sejam equipamentos ou dotações orçamentais” (Ferreira, 2006).

A administração pública, entendida como uma organização produtiva, detém áreas de produtos e serviços devidamente delimitadas e utentes perfeitamente identificados. Torna-se determinante, para quem presta serviço público, estabelecer mecanismos de avaliação e de consulta aos cidadãos, incorporando as opiniões nas suas funções diárias. Os objetivos de qualidade devem ser determinados e publicitados aos utilizadores através de mecanismos de informação e reclamação acessíveis e efetivos, podendo, também, os funcionários que estão diretamente ligados à prestação do serviço público, sugerir melhorias que se traduzam num serviço de maior qualidade (Soares, 2002). Neste sentido, Beresford (2002) refere-se à necessidade de as instituições públicas avaliarem a satisfação dos seus utentes, utilizando diferentes técnicas e práticas, que poderão passar pelos *call centers* ou internet, com o objetivo de proporcionar ao cidadão o contacto com a administração pública. Esta gestão de relacionamento com o cidadão, caracteriza uma filosofia de prestação de serviço com base nas características e necessidades do utente. Nesse âmbito, é necessário orientar os agentes prestadores de serviços públicos e, simultaneamente, envolver o cidadão.

De acordo com Azevedo (2002), esta prática deve ser implementada do exterior para o interior, isto é, do utente para os serviços. Neste sentido, importa conhecer, junto dos cidadãos:

- i. As suas necessidades no relacionamento com a administração pública;
- ii. Os aspetos mais valorizados e os que são completamente desinteressantes;

- iii. As competências e os atributos que consideram essenciais nos funcionários que comunicam com eles;
- iv. As informações que necessitam e aquelas que consideram desnecessárias; e
- v. Onde desejariam encontrar a informação mais importante.

No plano interno, ou seja, ao nível do próprio serviço, interessa:

- i. Identificar as aptidões fundamentais do serviço a prestar, tanto técnicas como comportamentais;
- ii. Enumerar as competências efetivas face às necessidades, identificando e atenuando as discrepâncias existentes;
- iii. Assegurar práticas de avaliação de desempenho que valorizem o mérito;
- iv. Garantir processos de promoção e progressão profissionais; e
- v. Possibilitar meios técnicos e logísticos privilegiando a performance, tanto a nível individual como coletivo.

As organizações, ao solicitarem com frequência a opinião dos utentes sobre a qualidade, para além de pretenderem manter uma oferta ajustada à procura, possibilitam, ainda, a esses utentes o sentimento de que não são mais um utente do serviço, mas sim parte integrante dessa mesma organização, com função ativa na melhoria do serviço que recebe (Correia, 2003). É que, a imagem que o utilizador vai traçando da organização é o resultado das interações que vai acumulando, pelo que aquilo que persiste na opinião pública é a imagem projetada na linha da frente de cada serviço, e a qualidade desse atendimento é o reflexo da qualidade existente nos bastidores desse mesmo serviço (Cardoso, 1999). A relação que se estabelece com o cliente está profundamente relacionada com o serviço, pois dessa associação resulta a qualidade percebida do serviço prestado e a conseqüente (in)satisfação. “Para além do contacto físico e da partilha do mesmo espaço, enquanto se produz e se consome, existe a possibilidade de cada utente aceder a um nível de satisfação de longo prazo, proporcionando algo que possa perdurar no tempo. O utente deve sentir-se importante, valorizado e único” (Correia & Brito, 2007).

Nestes termos, o cliente dos serviços públicos e as suas necessidades devem ser colocadas no centro das preocupações da administração. “O utilizador dos serviços públicos deve ser encarado como um verdadeiro cliente, no sentido de que a relação administração/cidadão tem de deixar de ser uma relação de subordinação, para passar a ser de paridade. A administração deve, pois, estar ao serviço dos clientes, a quem tem de proporcionar um produto final de qualidade” (Veludo, 1997).

2.1.3. Qualidade em Saúde

Ao longo dos últimos anos, o conceito de “qualidade de saúde” tem-se vindo a impor como um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento económico e do tipo de sistema de saúde adotado. Segundo Serapioni (2009) tal fato deve-se, entre outros, aos seguintes motivos:

- i. A uma inadequada segurança dos sistemas de saúde;
- ii. À ineficiência e aos custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos;
- iii. À insatisfação dos utentes;
- iv. Ao acesso desigual aos serviços de saúde;
- v. Às longas listas de espera;
- vi. Ao desperdício inaceitável advindo de uma reduzida eficácia.

Hoje, exige-se às unidades de saúde uma gestão profissionalizada que garanta, em simultâneo, uma organização adequada da produção de cuidados, uma afetação eficiente de recursos e um processo permanente de avaliação, tendo como objetivos imediatos conciliar a crescente qualidade dos serviços prestados aos utentes com o necessário controlo das despesas. Ora, na área da saúde o sujeito denominado por “utente” corresponde ao cliente de serviços de saúde, sendo aquele que os utiliza, aquele a quem são prestados estes serviços, caracterizado como o elemento central em todo o processo da prestação dos cuidados de saúde. Nas unidades de saúde, “a preocupação com a qualidade é crescente”, apresentando-se como fatores preponderantes nestas organizações: (...) “a problemática da contenção dos custos e a maior atenção dos cidadãos aos aspetos da qualidade, sendo este, cada vez mais um fator de escolha do prestador de cuidados (...)”. Acresce, ainda, que para prestar cuidados de saúde com qualidade, é indispensável que estas organizações (...) “disponham de mecanismos que permitam avaliar de forma sistemática os cuidados prestados, a utilização adequada dos recursos disponíveis e os parâmetros de qualidade, em todas as fases do processo” (Barros, 1999).

É, pois, neste quadro de pressupostos que vêm assentando as propostas de reforma dos sistemas de saúde, onde se inclui o português. De fato, é hoje sentimento generalizado no setor da saúde ser fundamental a implementação de gestão da qualidade (técnica e funcional) em saúde, a sua acreditação, certificação e avaliação, tornando a qualidade em saúde uma tarefa multiprofissional. Só com a implementação de sistemas de gestão da qualidade nas unidades de saúde é possível introduzir as melhores práticas com enfoque nos utentes. Ou seja, através da implementação de reformas que assentem no pressuposto de uma melhoria contínua da prestação de serviços (Nunes & Rego, 2002).

Biscaia (2000) define qualidade em saúde como o assegurar, em tempo útil, aos utilizadores os melhores serviços, com uma relação de custos adequada. Para tal, os cuidados de saúde devem ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos.

De acordo com André & Rosa (1997), citados por Ribeiro e Ferreira (2008), por cuidados de saúde de qualidade deve entender-se aqueles serviços que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspetiva, a satisfação do utente opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos utilizadores, quer sobre as características do processo de que foram alvo, quer acerca da conformidade dos resultados com as suas expetativas. Como o conceito de qualidade está diretamente relacionado com o conceito de saúde defendem que a qualidade na saúde pode assumir-se em três dimensões complementares:

1. Na prática profissional, considerada quer a nível de processos, quer a nível de resultados;
2. Como elemento central de gestão organizacional;
3. Como marca de garantia e segurança, obtida através da Certificação e/ou Acreditação vista na perspetiva do utilizador dos serviços de saúde.

Neste sentido, a política da qualidade em saúde passa prioritariamente pelo desenvolvimento e promoção da qualidade dos serviços de saúde, colocando o cidadão no centro do sistema (Ovretveit, 1992). A obtenção de cuidados de saúde excelentes, como referem Machado e Nunes (2007), está dependente de fatores como a sistematização e formalização de metodologias que possibilitem a diminuição da variabilidade da prestação, o estabelecimento de objetivos, indicadores e metas que possibilitem a avaliação do desempenho dos processos. A adoção da certificação de qualidade e a acreditação institucional, pelas organizações de saúde, vem colocar não só a ênfase no cliente/utente como, ao mesmo tempo, afirmar abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes e legitimar o ponto de vista do utente e a importância da sua satisfação (Serapioni, 2009). Neste sentido, analisar e avaliar periodicamente os serviços prestados poderá não só proporcionar a identificação de fatores mais preponderantes na insatisfação dos seus doentes/utentes e na sua posterior correção como, ainda, permitir identificar áreas com oportunidade de melhoria (IPQ, 2012).

De referir, ainda, que a qualidade em saúde possui duas grandes vertentes, uma que se prende com os aspetos técnicos e outra que se relaciona com os recursos humanos. Assim, ao pensar-se em qualidade deve considerar-se quer a parte técnica, que consiste no conhecimento científico, na tecnologia e na forma como estes são aplicados nos cuidados de saúde, e na vertente humana, atendendo, nomeadamente, à forma como os profissionais, chegam aos utentes e a opinião que estes, tem sobre esta relação. E isto porque, como nos diz Ferreira (1991), aquilo que pode ser considerado como de qualidade para alguns poderá ser classificado de inapropriado para outros, ainda que se assuma que a boa qualidade é geralmente reconhecida por todos.

De fato, qualidade, na perspetiva do utente, é a medida em que os atributos/características dos cuidados prestados satisfazem as suas necessidades e expetativas (Ovretveit, 1992), dando mais importância à acessibilidade e à disponibilidade dos cuidados de

saúde e menos aos aspetos técnicos da prestação (Hespanhol, 2005). Porém, para a entidade prestadora, qualidade significa um processo produtivo que implique a melhor racionalização dos recursos disponíveis, ou seja, qualidade de gestão (Barros, 2005).

Nestes termos Ovretveit (1992) propôs uma definição de qualidade, que partilha com outro estudioso (Serapioni, 2009), a partir de três dimensões, que correspondem aos principais atores que agem no âmbito dos serviços de saúde:

- i. **Qualidade avaliada pelo utente**, isto é, o que os utentes e acompanhantes esperam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos;
- ii. **Qualidade profissional**, ou seja, se a capacidade de resposta do serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que o prestam e se as técnicas e procedimentos necessários são executados de forma apropriada; e
- iii. **Qualidade de gestão**, que corresponde ao uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os utentes, dentro dos limites e das diretrizes de boas práticas estabelecidas pelas autoridades de saúde.

Ora, falar de qualidade em saúde pressupõe que todas estas perspetivas sejam integradas e avaliadas para especificar a qualidade global de um serviço. A prestação de cuidados de saúde de qualidade integra sempre três vertentes indissociáveis (Donabedian, 1988):

- i. A técnico-científica;
- ii. As relações interpessoais, profissional/utente; e
- iii. As condições das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre.

Até metade dos anos 80 do século passado, o debate sobre a qualidade em saúde centrou a sua atenção, fundamentalmente, na dimensão técnica, ou seja, na capacidade dos profissionais de saúde escolherem as práticas assistenciais consideradas mais adequadas. Entretanto, percebeu-se o risco de fazer reduzir a qualidade à vertente técnico profissional, com preocupantes efeitos na responsabilização dos profissionais de saúde, o que favoreceu o desenvolvimento das outras vertentes da qualidade, nomeadamente a necessidade de focalizar a atenção nos aspetos organizacionais e nos processos de gestão. (Giarelli, 2002). Foi assim que a qualidade dos serviços de saúde passou a estar dependente de dois fatores, as boas práticas clínicas por um lado e o modo como os serviços estão organizados e são prestados, por outro. Ou seja, passa a centra-se na qualidade técnica do resultado e na qualidade funcional do processo, o que alterou a imagem da organização perante os seus utentes.

O apuramento da qualidade técnica tem passado, desde então, pela avaliação do entendimento dos utentes relativamente aos equipamentos e serviços (modernidade e excelência) e à capacidade dos prestadores, avaliada, por exemplo, pela "exatidão, experiência e treino dos profissionais, bem como a sua capacidade para prestar atenção aos pormenores, evitar os erros,

realizar bons exames médicos e explicar claramente o que esperam dos doentes” (Pego, 1998). A este propósito, Fortuna et al (2001) refere que a “qualidade técnica dos serviços engloba duas dimensões, a competência técnica com que os cuidados são executados e a aplicabilidade dos serviços fornecidos”. Por sua vez, Ferreira (1991) destaca também duas componentes, consensuais na literatura da saúde, a componente interpessoal dos cuidados (função de cuidar) e a componente técnica dos cuidados (função de curar). A componente interpessoal diz respeito ao aspeto sociopsicológico da interação entre o profissional de saúde e o utente em termos de cortesia, paciência, amizade e sinceridade. De fato, as normas interpessoais que orientam a relação médico-doente acabam por derivar, à semelhança de qualquer outra relação social, de princípios e normas éticas (Donabedian, 1988), sendo o veículo através do qual o cuidado técnico é prestado e do qual depende o seu sucesso. Portanto, a qualidade das relações interpessoais é dos aspetos mais importantes para os doentes aquando da avaliação da qualidade dos cuidados prestados, acabando mesmo, por conseguir afetar a qualidade técnica dos cuidados de saúde e o resultado do tratamento (Donabedian, 1988).

Para além destas três perspetivas ou atores principais, há autores que, por classificarem o processo de qualidade na saúde como multifatorial, vêm colocar a tónica naquilo a que chamam de “governança clínica” e que definem como “um sistema através do qual as organizações de saúde promovem uma abordagem integrada de gestão dos inputs, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica” (Campos et al, 2009).

2.1.4. Satisfação dos utentes

Foi já no século XX que a satisfação dos utentes começou a ser vista como um importante indicador de qualidade dos serviços em geral pelo que, também, da prestação dos serviços de saúde, o que fez com que passasse a ser incluída no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde. Os procedimentos de avaliação adotados foram classificados com critérios de medida e definição de padrões mínimos, sendo a satisfação dos utentes um desses critérios. Em Portugal, à semelhança do que se vem assistindo noutros países, a opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada, quer no domínio científico quer pelos vários parceiros sociais, no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas corretivas que se têm vindo a implementar no SNS.

A qualidade pode ser definida em termos de satisfação, isto é, de que forma as necessidades e expectativas relativas à prestação de um cuidado de saúde específico ou à utilização de um serviço concreto foram satisfeitas ou atingidas (Ferreira, 2003). A satisfação do utente é considerada um elemento essencial na avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde (Santos, 2009). É uma necessidade e uma expectativa que se assume como um indicador importante da qualidade dos serviços de saúde, onde o utente tem um papel fundamental na avaliação dos cuidados a que é sujeito, o que

parece, por exemplo, estar diretamente relacionada com a adesão ao regime terapêutico. Tem-se observado que os utentes mais satisfeitos com os cuidados são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar com o profissional atual e manter um estado de saúde melhor. Por todas estas razões é preciso ouvir as pessoas, saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e porque razão.

Lourenço (2008) citando Santos (1993), não obstante admitir que o conceito de satisfação possui uma natureza multidimensional, constituído por variáveis de estrutura, processo e de resultado, encontra no utente o seu aspeto fundamental. A satisfação do utente é um termo sumário que, numa perspetiva teórica se refere ao leque variado de reações deste à experiência dos cuidados de saúde e tem em si uma utilização complexa. Assumindo diferentes significados em diferentes contextos, torna-se não só um conceito subjetivo e dinâmico como sujeito a mutações constantes.

Para Monteiro (1991), a satisfação pode significar uma atitude do utente face ao sistema de saúde em geral, à reação face a um estabelecimento de saúde, a um comportamento do prestador ou, ainda, à avaliação pessoal que faz perante uma experiência concreta da prestação de cuidados. A satisfação como atitude envolve tanto uma componente emocional como intelectual e, como reação, relaciona as várias dimensões dos cuidados de saúde: estrutura, processo e resultados. Com efeito, parece haver acordo entre os diferentes autores relativamente à natureza multidimensional da satisfação dos utentes. Estes têm opiniões muito diferentes sobre os diversos aspetos dos cuidados de saúde e que tanto podem incidir sobre o aspeto técnico como sobre o aspeto humano ou interpessoal. Por conseguinte, a satisfação é o resultado de múltiplos fatores, nomeadamente das características do utente, incluindo estilo de vida, experiências anteriores com serviços de saúde, expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação, as expectativas futuras e os valores individuais e da sociedade (Marques, 2010).

2.1.4.1. Características determinantes da satisfação

A bibliografia é rica em apresentar uma variedade de modelos e abordagens para estruturar e conceptualizar a avaliação e os fatores relacionados com a qualidade dos cuidados e serviços de saúde. Sendo a qualidade dos serviços prestados multidimensional e mensurável, deve ser analisada e medida em diferentes perspetivas, conforme o alvo que se pretende avaliar ou a posição que o observador ocupa no sistema (Hespanhol et al., 2005). Para tal, é necessário implementar projetos de qualidade que incidam no modo como os profissionais interagem com os utentes, como utilizam o conhecimento e as tecnologias de que dispõem. O chamado “*core business*” da atividade hospitalar (Delgado, 2009).

De acordo com Parasuraman et al (1985) há dez critérios que podem ser utilizados pelos utentes/clientes para avaliar a qualidade de um serviço. Estes critérios foram, à posteriori, sistematizados, da qual resultou a denominada escala SERVQUAL, que avalia a qualidade percebida através da comparação entre o serviço percebido e a expectativa do serviço desejado, a partir das seguintes cinco dimensões (Sousa et al., 2008):

1. Aspetos tangíveis, onde se incluem as instalações, equipamentos e aparência dos profissionais;
2. Confiabilidade, no que respeita ao desempenho relativamente às expectativas;
3. Conformidade, nas dimensões prontidão e utilidade;
4. Garantia, relativamente à competência, cortesia, credibilidade, confiança e segurança; e
5. Empatia com o acesso, comunicação e compreensão.

Por sua vez, Maxwell (1984), Dershin (1996) e Mezomo (2001), citados a partir de Sousa et al. (2008), definiram dimensões mais alargadas para a qualidade na saúde, tendo considerado e categorizado as seguintes:

1. Equidade, no sentido de se assegurar serviços prestados com igualdade de prestação e oportunidades para grupos diferentes de doentes (idade, sexo, religião, condições económicas, ...);
2. Efetividade quanto ao grau de benefício (resultado) alcançado, isto é, a relação existente entre a melhoria possível e a efetividade obtida;
3. Eficiência, relativamente à obtenção de maior nível de qualidade com o uso mínimo de recursos existentes, o que pressupõe avaliação custo-benefício e custo-efetividade;
4. Eficácia quanto aos resultados, isto é, serviço que atinja os objetivos terapêuticos de longa duração;
5. Acessibilidade relativamente à facilidade de acesso a cuidados de saúde em tempo útil, sem barreiras organizativas, físicas, geográficas, económicas, culturais ou psicológicas;
6. Aceitabilidade social, no que respeita à obtenção ou não de uma avaliação positiva relativamente aos cuidados de saúde prestados aos utentes e à adequação dos serviços;
7. Adequação, no sentido de haver ou não ajustamento dos serviços existentes às necessidades, expectativas e desejos da população;
8. Competência profissional, relativamente à capacidade de utilizar recursos e conhecimentos para produzir saúde e satisfação na população atendida;
9. Segurança na utilização dos serviços de saúde, nomeadamente no que respeita à garantia de riscos mínimos, ou seja, os menores danos possíveis ao nível da saúde que possam ser infligidos aos utentes; e
10. Disponibilidade no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, adequado para cada situação clínica sem grande tempo de espera.

A partir daqui, torna-se fácil perceber que é difícil encontrar uma hierarquização para estes atributos suficientemente capaz de assegurar a satisfação de todos os utentes, na medida em que cada um deles tenderá a centrar a sua atenção num ou outro parâmetro da qualidade e, com isso, a relativizar os demais. Isto justifica o fato de a enumeração dos parâmetros ou dimensões da qualidade e a sua importância relativa não serem coincidentes entre vários autores que as apresentam. Existe, porém, algum consenso em aceitar como prioritárias (Dinis 2010):

1. A efetividade do benefício alcançado. O objetivo do sistema de cuidados de saúde não é só gerar serviços, mas sim melhorar a saúde da população;
2. A eficácia quanto ao resultado ou benefício que se obtém de uma prestação em condições ideais de utilização;
3. A eficiência na utilização dos recursos para uma produção de um máximo, ou seja, a obtenção de um determinado nível de qualidade com um mínimo de recursos;
4. A acessibilidade, medida em termos de facilidade de acesso aos cuidados de saúde na sua relação às barreiras organizativas, económicas, culturais e emocionais;
5. A aceitabilidade, relativamente ao nível de satisfação percebido pelos utentes. Nesta dimensão não se inclui a satisfação dos profissionais de saúde porque, independentemente dos utentes estarem ou não satisfeitos com os serviços de saúde, os profissionais podem ou não estar satisfeitos com o sistema; e
6. A competência profissional ou qualidade técnico-científica, medida em termos de capacidade para utilizar recursos e conhecimentos capazes de melhorarem os níveis de saúde e satisfação na população atendida. De um modo individual, inclui a capacidade técnica e relacionamento interpessoal e a nível institucional, refere-se ao modo de funcionalmente global. É a dimensão da qualidade mais frequentemente estudada e pode referir-se a um profissional, a uma equipe, a uma unidade de saúde ou até a todo um sistema.

A informação e o conhecimento circulam a uma velocidade relâmpago e as organizações precisam renovar a sua filosofia de gestão para responder com eficácia às novas realidades. As organizações de saúde não são exceção à regra, exigindo-se novos modelos de gestão para a melhoria da qualidade, de enfoque nos clientes (Dinis; 2010). As dimensões da satisfação a avaliar constituem as componentes de um instrumento de recolha de informação cuja validade depende da sua pertinência enquanto fatores condicionantes da satisfação dos utentes.

Na identificação das dimensões e variáveis que mais influenciam a satisfação do utente não parece haver consenso, encontrando-se quem defenda que esta parece querer depender do tipo de cuidados prestados e do contexto em que é estudada, enquanto outros dizem estar relacionada com as características dos utentes, dos profissionais de saúde, do relacionamento profissional de saúde/utente e de fatores estruturais e de localização (Clearly & McNeil, 1988). De acordo com Santos (2009), e pese embora os estudos efetuados no âmbito da satisfação dos utentes e os esforços dessas investigações, não só se sabe muito pouco sobre a sua natureza e

resultados como estes, os resultados, são divergentes, indicando baixa consistência entre as diferentes pesquisas. Para Pimentel (2010) as dimensões da satisfação englobam aspetos dos serviços, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspetos da relação médico/utente e outros.

Diversas são as classificações das dimensões da satisfação que nos têm sido propostas porém, a mais frequentemente aceite e referenciada para o estudo da satisfação do utente é, segundo Ware et al. (1983), aquela que engloba:

- i. Os aspetos interpessoais, relativamente ao modo como os prestadores interagem com os utentes;
- ii. A qualidade técnica do cuidado, no que respeita à competência e adesão a altos critérios de diagnóstico e tratamento;
- iii. A acessibilidade/conveniência relativamente ao tempo de espera e facilidade de acesso;
- iv. Os aspetos financeiros;
- v. A eficácia/resultados, na sua relação com a melhoria e manutenção do cuidado de saúde;
- vi. A continuidade dos cuidados;
- vii. O ambiente físico; e
- viii. A disponibilidade, no que respeita à presença de recursos médicos.

Todos estes aspetos são importantes para avaliar o grau de satisfação dos utentes num serviço de saúde. No entanto, cada instituição/serviço pode dar preferência apenas a alguns desses aspetos, em concordância com os objetivos ou necessidades de informação (Franco & Florentim, 2006). Concomitantemente, para melhor entender as fontes de satisfação e insatisfação dos utentes deve-se analisar separadamente cada uma destas dimensões, conforme os objetivos do estudo.

A forma como a qualidade é percebida reflete-se na satisfação do utente e será esta, a satisfação, quem define a probabilidade de se continuar, ou não, a utilizar esse serviço (McDougall & Levesque, 2000). A este respeito, Ferreira (2006) concluiu que, enquanto a qualidade percebida nos serviços representa uma atitude positiva ou negativa relativamente aos vários atributos desse serviço, a satisfação do cliente caracteriza o resultado psicológico proveniente de uma experiência específica desse serviço. A discrepância entre satisfação e qualidade percebida verifica-se, de acordo com Alves (2003), somente no âmbito transacional, uma vez que ao nível relacional as duas tendem a convergir e a afigurar-se a uma só atitude. Ngobo (1997), que também procurou definir critérios que lhe permitissem distinguir estes conceitos a partir: i) dos padrões de comparação utilizados; ii) do nível de análise; iii) das variações de carácter afetivo ou cognitivo; e iv) das suas consequências, tendo concluído que há três aspetos relevantes para fazer a distinção entre a qualidade percebida e a satisfação, e que sistematiza da seguinte forma:

1. A satisfação provém de todas as dimensões associadas ou não à qualidade do produto ou serviço;
2. A satisfação exclusiva de uma transação encontra-se parcial ou totalmente ligada a aspetos emocionais, enquanto a qualidade percebida contém mais elementos cognitivos do que afetivos; e
3. As perceções de qualidade não impõem uma experiência com o fornecedor do serviço, enquanto a satisfação é sobretudo experimental.

Porém, segundo Rust e Oliver (1993), a literatura não foi ainda capaz de esclarece se é a qualidade percecionada que suscita a satisfação, se é com base num baixo nível de satisfação que se melhora a qualidade do serviço ou, ainda, se existe uma outra analogia entre os dois conceitos. A nível transacional, Bolton e Drew (1991) sugerem que a satisfação irá influenciar as perceções de qualidade, enquanto que McDougall e Levesque (2000) defendem precisamente o contrário, isto é, que a qualidade percebida é uma antecedente das avaliações de satisfação.

A satisfação está para o indivíduo como a qualidade está para o serviço, se bem que a qualidade apenas seja reconhecida pelo cliente se ela for percecionada (Coelho, 1998). Por sua vez, Eiglier (1997) realça que cada noção possui o seu âmbito de aplicação. Assim, enquanto que a qualidade é a característica do produto ou serviço, a satisfação encontra-se relacionada com o estado do consumidor. A qualidade somente se pode converter em satisfação do consumidor se existir um elo de ligação que associe estes dois fatores, sendo que a perceção da qualidade e a comparação com as suas próprias expetativas constituem esse elo. Conclui-se, então, que oferecer um produto ou serviço de qualidade não significa, obrigatoriamente, prestar um serviço de “alto nível” mas sim prestar um serviço que corresponda inteiramente às expetativas do cliente. É portanto, fundamental que as estratégias e a gestão das empresas vão de encontro às expetativas e necessidades reais do cliente, gerando satisfação.

2.1.5. Avaliação da satisfação nos CSP

São os CSP, enquanto primeiro nível de contacto com o sistema de saúde e das comunidades em geral, que estão na primeira linha para dar resposta aos enormes desafios enfrentados pelo atual sistema de saúde e que se destaca (Castro & Silva 2008):

- 1- Os custos crescentes dos cuidados de saúde;
- 2- O aumento das expetativas e exigências dos utentes;
- 3- As alterações das características demográficas das populações;
- 4- O aparecimento e crescimento das doenças endémicas, pandémicas e reemergentes;
- 5- O aumento subido de doenças crónicas; e
- 6- A carência de pessoal em alguns sectores.

Será dentro deste quadro que se desenvolverá um qualquer processo de avaliação da satisfação dos utentes, com base no qual se pretende tornar possível determinar (Sepúlveda, 1998):

- i. Se o objetivo da prestação de cuidados está a ser cumprido;
- ii. Os motivos que refletem a satisfação ou insatisfação dos utentes;
- iii. Deficiências do sistema a que só se tem acesso ouvindo a opinião dos utentes; e
- iv. Existência de problemas para os poder corrigir.

A saúde é um bem reconhecido e valorizado por todos, enquanto elemento fundamental de uma sociedade. Os estudos nacionais em CSP apontam, em termos gerais, para uma avaliação positiva do sistema. A avaliação feita da prestação de cuidados médicos e dos médicos de família é globalmente positiva. Também a avaliação dos cuidados de enfermagem é tendencialmente positiva. As questões com as quais os portugueses parecem mostrar-se menos satisfeitos são as que se relacionam com os aspetos de organização e de funcionamento dos serviços de saúde. Neste particular, identificam como aspetos prioritários para o aumento da satisfação dos utentes, de entre outros, a necessidade de aumentar o número de médicos de família, melhorar as condições relacionais de atendimento, como por exemplo a simpatia no atendimento, melhorar as instalações e serviços, aumentar o número de efetivos relativamente ao pessoal auxiliar, melhorar a organização e a informação e alargar horários de funcionamento (Santos et al, 2007)

Porém, e não obstante a tendência e pertinência da realização de estudos de satisfação dos utentes, verifica-se que os resultados têm sido muito pouco aproveitados, por quem de direito, para melhorar a qualidade dos cuidados e serviços prestados, que os utilizam, apenas, como pontos de reflexão isolados, e sem qualquer impacto na melhoria do sistema (Hespanhol, 2003). Se é verdade que a satisfação deve ser considerada como uma área de investigação importante, no sentido da avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelos sistemas de saúde e uma medida de resultados de cuidados de saúde, na medida em que a satisfação dos utentes mantem, geralmente, fortes relações empíricas com vários indicadores de processos de cuidados e dos resultados desses processos (Hespanhol, 2003), os resultados desta investigação deveriam ter consequências. A pouca relevância que estes estudos assumem no contexto da qualidade prendem-se, fundamentalmente, com a falta de conhecimento dos utentes para avaliarem com precisão a competência técnica com que são prestados os cuidados de saúde, com o estado emocional ou físico que envolve o utente (Monteiro, 1991) e pelas relações interpessoais do prestador de cuidados, uma vez que um bom relacionamento com o utente pode sobrepor-se a cuidados técnicos de qualidade questionável (Paul et al, 1999). Estas razões podem levar a distorcer a opinião do utente (Monteiro, 1991) ressalvando, contudo, que a importância de se obterem alguns indicadores sobre a satisfação dos utentes dos serviços de saúde só se tornará verdadeiramente significativa a partir do momento em que essa prática seja levada a cabo com regularidade (Paul et al, 1999).

Uma das formas encontradas para contornar estes inconvenientes da avaliação da satisfação dos utentes foi o recurso às reclamações apresentadas pelos utentes. Cabral (2000) citado por Hespanhol (2003), este é um dos indicadores mais diretos de satisfação e utilizados na maioria dos sistemas de saúde. No entanto, dadas as características específicas da sociedade portuguesa esta relação pode não ser assim tão linear. Na verdade, em Portugal, a prática de reclamações nos serviços públicos em geral não é muito frequente, fato que se deve, de acordo com o autor, a uma baixa propensão da população para a mobilização e participação sociais, evidenciada pelos resultados de diversos estudos sociológicos.

2.1.5.1. O caso particular da acessibilidade aos CSP no distrito de Bragança

O distrito de Bragança tem uma das melhores coberturas nacionais nos chamados cuidados primários e de proximidade ao nível dos CS. Mas bem diferente é o acesso aos cuidados diferenciados, com a concentração de serviços nas principais unidades hospitalares e a necessidade de deslocações aos hospitais de referência da área metropolitana do grande Porto.

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) realizou um “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, com vista a elaborar um diagnóstico sobre o acesso aos CSP prestados pelo SNS tendo como principal objetivo detetar os obstáculos que geram dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. Neste estudo, o acesso aos CSP do SNS foi analisado através da avaliação das seguintes cinco dimensões: proximidade, capacidade, adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro (ERS, 2009).

Ao nível da proximidade, concluiu-se que os CSP se encontram próximos dos utentes, já que a população residente fora do alcance de um CS ou extensão (a mais de 30 minutos) não chega a representar 0,03% da população de Portugal Continental. No que toca à capacidade, apurou-se um rácio de 6,39 médicos nos CS por 10.000 habitantes, o que aponta para que Bragança, a par de Portalegre, Leiria, Santarém, Porto, Braga e Viseu, se incluam, de entre as extintas Sub-Regiões de Saúde, nas que apresentam uma capacidade da rede de cuidados primários menos ajustada às necessidades da população. Conjugando as dimensões de proximidade e capacidade, concluiu-se, ainda, que as ex. SRS com menor facilidade de acesso aos CSP são Braga, Bragança, Viseu e Portalegre, por oposição a Coimbra, identificada como a região onde há maior facilidade de acesso espacial (ERS, 2009). Relativamente à adequabilidade, as opiniões manifestadas pelos utentes foram predominantes positivas, nomeadamente no que respeita aos horários de funcionamento das consultas, com 84% de opiniões positivas (“Bom” ou “Razoável”) e ao tempo de espera para atendimento no dia da consulta, com 68% dos inquiridos expressarem opiniões positivas. A espera desde a marcação até ao dia da consulta, foi classificado pelos utentes dos CS negativamente face a outros serviços, quer em termos do tempo de espera desde a marcação até ao dia da consulta, quer do tempo de espera para atendimento no dia da consulta. No que toca à aceitabilidade, as opiniões dos utentes sobre o conforto da sala

de espera dos CS são claramente positivas, sendo a higiene das instalações a que registou melhor avaliação (ERS, 2009).

Assim, e ainda que se tenha concluído que a maioria dos utentes se apresenta globalmente satisfeita com o acesso aos CS do SNS, não obstante o fato de se terem detetado alguns aspetos menos positivos, como a baixa percentagem de utentes que marcou consultas por telefone e algum desconhecimento relativamente ao funcionamento dos serviços dos CS, a verdade é que, tomando em consideração todas as dimensões do acesso estudadas, a ERS concluiu que as SRS onde há menor facilidade de acesso aos CSP se concentram, sobretudo, no Norte do território continental, mais concretamente nos distritos de Vila Real, Bragança e Viseu, por oposição a Faro, Coimbra e Castelo Branco, onde se regista as SRS onde há maior facilidade de acesso (ERS, 2009).

2.2. Gestão da Qualidade Total (GQT)

A GQT emergiu na década de oitenta, ainda que as suas origens remontem aos princípios da gestão científica dos anos vinte. Desde então a GQT evoluiu de uma perspetiva essencialmente mecanicista, em que a qualidade era olhada como um assunto técnico ligado à produção, para uma visão mais sistémica, de acordo com a qual considera a QT passa a ser vista como uma filosofia de gestão, que envolve a organização no seu todo (Sintra & Sá, 2008).

Podemos dizer que a GQT é, por definição, uma forma de gerir as organizações que, em conformidade com os requisitos/exigências da sociedade, visa atingir a satisfação do cliente, o bem-estar dos trabalhadores e a rentabilidade das empresas no longo prazo, contando, para tanto, com a participação e cooperação permanente dos trabalhadores como forma de permitir melhorar a qualidade dos produtos /serviços, dos processos e o incremento dos objetivos. O conceito de GQT significa a busca da satisfação de todos os *stakeholders*, nomeadamente, de clientes, profissionais, gestores, acionistas, comunidade, e, ainda, a excelência organizacional da empresa (Machado, 2001). Dada a sua abrangência, a adesão ao modelo de GQT generalizou-se, tendo-se tornado no modelo de gestão da qualidade mais usado nos países ocidentais a partir da década de 80 (Cordeiro, 2004).

Em Portugal, é na década de 90 que o conceito de GQT começa a ser aplicado aos serviços da administração pública e quase de imediato, aos serviços de saúde. A GQT trouxe o conceito de “cultura de empresa” implicando que a qualidade seja responsabilidade de todos e com implicações em todas as fases e processos em que cada um intervém, direta ou indiretamente. Ou seja, passa a estar presente no desenho, na produção e/ou na prestação do produto/serviço. Assim, a qualidade de um produto/serviço não é apenas determinada pela organização mas também pelos consumidores, utilizadores e clientes ou utentes. Na medida em que são estes últimos que transmitem a sua satisfação e expectativas em relação ao produto ou serviço recebido “medir a satisfação” passa a ser “obrigatório”. E assim se justifica que a

satisfação do cliente/utente passe a ser encarada, neste contexto, como um indicador de qualidade fundamental e imprescindível.

De acordo com o modelo de GQT, a qualidade dos serviços de saúde passa a ser avaliada quer em termos técnicos quer em termos de conformidade, a partir de um grupo de indicadores, baseando-se nos três seguintes atributos:

- i. Eficácia, determinada pela melhoria da saúde e bem-estar dos utentes/clientes;
- ii. Conformidade, determinada por valores e expectativas individuais;
- iii. Legitimidade, determinada por valores e expectativas sociais.

Segundo Silva (2009), foi na sequência da implementação generalizada da GQT, e de modo a responder às exigências da globalização, que foi criado, no ano de 1987, o modelo normativo ISO 9000, proposto pela International Organization Standardization, para a área de Gestão da Qualidade. Os standards ISO 9000, que definem qualidade como o “grau de satisfação das necessidades ou expectativas expressas, geralmente implícitas ou obrigatórias, dado por um conjunto de características” passam, assim, a constituir uma referência internacional obrigatória para a Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade (Norma Portuguesa, 2000).

Este sistema de gestão da qualidade, que se faz assentar na identificação das atividades chave da organização e no estabelecimento de prioridades para monitorizar e melhorar processos, centrado e orientado para a satisfação dos clientes, é um modelo que organiza e integra as atividades de melhoria da qualidade, fornece a estrutura necessária ao planeamento, concepção, medição, análise e melhoria de processos, estruturas e resultados, com base numa abordagem sistemática e sistémica da organização (Rocha, 2006), que se difundiu rapidamente, ao ponto de ser, hoje, considerado como um requisito para que determinado produto ou serviço entre numa dada cadeia produtiva. Chegou-se ao ponto, em que se torna necessário que as empresas adotem um sistema de gestão de qualidade, sob a garantia de que uma empresa que atua sob um sistema deste tipo forneça aos seus clientes uma evidência tangível da sua preocupação com a qualidade, principalmente no que diz respeito à manutenção da qualidade alcançada (Marques, 2010).

Entretanto, com as atuais tendências de globalização da economia, torna-se necessária a harmonização da linguagem sobre sistema de qualidade, para que clientes e fornecedores, a nível mundial, passassem a usar o mesmo vocabulário, tendo surgido as normas ISO, normas internacionais sobre sistemas de gestão da qualidade. A grande maioria destas normas, publicadas pela International Organization Standardization, são específicas para produtos, materiais e processos, ainda que, de entre elas, haja algumas classificadas como normas genéricas de gestão, de que são exemplo as normas da série ISO 9000 (ISO 9000, ISO 9001, ISO 9004).

Segundo Mello et al (2002), a denominação genérica, conforme terminologia estabelecida pelas próprias ISO, significa que a norma pode ser aplicada a qualquer tipo de organização, independentemente do seu tamanho, produto, sector de atividade ou meio de negócio, o que abre a possibilidade de aplicação da norma ISO 9000 a qualquer tipo de organizações, do sector

privado ou público. Estas normas têm sido objeto de adaptação, com o objetivo de lhe introduzir melhorias, em particular no que respeita à sua melhor adequação às condições de mercado, à maior necessidade de colocar a atenção no cliente, no sistema de gestão da qualidade, nos processos, na melhoria contínua, e, genericamente, em fatos e dados que permitam enriquecer o processo de tomada de decisão sobre a identificação e provimento de recursos.

A qualidade em saúde utiliza conceitos originalmente desenvolvidos no sector industrial nos últimos cinquenta anos relativos à GQT, adotando uma filosofia empresarial com o objetivo da melhoria do desempenho de mercado. O cliente será sempre o elemento principal da definição da qualidade numa perspetiva de produção e consumo. Há fortes argumentos para justificar a adoção de programas de QT na administração hospitalar, nomeadamente de que não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste cuidados de qualidade, já que estes dependem de um conjunto de outros fatores comuns às organizações de vários setores (Nogueira, 1999).

A intervenção nos programas não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas sobre os processos administrativos da organização hospitalar e na gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nestes serviços. Neste sentido, deverá ser aplicada nos sectores administrativos, nos serviços de apoio logístico e em todas as áreas da organização que assegurem o funcionamento dos sectores operacionais. Os programas de GQT vão impedir que os sectores operacionais desperdicem o seu tempo na resolução de problemas administrativos e se concentrem nas suas funções, obtendo melhores resultados (Júnior & Vieira, 2002).

O estudo sobre a evolução da qualidade surge dividido em diferentes etapas que, por sua vez, podem ser caracterizadas a partir de uma correlação com a situação socioeconómica do ser humano no seu processo evolutivo (Bueno, 2010):

- 1- 1900 Inspeção, de acordo com a qual os atributos de um produto são examinados, medidos ou testados, com o objetivo de assegurar a sua conformidade;
- 2- 1930 Controlo Estatístico do Processo, que compreende os programas de capacitação dos processos e técnicas de amostragem, manutenção de desvios da qualidade e as suas causas;
- 3- 1950 Garantia da Qualidade, justificada pela necessidade de se implementar um Sistema da Qualidade em que todas as ações passem a ser planeadas e sistematizadas, como forma de garantir uma confiança adequada de que um produto e/ou serviço satisfará determinados requisitos de Qualidade, nomeadamente de Quantificação dos Custos da Qualidade, Técnicas de Confiabilidade ou Programa Zero Defeitos;
- 4- 1970 Gestão Integrada da QT: humanização da empresa, a partir da qual todos os colaboradores da empresa, assim como clientes e fornecedores passar a estar envolvidos na realização da qualidade. O enfoque valoriza os clientes (internos e externos) e a sua satisfação, enquanto fator de preservação e ampliação da participação no mercado; e

- 5- 1990 Gestão Estratégica da QT: que assenta numa abordagem de melhoria contínua, enquanto ferramenta estratégica para assegurar o fortalecimento da competitividade e rentabilidade. Exige que os objetivos e metas da qualidade sejam orientados para os objetivos estratégicos do negócio e um processo de contínua avaliação e melhoria de produtos, serviços, processos e relacionamentos.

A GQT tornou a administração mais participativa, delegando o trabalho de gestão, promovendo a descentralização e tornando o controlo mais eficiente devido à consciencialização da constante transformação do ambiente, da implantação de modelos de administração estratégica e sistemas para a garantia de qualidade com carácter participativo (Jerico & Balsanelli, 2005).

Batista (2009), relembra que a utilização do modelo de GQT poder ser generalizado a qualquer setor, no entanto, a área da saúde regista diferenças importantes quando comparada com a indústria. Desde logo porque a maioria dos utentes não tem conhecimento suficiente para julgar a qualidade técnica dos cuidados de saúde e, também, porque o que está em causa é o bem-estar físico de um utente e a sua própria vida. Neste sentido, a sua satisfação não se faz depender, unicamente, da qualidade dos cuidados mas antes, e fundamentalmente, dos métodos para controlar a qualidade, que se revestem de enorme importância no campo da saúde, como forma de eliminar os cuidados deficientes e proteger os utentes. Num contexto de serviços de saúde, a prestação de cuidados tem um conjunto de condições muito próprias de que se destaca o fato de se lidar com a vida e a morte. A qualidade em saúde tem, assim, características que a diferenciam de outros setores, tais como satisfazer e diminuir as necessidades e não apenas de responder à procura, oferecendo mais; “é pró-ativa para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; tem de reunir de modo integrado com os atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não apenas a exigência única da aceitabilidade” (Pisco & Biscaia, 2001).

3. Avaliação da Qualidade em Saúde

3.1. Alguns Modelos de Avaliação: caracterização genérica

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceptual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, que apresentamos de forma sistematizada na Tabela 1, e que desde uma perspectiva clássica vêm sendo considerados uma tríade que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*. Este modelo foi desenvolvido a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, tomando por base os fundamentos que a seguir se apresentam:

- i. A **estrutura**, que se refere aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, compreende desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até à capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro deste conceito, cabem tanto dados numéricos, em termos de recursos disponíveis, como a qualificação profissional, qualidade do equipamento e sua manutenção, entre outros. É difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada sendo, porém possível falar de tendências, assumindo que uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade.
- ii. O **processo**, que compreende o conjunto de todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os utentes. É sobre estas relações que se obtêm os resultados da assistência sendo, por isso, de onde se retiram as bases para a valorização da qualidade. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspetos éticos e da relação médico/ profissional/equipa de saúde-utente e, de certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento.
- iii. O **resultado**, entendido como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Tabela 1- Modelo de Donabedian

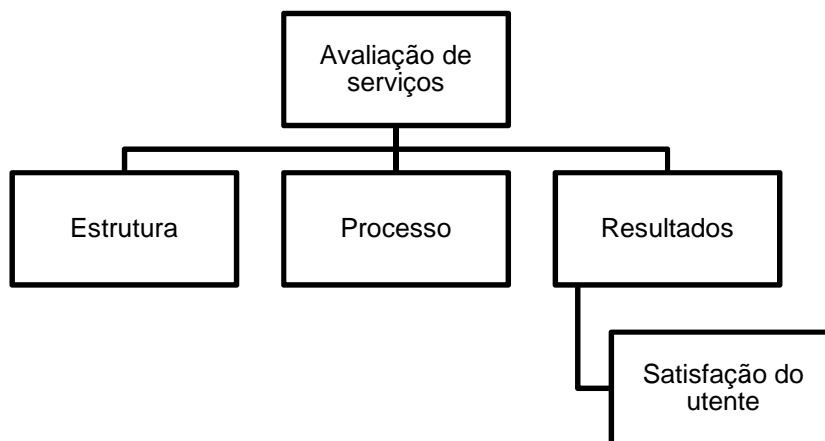
Estrutura	Processo	Resultado
Aspetos que facilitam os cuidados de saúde	Forma como os cuidados são prestados do ponto de vista técnico	Resultados dos cuidados na saúde ou bem-estar do utente.

Fonte: Adaptado de Pimentel (2010).

Donabedian (1992) refere, que “os resultados” apresentam características que refletem os efeitos dos cuidados prestados, podendo ser utilizado como um indicador para a avaliação indireta da qualidade, quer ao nível da estrutura quer do processo, como se pode verificar na figura Nº2. Este impacto é o ponto de partida para o desenvolvimento da qualidade, na medida em que é

através dos processos de atuação e das alterações estruturais que se introduzem ações de melhoria. Torna-se assim compreensível que através dos resultados podemos observar os níveis de qualidade que um serviço (Escoval, 2009).

Figura 2- Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde



Fonte: Adaptado de Lopes e Melo (2009).

Para que as mudanças no estado de saúde correspondessem à medida precisa da qualidade da assistência prestada, seria preciso que as demais causas de mudança, também envolvidas na obtenção do mesmo resultado, fossem eliminadas ou controladas (Silva, 2012). Neste sentido, Donabedian (1992) amplia o conceito de qualidade e passa a utilizar os pilares da eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, a que chamou de "sete pilares da qualidade":

- i. A **eficácia**, no sentido de identificar o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do utente e mantidas constantes as demais circunstâncias;
- ii. A **efetividade**, no sentido da melhoria, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efectividade pode ser especificada de forma mais precisa, como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, se alcança ao nível da melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis;
- iii. A **eficiência**, enquanto medida do custo a suportar para alcançar uma dada melhoria na saúde. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;
- iv. A **otimização**, como elemento relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas na sua relação com os custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" perdem a razão de ser;

- v. A **aceitabilidade**, entendida como a capacidade de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos utentes e das suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização mas também da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado;
- vi. A **legitimidade**, como a medida da aceitabilidade do cuidado relativamente à forma como é visto pela comunidade ou sociedade em geral; e
- vii. A **equidade**, enquanto princípio que determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e dos seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

A interação entre estes conceitos não só é possível como é, de todo, desejável para se obter a maximização de ganhos em saúde relativamente aos recursos disponíveis num determinado ambiente. Isto é, os cuidados de saúde podem ser ao mesmo tempo eficazes e eficientes, devendo, para tanto, conseguir-se obter a quantidade máxima de benefício com os recursos disponíveis (Donabedian, 1994).

Com efeito, um serviço de qualidade não é o que vai de encontro às necessidades dos seus clientes a um qualquer custo, mas o que usa os recursos disponíveis da forma mais eficiente possível. A qualidade dos cuidados de saúde tem que maximizar o bem-estar dos utentes ao mesmo tempo que procura assegurar o necessário equilíbrio entre os ganhos e perdas associados a todo o processo de cuidados e em todas as suas componentes (Gomes et al, 1999).

Nestes termos, a população em geral tem o direito de esperar do Sistema de Saúde não só acolhimento como cuidados de qualidade superior, independentemente do local onde vivem, do meio económico e social a que pertencem e do serviço que utilizam. Para o assegurar são necessários (Portal da Saúde, 2009):

- i. Responsabilidade e profissionalismo;
- ii. Melhoria contínua da qualidade, a assegurar com base num conjunto de programas, nomeadamente no, Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, no Programa Nacional de Qualificação de CS, no Programa Nacional de Auditoria Clínica, no desenvolvimento de Normas Nacionais de Orientação e na Gestão Clínica;
- iii. Efetiva gestão de risco, assegurada pela qualidade da prescrição, prevenção e luta contra a infeção, erro profissional, insegurança de locais e práticas de utentes e profissionais, revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos; e
- iv. Liderança nos serviços de formação em gestão, planeamento estratégico, sustentabilidade, segurança, qualidade e liderança.

O ganhar de consciência relativamente a estas necessidades fez surgir um conjunto de modelos para a promoção da qualidade nas empresas e para a sua avaliação, nomeadamente os modelos de acreditação, através de uma avaliação externa baseada num conjunto de normas, e

os prémios de excelência, para uma auto-avaliação, baseados num conjunto de critérios. O modelo da “Acreditação” é entendido como o procedimento através do qual o Organismo Nacional de Acreditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efetuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte (Decreto-Lei Nº 125/2004, de 31 de Maio).

Para a acreditação hospitalar contam-se, de momento, o modelo de King’s Fund Health Quality Service (KFHQS) e o de Joint Commission International (JCI), a norma NP EN ISO 9001:2000 (2001) que, com base nos princípios de gestão da qualidade, especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização, o MoniQuOr.CS e o questionário EUROPEP, que, não sendo verdadeiros modelos de acreditação, têm vindo a ser desenvolvidos e aplicados na área da Qualidade em Saúde, nomeadamente na avaliação voluntária e monitorização da Qualidade Organizacional dos CS.

3.1.1. MoniQuOr.CS

De acordo com Pisco e Biscaia (2001), o MoniQuOr.Cs é um instrumento de avaliação, que começou a ser utilizado no ano de 1997. Assenta num conjunto de 163 critérios, organizados seguintes áreas:

- Organização e gestão;
- Direitos dos cidadãos;
- Promoção da saúde;
- Prestação de cuidados de saúde;
- Educação contínua;
- Desenvolvimento da qualidade; e
- Instalações e equipamentos

Este instrumento assegura, a partir das áreas supra citadas, as diferentes componentes da avaliação, nomeadamente, a auto-avaliação, a avaliação interpares e a avaliação externa.

Os resultados das avaliações deste modelo têm sido acompanhadas de informação de retorno personalizada a todos os CS participantes, permitindo comparar os seus resultados com a média nacional e da região (Pisco & Biscaia, 2001).

3.1.2. EUROPEP

O EUROPEP, que consiste num questionário, é outro dos instrumentos utilizados, foi iniciado em 1995 com a participação de investigadores de oito países, entre os quais Portugal. Constitui uma ferramenta padronizada e validada que permite comparar a qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de família num leque alargado de países. O questionário, que inclui questões sobre a idade, o sexo e o estado de saúde do utente, assim como sobre a frequência com que o doente recorre a consultas clínicas, tem uma parte central, constituída por 23 perguntas, que permitem avaliar os diferentes aspetos da prestação de cuidados (Reis, 2005).

3.1.3. King's Fund Health Quality Service (KFHQS)

Griffiths (2000) definiu o King's Fund como uma "agência de desenvolvimento", criada há cerca de 100 anos com o objetivo inicial de angariar dinheiro para ajudar os hospitais de Londres. Atualmente tem como grande objetivo zelar pelo desenvolvimento e melhoria das condições de saúde no Reino Unido. Apresenta uma metodologia que assenta num conjunto de padrões e critérios desenhados especificamente para a realidade hospitalar que, de acordo com França (2000), abrange toda a organização e todos os profissionais. Compreende um conjunto de passos de realização obrigatória e sequencial que, em termos gerais, se enunciam do seguinte modo:

- Introdução aos padrões e critérios;
- Auto-avaliação e desenvolvimento organizacional;
- Revisão por pares; e
- Relatório final e decisão de acreditação.

As técnicas utilizadas são a revisão de documentação, a entrevista e a observação direta. Uma vez concluída a avaliação, a organização recebe um relatório preliminar para análise e produção de comentários que antecede o relatório final com as conclusões e recomendações ou sugestões de atuação. Nesta metodologia, França (2000) realça a importância da fase de preparação, quer para a avaliação externa quer para a definição dos procedimentos de avaliação organizacional, com carácter sistemático e organizado.

3.1.4. Joint Commission International

Com o objetivo de permitir a acreditação voluntária dos hospitais, foi criada, nos Estados Unidos, em 1951, a Joint Commission on Accreditation of Hospitals com um programa de normas para avaliação das instituições. A adesão a este programa foi grande a nível mundial, pelo que as suas atividades foram-se expandindo e, em 1987, a organização passou a denominar-se de Joint

Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e a apresentar como missão a melhoria da segurança e qualidade da saúde, fosse através da acreditação de cuidados de saúde ou através da certificação de serviços, oferecendo, para o efeito, um processo baseado em normas para avaliar as organizações. As normas elaboradas, porque foram desenvolvidas pelos Estados Unidos, revelaram algumas dificuldades de implementação noutros países, pelo que surgiu a Joint Commission International (JCI), que criou, em 1999, um programa próprio de acreditação de hospitais, com a necessária flexibilidade para atender às características sociais, políticas, religiosas e económicas do país que viesse a ser aplicado. Estas normas, de aplicação a qualquer organização e comuns a todas as organizações de saúde, estão agrupadas em função do doente e da instituição, nos termos que a seguir se descreve (Joint Commission, 2007):

1. Padrões/normas relacionadas com o doente:

- i. Acesso aos cuidados e continuidade dos mesmos;
- ii. Direitos do doente e família;
- iii. Avaliação de doentes;
- iv. Cuidados prestados ao doente; e
- v. Educação do doente e família.

2. Padrões/normas relacionadas com a gestão da instituição:

- i. Gestão e melhoria da qualidade;
- ii. Prevenção e controlo de infeções;
- iii. Administração, chefia e direção;
- iv. Gestão e segurança da instalação;
- v. Qualificações e educação dos profissionais; e
- vi. Gestão da informação.

Estas normas, que são parte do Manual de Acreditação dos Hospitais, estão na base do processo de acreditação, galardão a atribuir à organização que demonstrar concordância com as mesmas no momento da sua avaliação. Nestes termos, a acreditação pode ser provisória, condicional ou negada, conforme o grau de cumprimento das normas (Joint Commission, 2007).

3.1.5. Norma NP EN ISO 9001:2000

A Norma NP EN ISO 9001:2000 (2001) vem especificar os requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização, tendo em conta os princípios da gestão da qualidade expostos na ISO 9000 e ISO 9004. Todos os requisitos desta norma são genéricos e aplicáveis a todas as organizações, independentemente do tipo, dimensão e produto/serviço que ofereçam. Tem sido utilizada nos hospitais para a certificação de alguns serviços. Vem fomentar a adoção de uma abordagem por processos, estando assim organizada:

- 1- A gestão de topo é responsável por estabelecer a política de qualidade, comunicá-la à organização, estabelecer os objetivos de qualidade, assegurar a disponibilidade dos recursos e os processos de trabalho para ir ao encontro dos requisitos do cliente e aumentar a sua satisfação. Este sistema deve ser revisto em intervalos planeados de forma a assegurar que se mantém apropriado, adequado e eficaz;
- 2- Os recursos devem ser os necessários e geridos eficazmente (competência, consciencialização e formação dos recursos humanos, a infraestrutura necessária, o ambiente de trabalho adequado);
- 3- Na realização do produto deve haver um planeamento com controlo de todo o processo de trabalho e de todas as variáveis e processos relacionados com o cliente para determinação e revisão dos requisitos do produto;
- 4- A organização deve planear e implementar os processos de monitorização, medição, análise e melhoria necessários, determinando os métodos aplicáveis, incluindo técnicas estatísticas e a extensão da sua utilização (NP EN ISO 9001:2000, 2001).

A norma NP EN ISO 9001:2000 (2001) assenta nos seguintes oito princípios de gestão da qualidade:

- Focalização no cliente;
- Liderança;
- Envolvimento das pessoas;
- Abordagem por processos
- A abordagem à gestão através de um sistema;
- Melhoria contínua
- Abordagem à tomada de decisões baseada em fatos; e
- Relações mutuamente benéficas com fornecedores.

3.2. Manual da Qualidade (MQ): a Marca AQR

A marca AQR é uma marca registada do Ministério da Saúde, dirigida ao reconhecimento das Boas Práticas do Atendimento e surge na sequência da implementação dos MQ nos balcões administrativos de vários CS e hospitais (Oliveira, 2007). Assim sendo a Marca AQR tem como objetivo primordial, melhorar o atendimento, o que passa por adotar procedimentos, independentemente do profissional que está ao balcão. Isto será possível através de procedimentos organizados na realização do atendimento, organizados em MQ.

Este projeto nasceu como resposta a um problema identificado pelo Ministério da Saúde, que se prendia com a necessidade de melhorar o atendimento aos utentes do SNS. Os MQ para a Admissão e Encaminhamento dos Utentes foram a "resposta" encontrada pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) para contornar uma grande "inconstância da qualidade" no

atendimento que caracterizava, indiferenciadamente, cuidados primários e secundários (Christo, 2003).

Para a atribuição da marca AQR, não são determinantes aspetos como o número de doentes atendidos, mas sim o tempo de espera, as queixas e as reclamações dos utentes. Os destinatários desta marca são «cidadãos utentes, clientes prioritários das unidades de saúde, a quem todo o esforço de qualidade e modernidade é dedicado», mas também os profissionais de saúde, que «quererão merecidamente ver publicamente reconhecido o seu esforço, no contexto da qualidade do atendimento» (Christo 2003).

Para o Ministério da Saúde (2008) o sistema de qualidade no atendimento baseia-se em dois grandes eixos estratégicos da qualidade no atendimento, a que se convencionou chamar de **Eixo da Voz do Processo** e **Eixo da Voz do Cliente**. O **Eixo da Voz do Processo** engloba procedimentos e práticas normalizadas baseadas na lógica da abordagem por processos, com especial relevância para os processos-chave que se traduzem no acolhimento e na prestação dos cuidados de saúde, onde se incluem algumas melhorias nas salas de espera, na informação aos utentes e, registaram-se mudanças induzidas pela introdução de sistemas informáticos. O **Eixo da Voz do Cliente** representa sobretudo o atendimento direto do utente. Está centrado nas atitudes e comportamentos que ocorrem de cada vez que um utente aborda o profissional que o atende.

Em qualquer destes eixos, é imprescindível a existência de compromissos e indicadores que permitam avaliar objetivamente o seu cumprimento (Ministério da Saúde, 2008). A marca AQR baseia-se na verificação do cumprimento dos compromissos estabelecidos pela instituição, e a sua atribuição orienta-se pelos princípios enumerados no modelo AQR que se descremina na figura N°3.

Figura 3- Constituição do Sistema de Qualidade no Atendimento



Fonte: Ministério da Saúde (2008).

A organização candidata à Marca AQR deverá formular e publicitar os seus compromissos de qualidade do atendimento. Sendo que estes compromissos terão de se enquadrar nas seguintes áreas (Ministério da Saúde, 2008):

- i. Facilidade de acesso aos serviços;
- ii. Cortesia e correção no Atendimento;
- iii. Resposta aos pedidos dentro do prazo estabelecido;
- iv. Análise e tratamento de reclamações; e
- v. Avaliação da satisfação e seguimento de sugestões.

A avaliação da performance baseia-se nos compromissos estabelecidos e na existência de um painel de indicadores que terão que ser formulados em consonância com os processos identificados no dossier de candidatura e com os compromissos formulados (Christo, 2003).

Neste sentido, o IQS centrado na sua missão de promover a melhoria contínua do desempenho nos cuidados de saúde, com base na normalização das práticas e dos sistemas da qualidade e também através da divulgação de ferramentas da qualidade definiu as linhas orientadoras para a elaboração dos procedimentos de qualidade nas áreas da Admissão e do Encaminhamento que viriam a ser coligidos em MQ. A constituição dos MQ pode ser visualizada na Tabela N^o2.

Tabela 2- Constituição de um MQ

Estrutura do manual de qualidade	
I – O cidadão, como centro do Sistema de Saúde	1. Utentes: satisfação, participação e direito 2. Acessibilidade e continuidade na prestação de cuidados 3. Documentação clínica
II – Organização da atividade centrada no utente	4. Gestão dos processos assistenciais 5. Atividades de promoção e programas de saúde 6. Direção
III – Profissionais	7. Profissionais, formação e desenvolvimento
IV – Áreas de Suporte	8. Estrutura, equipamentos e fornecedores 9. Sistemas e tecnologias de informação, comunicação 10. Sistemas da qualidade
V – Resultados	11. Resultados chave da organização

Fonte: Adaptado de Christo (2010).

O processo de admissão foi desmontado em conjuntos de atividades através da utilização de uma ferramenta da qualidade a que se convencionou chamar "diagrama de processo", e a prática normalizada para essas atividades foi descrita em "procedimentos" e "instruções de trabalho" que, com a elaboração dos MQ, passaram a ser "identificados e assumidos pelos intervenientes

diretos, compilados de forma coerente, medidos de forma objetiva, e continuamente monitorizados" (Christo, 2003).

Os MQ pautam-se por normas bastante definidas, inspiradas nas normas ISO 9000. As normas, tem de ser assinadas pelos Conselhos de Administração ou Direções das respetivas instituições do hospital, pois só assim se podia chegar à gestão de topo de forma a motivar e garantir o seu comprometimento e responsabilização (Christo, 2003). Para além disso, os manuais obrigam a procedimentos elementares em termos de gestão da documentação: deixando de ser permitidos documentos não datados, não identificados ou não assinados. Qualquer documento a instituir uma prática passou a ser assinado, a ter uma data e a ser revisto regularmente, porque uma boa prática pode, em determinada altura e fruto da evolução, deixar de o ser (Christo, 2003). Para a mesma autora, outra das regras básicas de qualquer sistema de qualidade inclui a implementação de registos de ocorrências e de situações de não conformidade explorando potencialidades para além do livro de reclamações, uma vez que há ocorrências que não são tratadas como reclamações pelo utente mas que são, igualmente, importantes para a melhoria contínua da qualidade.

Vários CS manifestaram já à MCSP a sua intenção de se candidatarem a esta marca, convictos de que a Marca AQR é um bom impulso para a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2008).

3.2.1. Candidatura e implementação da Marca AQR

A implementação da Marca AQR pressupõe uma candidatura que será objeto de avaliação documental, de uma auditoria interna e externa e de uma visita de um cliente mistério. A auditoria interna é feita com o objetivo de identificar todas as situações de não conformidade, para que possam ser corrigidas, e, ainda, proceder ao levantamento de oportunidades de consequente implementação de melhorias. Por sua vez, as auditorias externas visam a obtenção de uma Declaração de Conformidade por parte do IQS, atestando que as atividades de atendimento e de organização dos serviços de contacto direto com o público estão conformes com o MQ.

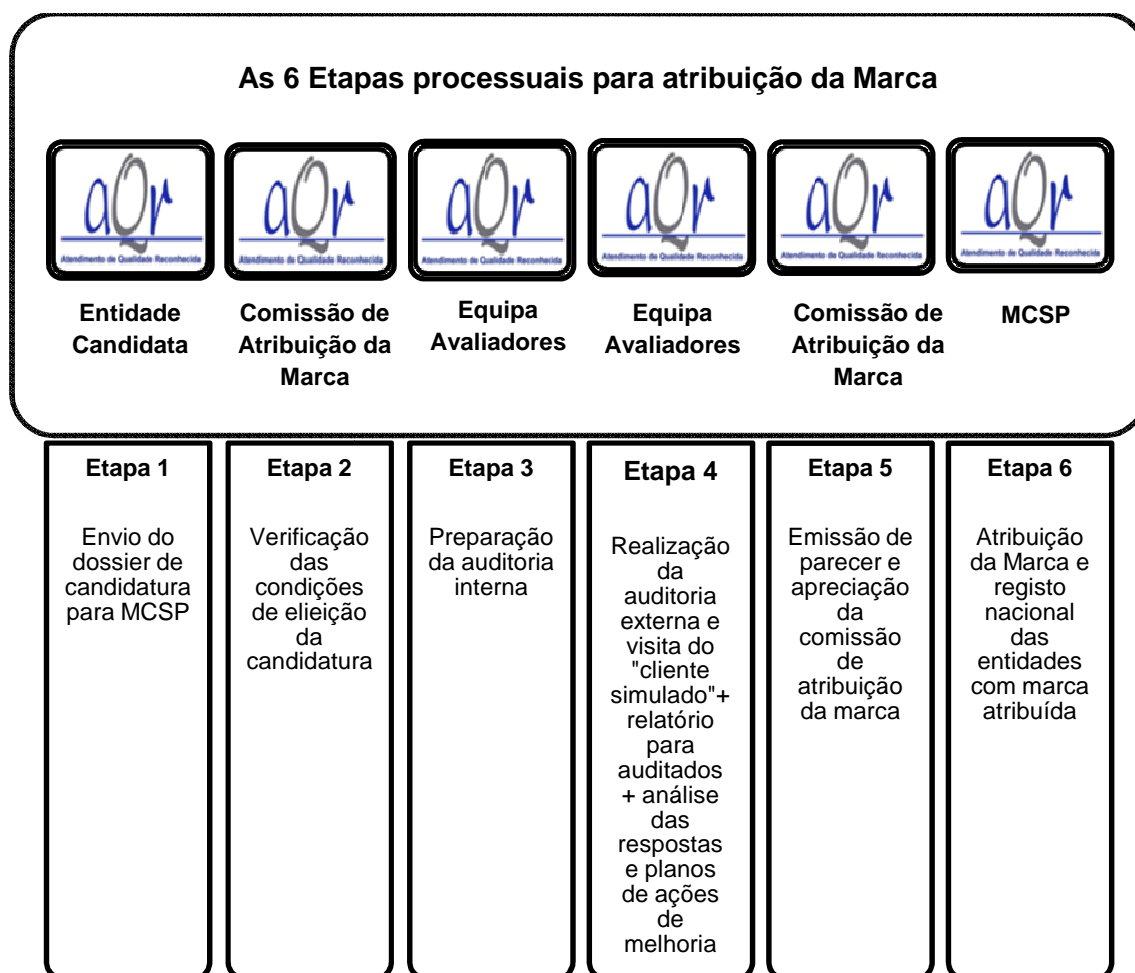
Neste sentido, qualquer entidade candidata à implementação da Marca AQR deve ser objeto de uma auditoria externa, conduzida pelos elementos da Comissão de Atribuição da Marca, de uma visita de um cliente mistério, e de uma auditoria interna para analisar e avaliar, exaustivamente, todos os compromissos e indicadores, os procedimentos e o seu grau de implementação, e efetuar uma visita às instalações a fim de se poder confirmar a existência de uma boa organização, limpeza, privacidade, acessibilidades, sinalética, conforto e informação disponibilizada aos utentes nos locais de atendimento e de prestação de cuidados.

Em conformidade com os resultados de ambas as auditorias serão estabelecidos, à posteriori, os necessários planos de ação tendo em vista a eliminação ou melhoria dos aspetos menos positivos.

Como requisitos a cumprir para a atribuição da Marca, conta-se ainda a visita do cliente mistério. Este verifica os critérios a cumprir para que possa ser atribuída a Marca AQR contemplando não apenas aspetos relacionais e comportamentais da qualidade do atendimento mas também os princípios básicos da abordagem por processos, compromissos de qualidade do serviço, o respeito pelos direitos fundamentais dos utentes e aspetos estruturais de segurança, ordem e limpeza. É por isso um processo exigente e que representa, para as entidades envolvidas, um grande passo em frente na qualidade dos serviços e que, por isso, deve ser encarado como uma excelente oportunidade para a introdução de reformas estruturantes.

Para concluir a instrução do processo as entidades devem preparar, ainda, um documento de autodiagnóstico, uma espécie de sistema de *reporting* que lhe permite auto- avaliarem o grau de conformidade básica com os requisitos da Marca AQR e tomarem medidas relacionadas com o estado de implementação geral dos seus programas de qualidade do atendimento. Todas estas etapas podem ser visualizadas resumidamente na Figura Nº4 seguinte.

Figura 4- Etapas de Atribuição da Marca AQR



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2008).

Todas estas medidas, tendentes à melhoria dos serviços, têm como principal objetivo beneficiar o utente. Ele é a razão do trabalho e, por isso, o centro das atenções dos CSP. Como tal, todas estas medidas têm o intuito de lhes prestar um serviço cada vez melhor, mais eficaz, com menores tempos de espera e com maior qualidade. Para tanto, importa conhecer o nível de satisfação dos utentes antes e depois da aplicação das medidas.

4. Metodologia

A metodologia consiste na análise sistemática e crítica dos pressupostos, princípios e procedimentos lógicos que modelam a investigação de determinado problema (Barañano, 2004). Após elaborar uma revisão teórica contextualizadora da problemática em estudo, é fundamental descrever o percurso da investigação, bem como a análise e interpretação dos dados colhidos. Assim, com este epígrafe, que corresponde à fase metodológica, pretendemos descrever o modo como a investigação se desenvolveu bem como as atividades que levaram à realização da mesma, nomeadamente, definir as hipóteses levantadas para investigação, a população, o instrumento de recolha de dados e as técnicas utilizadas para o tratamento dos mesmos.

4.1. Problema de estudo

Num ambiente de crescente competitividade e exigência e onde a qualidade é universalmente reconhecida como o medida para a satisfação do cliente, a implementação de um padrão mínimo de qualidade impõe-se como um imperativo em qualquer entidade, pública ou privada, de qualquer sector de atividade. Na verdade, a busca de crescentes níveis de eficiência e eficácia veio colocar a ênfase na qualidade e na produtividade, criando um ambiente onde as expectativas dos cidadãos tendem a ser cada vez maiores. Foi, pois, dentro deste ambiente que as organizações foram repensadas e modernizadas.

O sector público administrativo do Estado não foge a esta realidade, o que tem feito com que a sua forma de funcionamento, que desde uma perspetiva histórica se tem feito assentar numa lógica de prestação de serviços meramente processual e de cumprimento com o legalmente estabelecido, aceda à necessidade de focar as atenções na satisfação do utente. A aposta na qualidade, como o caminho para a sua satisfação é, também, uma das grandes preocupações do sector público administrativo do Estado, assumindo-a como um objetivo fundamental na prestação dos serviços públicos em geral, onde se incluí a prestação dos serviços de saúde.

O reconhecimento da existência de qualidade pressupõe a necessidade da sua medição e caracterização em termos de eficácia, eficiência, equidade, acessibilidade, satisfação, adequação dos serviços, continuidade de cuidados, estrutura física e organizacional da instituição e competência profissional (Ribeiro & Ferreira, 2008) mas também, o assumir que as expectativas são mutáveis, pelo que a qualidade exige a introdução de um processo de melhoria contínua. É, pois, dentro desta realidade que se apresenta a lei de bases da Saúde, suportada na Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, que prevê a necessidade de uma avaliação permanente dos cuidados prestados, não só ao nível da satisfação do utente mas também do profissional (Santos, Biscaia, & Caldeira, 2007). Porém, a perspetiva do utente passa a ser considerada indispensável, seja para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, para a identificação de eventuais problemas a solucionar, para avaliação das expectativas em relação aos cuidados seja, ainda, para eventuais reorganizações dos serviços de saúde. É, também, dentro deste contexto que o Ministério da

Saúde criou a Marca AQR, com o objetivo de reconhecer um padrão mínimo de qualidade e promover a existência de boas práticas de atendimento o que, de resto, se encontra em consonância com os pressupostos que, genericamente, suportam uma marca registada, que acarreta um selo ou certificado de qualidade.

Na verdade, a existência de um padrão mínimo de qualidade e a sua monitorização futura só poderão concorrer para um processo de melhoria contínua, quer seja ao nível dos resultados quer dos métodos usados para monitorizar e avaliar o próprio processo de qualidade. Neste processo de melhoria contínua a Marca AQR surge descrita como um poderoso instrumento para a implementação e gestão de melhoria contínua da qualidade nos CS (MCSP, 2009).

É, pois, dentro deste contexto que nos propomos avaliar o impacto nos utentes da Marca AQR, uma marca que, como a sua designação deixa sugerir, pressupõe a existência de um atendimento de qualidade reconhecida nas entidades a quem foi atribuída, no caso, nos CS que compreendem o ACES Nordeste.

4.2. Tipo de estudo: questões e hipóteses de investigação

Na perspetiva de Fortin (1999), o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada tomando por base a questão de investigação com o objetivo de descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou, ainda, verificar hipóteses de causalidade. Nestes termos, com esta investigação procuramos dar resposta à seguinte **questão de investigação**:

“A implementação da Marca AQR no ACES Nordeste contribuiu para aumentar o nível de satisfação dos seus utentes?”

Esta questão foi levantada com o objetivo genérico de se obter conhecimento acerca da prestação dos serviços de saúde e, fundamentalmente, perceção acerca do impacto produzido pela Marca AQR ao nível da satisfação dos utentes que recorrem a um CS do ACES Nordeste, tendo em vista identificar, descrever e correlacionar fatores e características que refletem a satisfação ou insatisfação dos utentes.

De referir que este estudo envolve uma compreensão da realidade do ACES Nordeste, nomeadamente no que respeita à posição da região relativamente às demais regiões do país, procurando identificar fatores que potenciam ou condicionam a satisfação dos utentes. Para lhe dar resposta, desenvolvemos um estudo do tipo exploratório-descritivo. Segundo Fortin (1999), o tipo de estudo exploratório e descritivo tem por objetivo “descrever as variáveis e suas relações”, devendo permitir “documentar e comunicar o fenómeno, a experiência, o programa ou observações de forma descritiva” (...) e ainda (...) “explorar e descrever fenómenos, uma população ou conceptualizar uma situação de forma a estabelecer as características desta população”. É, também, um estudo de tipo transversal, porque nos propomos analisar a realidade

num determinado momento (Fortin, 1999), e que segue uma abordagem metodológica quantitativa, por considerarmos ser a mais adequada para atingir os objetivos propostos.

Nos últimos anos, muitos têm sido os estudos sobre a satisfação do utente e suportados em diferentes metodologias. Os métodos quantitativos são, contudo, os mais utilizados, principalmente os suportados em questionários ou em inquéritos populacionais (Aspinal et al., 2003). Há, porém, autores que consideram os métodos quantitativos reducionistas, por não estudarem os dados subjetivos da satisfação (Espiridão & Trad, 2005), sugerindo como alternativa a utilização dos métodos qualitativos, que oferecem ao utente a possibilidade de expressar a sua opinião acerca dos serviços de saúde, o que poderá resultar melhor no caso de grupos de difícil acesso, como por exemplo os pacientes idosos. Contudo, Aspina et al. (2003) vêm alertar para o fato dos métodos qualitativos poderem inibir o utente, e com isso comprometer a honestidade das respostas, e exigirem a dispensa de mais tempo, tornando o processo de recolha de dados não só mais cansativo como menos adequado, no caso de utentes mais debilitados.

Relativamente aos instrumentos utilizados para a recolha de dados, ainda que os estudos disponíveis venham utilizando instrumentos variados, não havendo, portanto, grande consenso sobre a escolha dos mesmos, acreditamos que o questionário se apresenta como uma boa opção e adequado à realidade onde vai ser aplicado (Espiridão & Trad, 2005). Trata-se de um questionário que não foi desenvolvido especificamente para esta investigação mas adaptado de um outro previamente elaborado e utilizado em estudo similar, com o objetivo de medir a “Satisfação do Utente e Qualidade Apercebida: Avaliação no Centro de Saúde do Aldoar” (Guimarães, 2009).

Com base neste quadro metodológico e atendendo ao objetivos propostos, desenvolvemos este estudo a partir das seguintes **hipóteses de investigação**:

H1: Na satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação dos utentes existem diferenças para as variáveis sociodemográficas (género sexual, idade, estado civil, habilitações académicas, situação perante o emprego)?

H2: O conhecimento da marca AQR encontra-se associado com a satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação dos utentes?

H3: O aumento da frequência das idas ao CS está associado ao grau de conhecimento da marca AQR e à perceção das melhorias implementadas?

4.3. Amostra

A amostra, subconjunto de uma população ou de um grupo de indivíduos que fazem parte da mesma população, é construída a partir do conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de

um grupo bem definido, ou seja, de uma população (Fortin, 2003) que apresenta em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.

Neste sentido, atendendo aos propósitos desta investigação, a população é formada por todos os colaboradores dos CS do ACES Nordeste e população inscrita nos referidos CS. Neste sentido, partiu-se da população total inscrita nos diferentes CS, à exceção do CS de Vila Nova de Foz Côa, com dados solicitados e colhidos nos 14 concelhos da área de abrangência dos diferentes CS.

Porém, a dificuldade em obter autorização para a recolha dos dados, na medida em que o pedido de autorização foi, inicialmente, dirigido à ARS Norte e, posteriormente, redireccionado para o Conselho de Administração da ULS Nordeste, entidade entretanto criada, associado à distância relativa entre os diferentes concelhos para a aplicação dos questionários e a pouca disponibilidade dos participantes, numa fase de mudança, dificultou a colocação de um maior número de questionários causando pouca conformidade na representatividade na amostra dos diferentes CS, o que induziu à utilização de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Hill e Hill (2002) atribuem esta designação ao tipo de amostras que se baseiam na disponibilidade e acessibilidade dos respondentes, como foi o caso, e apresentam como inconveniente o desconhecimento da sua representatividade na população (Ribeiro, 1999).

Assim, como critérios de inclusão na amostra foram considerados:

- i. Ter uma inscrição com médico de família num dos 14 CS do ACES-Nordeste abrangidos pela Marca AQR;
- ii. Estar consciente e orientado;
- iii. Aceder livremente a participar no estudo;
- iv. Ter idade mínima de 6 anos.

Tratando-se de um estudo de natureza estatística, o tamanho da amostra é importante. Se, por um lado, amostras de pequena dimensão não permitem detetar diferenças estatísticas significativas, por outro lado, amostras exageradamente grandes podem tornar diferenças irrelevantes em estatisticamente significativas (Weyne, 2004). Neste trabalho foram considerados, para a definição do tamanho da amostra, os seguintes fatores (Gageiro & Pestana, 2005):

- a. Nível de confiança da pesquisa;
- b. Precisão desejada, isto é, o erro amostral aceitável para os resultados obtidos na pesquisa;
- c. Variabilidade dos dados, ou seja, o seu grau de dispersão em relação à característica mais importante na pesquisa; e
- d. Custo.

Nesta conformidade, para a definição da dimensão da amostra assumiu-se, como premissa, que 50% dos indivíduos estão globalmente satisfeitos com o CS e reconhecem a Marca AQR e

que os restantes pertencem ao atributo complementar. Para tal, assumiu-se um nível de significância de 5% e um erro amostral de 3,82%, tendo-se obtido uma amostra de 655 indivíduos para uma população composta por 154278 indivíduos distribuídos pelos diferentes concelhos, conforme tabela 3 que se segue.

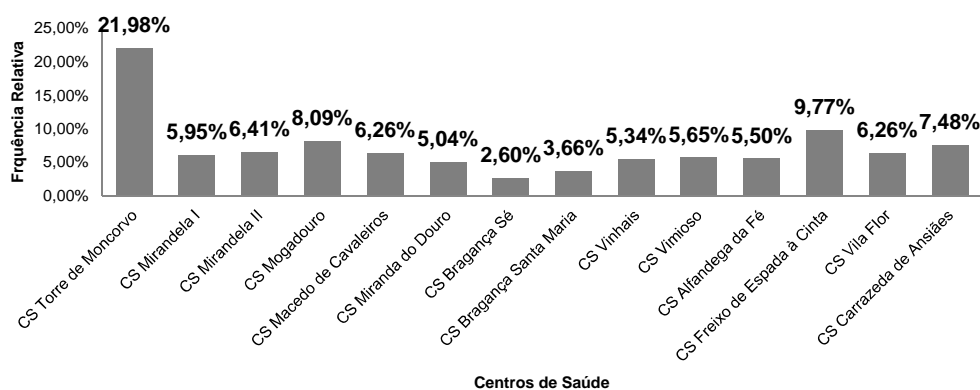
Tabela 3- Distribuição dos utentes pelos diferentes concelhos populacionais

CS	População	% População	Amostra Inicial	Amostra Final
Alfandega	5648	3,66%	24	36
Bragança	42656	27,65%	181	41
Carrazeda	6979	4,52%	30	49
Freixo	4028	2,61%	17	64
Macedo	17715	11,48%	75	41
Miranda	7699	4,99%	33	33
Mirandela	29611	19,19%	123	81
Mogadouro	10332	6,70%	44	53
Moncorvo	8326	5,40%	35	144
Vila Flor	7490	4,85%	32	41
Vimioso	4632	3,00%	20	37
Vinhais	9162	5,94%	39	35
Total	154278			655

Fonte: Elaboração Própria

A distribuição dos inquiridos não é equitativa por CS, como se pode verificar na figura 5. O maior peso vai para o CS de Torre de Moncorvo, que responde por 22% (144) dos inquiridos, por oposição ao CS da Sé, com um contributo 2,6%, e o de Santa Maria, com 3,7% (24 utentes), ambos em Bragança.

Figura 5- Distribuição da amostra pelos diferentes CS



Fonte: Elaboração própria.

4.4. Instrumento de recolha das variáveis em estudo

Em concordância, prosseguimos com a apresentação do modelo de análise e o processo de recolha dos dados que suportarão toda a nossa análise empírica. Uma vez identificada a problemática, impõe-se a construção de um modelo de análise, definido por Quivy e Campenhoudt (2005), como o ato de construção no procedimento metodológico de investigação em ciências sociais. Assim, e atendendo ao nosso objetivo específico, a recolha de dados será feita, no essencial, com recurso à aplicação de um inquérito por questionário. A opção pela técnica de recolha de dados assenta em Quivy e Campenhoudt (2005), que se referem ao questionário como um dos principais métodos de recolha de informação, e num conjunto de vantagens que lhe são reconhecidas, por comparação com outras técnicas de recolha, designadamente a suscetibilidade de ser administrado a uma amostra lata da população em estudo, ser de baixo custo e garantir anonimato, condição indispensável para se assegurar a autenticidade da resposta (Pardal & Correia, 1995).

O questionário utilizado não é, como já tivemos oportunidade de referir, original mas adaptado de estudos anteriores, mais concretamente do estudo sobre a “Satisfação do Utente e Qualidade Apercebida: Avaliação no Centro de Saúde do Aldoar” (Guimarães, 2009) e validado num estudo piloto conduzido no CS Torre de Moncorvo. Ao questionário referido no estudo anterior foi incluído um conjunto de perguntas sobre a Marca AQR, constando do Anexo I a este trabalho e foi estruturado a partir das 8 seguintes secções: I. Características Sociodemográficas; II. Marca de Atendimento de Qualidade Reconhecida; III. Satisfação Global; IV. Imagem; V. Qualidade Apercebida; VI. Lealdade; VII. Recomendações; e VIII. Recomendações, e está de acordo com o que preconiza Hill e Hill (2005) citados por Guimarães (2009). Uma vez concluído este novo questionário, foi aplicado a um conjunto de 20 utentes do CS de Torre de Moncorvo, durante a primeira semana de fevereiro de 2012, a título de pré-teste, na sequência do qual foram introduzidas pequenas mudanças na formulação das questões relacionadas com a segunda e terceira pergunta do questionário.

4.5. A Marca AQR: processo de candidatura e implementação no ACES Nordeste

A implementação da Marca AQR pressupõe, como já tivemos oportunidade de referir, uma candidatura de natureza documental, que tem subjacente a realização de uma auditoria interna e externa e de uma visita de um cliente mistério.

Em conformidade com os requisitos de candidatura, todos os 14 CS que integram o ACES Nordeste foram objeto de uma auditoria interna, externa e da visita de um cliente mistério. Consequentemente, estabeleceu-se, em conformidade com os resultados, planos de ação de melhoria que foram implementados e considerados consequentes e eficazes. Por sua vez, as visitas do cliente mistério não só obtiveram resultados positivos em todos os CS como demonstraram que o processo foi conduzido com a seriedade necessária.

A atribuição da Marca AQR é o resultado de um processo exigente, que contempla, para além dos aspetos relacionais e comportamentais da qualidade do atendimento, princípios básicos da abordagem por processos, compromissos de qualidade do serviço, o respeito pelos direitos fundamentais dos utentes e aspetos estruturais de segurança, ordem e limpeza. Exigiu, por isso, um grande esforço por parte de todos CS envolvidos e representou, para cada um deles, um grande passo em frente na qualidade dos serviços e uma excelente oportunidade para verem introduzidas as necessárias reformas estruturantes. Consequentemente, monitorizar, medir, avaliar, introduzir as melhorias necessárias e implementá-las, num contínuo ciclo de *Plan, Do, Check, Act* (Ciclo de *Deming*) com níveis de exigência ascendentes, é hoje uma preocupação comum a todos os CS do ACES Nordeste.

O processo de candidatura à Marca AQR foi iniciado no ano de 2009 e concluído em 2010, com a atribuição da marca a 14 dos 15 CS do ACES-Nordeste. A exceção foi o CS de Vila Nova de Foz Côa por ter iniciado o seu processo de candidatura muito mais tarde. Esta atribuição não é mais do que o reconhecimento do esforço feito pelos seus profissionais nas mais variadas áreas, que assumiram total responsabilização, participação e cooperação para conseguirem identificar as situações que careciam de intervenção e qual a melhor forma de o conseguir, para assegurarem a obtenção de uma melhoria contínua de qualidade no atendimento. Com este envolvimento multidisciplinar foi possível encontrar falhas, redundâncias e burocracias que, em última análise, em nada contribuíam para a qualidade de atendimento aos utentes dos diferentes CS. Identificadas as falhas iniciou-se um processo para as suprimir utilizando, no essencial, o programa 5S's que, não obstante se tratar de uma ferramenta de educação, permitiu colocar a ênfase na prática imediata de hábitos saudáveis que permitem a integração de pensar, agir e sentir.

De entre as alterações resultantes, as equipas da qualidade dos diferentes CS do ACES Nordeste, destacaram, como as de maior significado:

- i. A reorganização total dos ficheiros clínicos dos utentes;
- ii. A reorganização dos arquivos informáticos, sobretudo no que diz respeito ao acesso aos relatórios dos exames complementares de diagnóstico dos utentes;
- iii. A cultura de limpeza e organização de todos os espaços dos CS;
- iv. A colocação de painéis eletrónicos de gestão de filas de espera, bem como a identificação do espaço para espera; e
- v. A reparação de todas as avarias.

O processo de implementação tem, ainda, subjacente a elaboração de um MQ, que foi elaborado pela equipa da qualidade com o objetivo de compilar, de forma normalizada e protocolada, os procedimentos técnicos e processuais de todas as áreas profissionais. Este documento, de carácter coletivo, compreende os procedimentos descritos por todos os grupos de profissionais para ser disponibilizado em todos os CS, democratizando-se, assim, o acesso ao protocolo, ou seja, qual a forma real e correta de cada um agir. Permite que cada um interiorize o

seu papel dentro da instituição e de que forma o seu trabalho se relaciona com o dos demais profissionais. Este processo de descrição de funções e elaboração de protocolos permitiu identificar erros, redundâncias e funções repetidas entre os vários profissionais. A equipa da qualidade elaborou, ainda, uma folha de ocorrências com o objetivo de anotar possíveis avarias/anomalias existentes nos serviços e conseguir (com a descrição da anomalia, nº de série e nº de inventário do aparelho...) que a sua resolução seja célere e eficaz.

Todas estas medidas, tendentes à melhoria dos serviços, têm como principal objetivo beneficiar o utente. Ele é a razão do trabalho e, por isso, o centro das atenções dos CSP. Para tanto, importa conhecer o nível de satisfação dos utentes antes e depois da aplicação das medidas. Neste particular, foi recolhida informação que permitisse aferir acerca do nível de satisfação dos utentes antes da atribuição da Marca AQR. Esta informação foi recolhida por meio de um inquérito, aplicado aos utentes nos dois semestres de 2009, imediatamente antes e depois da implementação das melhorias, questionando-os sobre a sua satisfação acerca dos diferentes grupos de profissionais.

Numa conversa informal as diferentes equipas da qualidade do ACES Nordeste referiram que o processo de candidatura e implementação da Marca AQR permitiu identificar um conjunto de aspetos positivos e negativos, que nos permitimos elencar nos termos que a seguir se apresentam:

1. Como aspetos positivos, destacamos:
 - a. A revisão e descrição dos protocolos;
 - b. A deteção das falhas/erros/problemas;
 - c. A enumeração de soluções para os problemas;
 - d. O envolvimento multidisciplinar;
 - e. A reflexão acerca dos procedimentos enraizados;
 - f. A mudança de atitudes e mentalidades;
 - g. A organização e limpeza dos locais de trabalho dos profissionais;
 - h. A maior rapidez e eficácia de execução;
 - i. A maior satisfação para os utentes;
 - j. A certificação de qualidade de atendimento e consequente confiança dos utentes nas instituições públicas de saúde.

2. Como aspetos negativos, sobressaem:
 - a. A perda de horas de trabalho para os profissionais envolvidos;
 - b. A falta de recursos para eliminar as falhas detetadas;
 - c. A resistência à mudança, sobretudo dos profissionais mais velhos;
 - d. A ausência de uma política de auditorias contínuas que permitisse a continuidade sustentada do processo.

O contacto com os diferentes membros das equipas da qualidade dos vários CS permitiu-nos ter acesso a opiniões interessantes. Se, por um lado, todos concordam que a elaboração do MQ foi de extrema importância para os serviços, na medida em que permitiu protocolar e uniformizar a forma correta de trabalhar e, desta forma, dissipar qualquer dúvida, por outro, mostram-se reticentes relativamente à candidatura à Marca AQR, uma vez que envolve responsabilização futura e ciclos sucessivos por períodos conhecidos (dois em dois anos). Na verdade, e observando o que se passou nos diferentes CS, a falha ocorreu precisamente na continuação dos ciclos da qualidade. É que, uma vez obtida a marca todas as rotinas estagnaram ao ponto de, em alguns casos, se ter verificado retrocesso nos procedimentos. De acordo com os contactos estabelecidos, tal ter-se-á ficado a dever à mudança de liderança no ACES Nordeste, que não continuou a fomentar o interesse nesta temática, levando a que os diferentes grupos da qualidade, por falta de estímulo e incentivo, se fossem desmoralizando e desintegrando. Com eles todo o ciclo de *Deming* (auditorias internas) parou também, com consequências ao nível do MQ que deixou de ser atualizado e utilizado pelos profissionais, que também deixaram de ser responsabilizados pelas falhas e incentivados a melhorar. Tudo isto levou, ainda, a que as rotinas adquiridas para perpetuação da qualidade tenham deixado de fazer sentido para as pessoas.

4.6. Recolha e tratamento de dados

O questionário foi aplicado durante o mês de abril de 2012 e, para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 20. O processo de análise estatística passou por diferentes etapas, que iniciaram com o tratamento da informação dos questionários, nomeadamente no que respeita à sua numeração, codificação das respostas e criação de variáveis, com o objetivo de construir a base de dados. Seguiu-se a fase de introdução, questionário a questionário, de todas as respostas para, na continuação, se dar início à análise estatística, adotando procedimentos diferentes em função do tipo de variável.

Iniciámos pela estatística descritiva, mais concretamente pelo cálculo de frequências, absolutas e relativas, para as variáveis nominais, apresentando os dados em percentagem, de modo a facilitar a leitura e a obter uma ideia geral de como os resultados se distribuem. Para a descrição dos resultados relativos às variáveis de escala ordinal foram, também utilizadas as frequências relativas e absolutas, as medidas de tendência central, média e mediana, e o desvio padrão.

No sentido de explorar e averiguar a existência de possíveis relações ou diferenças entre os resultados obtidos, para as diversas questões de satisfação em função das variáveis sociodemográficas do conhecimento da Marca AQR e do CS, procedeu-se à análise estatística inferencial, recorrendo a testes que, em cada situação, se revelavam mais ajustados à natureza das variáveis em análise e das hipóteses do estudo.

Baseando-nos em Fernandes (1999), para a estatística paramétrica recorreremos ao teste t-Student, para comparar médias de dois grupos independentes e Anova para médias de pelo menos três grupos independentes. Estes testes pressupõem variáveis quantitativas intervalares/rácio. Na utilização do teste t é suposto as amostras serem de grande dimensão ou normalmente distribuídas. A alternativa não paramétrica a este teste é o teste de Mann-Whitney, utilizado para variáveis ordinais e quando as variáveis quantitativas intervalares/rácio os pressupostos do teste t não são verificados. Relativamente à aplicação da Anova é suposto os erros do modelo serem normalmente distribuídos, com variância constante e independente. O teste não paramétrico alternativo à Anova é o Kruskal-Wallis, quando as variáveis envolvidas são ordinais e também quando a normalidade dos erros não é verificada.

Sempre que no teste Anova ou no teste Kruskal-Wallis foram detetadas diferenças significativas recorreu-se aos testes de comparações múltiplas, nomeadamente ao Tukey (amostras pouco desequilibradas e homogeneidade de variâncias entre grupos), ao Scheffé (amostras desequilibradas e homogeneidade de variâncias entre grupos) e ao Games-Howell (não homogeneidade de variâncias entre grupos) (Fernandes, 1999).

O teste utilizado para verificar a normalidade das variáveis foi o teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov (KS). Utilizou-se como nível de significância 5%, ou seja, sempre que o valor de prova do teste utilizado é inferior a este nível conclui-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

As respostas obtidas às questões abertas foram utilizados para análise de conteúdo, segundo o método temático de codificação e interpretação. De acordo com Campos (2004) a análise de conteúdo “é uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa”. As fases da análise de conteúdo incluem a pré exploração do material, a seleção de unidades de análise ou significado e o processo de categorização ou subcategorização. Deste modo, numa primeira fase da análise o conteúdo de cada resposta foi estudado de forma a identificar dimensões e categorias de opinião e satisfação para, em fase posterior, agrupar os conteúdos de acordo com as categorias comuns e assim poderem ser analisados. Foi realizada uma pré exploração do material colhido, com várias leituras flutuantes, com o objetivo de apreender e organizar aspetos importantes do conteúdo, as ideias e os seus significados gerais. Criaram-se unidades de significados, que tiveram como referência os objetivos do estudo, bem como a pesquisa efetuada. Procedeu-se à sua categorização, ou seja, à criação de grandes enunciados abarcando um número variável de temas de acordo com a afinidade ou proximidade e com os objetivos do estudo, tendo em conta a fundamentação teórica. Conjuntamente com a formação de categorias foi feita a codificação das mesmas, incluindo a sua classificação quanto ao juízo emitido, em positivo ou negativo, de modo a permitir a sua análise e posterior discussão (Campos, 2004).

4.7. Apresentação dos resultados

Os resultados que passamos a apresentar consubstanciam as análises estatísticas efetuadas, com base nos dados recolhidos, e encontram-se organizados em função dos objetivos e hipóteses formulados. Apresentam um caráter meramente descritivo, uma vez que a sua discussão será apenas feita em epígrafe seguinte.

Iniciamos com a apresentação das principais **características sociodemográficas** da amostra, conforme tabela 4 que se segue.

Tabela 4- Características sociodemográficas da amostra

Variáveis Sociodemográficas	Frequências	
	n	%
Género Sexual (n=645)		
Feminino	362	56,1
Masculino	283	43,9
Idade (n=648)		
Menos de 18 anos	59	9,1
Entre 18 e 34 anos	110	16,9
Entre 35 e 49 anos	116	17,8
Entre 50 e 64 anos	178	27,4
65 anos os mais	187	28,8
Habilitações Literárias (n=650)		
Não sabe ler nem escrever	36	5,5
Sabe ler e escrever	63	9,7
1º Ciclo do ensino básico	153	23,5
2º Ciclo do ensino básico	40	6,2
3º Ciclo do ensino básico	107	16,5
Ensino Secundário	129	19,8
Curso Médio	27	4,2
Curso Superior	95	14,6
Estado Civil (n=648)		
Casado ou união de fato	366	56,5
Solteiro	167	25,8
Viúvo	82	12,7
Divorciado	33	5,1
Situação perante o trabalho (n=650)		
Trabalhador por conta própria	71	10,9
Trabalhador por conta de outrem	188	28,9
Doméstico(a)	61	9,4
Desempregado(a)	40	6,2
Reformado(a)	202	31,1
Estudante	88	13,5

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à **idade**, verificámos que 28,8% (187) dos utentes da amostra tem idade mínima de 65 anos; 27,4% (178) tem idade compreendida entre os 50 e os 64 anos; 17,8% (116) entre 35 e 49 anos; 16,9% (110) dos utentes inquiridos tem idade entre 18 e 34 anos e 9,1% (59) idade inferior a 18. A esta questão não responderam 5 indivíduos.

Relativamente ao **estado civil**, a maioria é casado (56,5%;366), seguem-se os solteiros (25,8%;167), os viúvos (12,7%;82) e por fim os divorciados (5,1%;33). A esta questão não responderam 7 indivíduos. Quanto às **habilitações literárias** dos utentes inquiridos tem-se que 5,5% (36) não sabe ler nem escrever; 9,7% (63) só sabe ler e escrever; 23,5% (153) concluíram o 1º ciclo do Ensino Básico; 6,2% (40) terminaram o 2º ciclo do ensino básico; 16,5% (107) possuem o 3º ciclo do ensino básico; 19,8% (129) concluíram o ensino secundário; 4,2% (27) possuem curso médio e 14,6% (95) terminaram curso superior. A esta questão não responderam 5 indivíduos. No que diz respeito à sua **situação perante o trabalho**, verificou-se que 10,9% (71) trabalham por conta própria; 28,9% (188) trabalham por conta de outrem; 9,4% (61) são domésticas; 6,2% (40) encontram-se desempregados; 31,1% (202) estão reformados e 13,5% são estudantes. Não responderam a esta questão 5 indivíduos.

Quanto à caracterização do **conhecimento da marca AQR**, cujos resultados constam da Tabela 5, constatámos que, dos 645 inquiridos que responderam a esta questão, para a maioria (66,8%;431) o conceito era desconhecido e, de entre os que o conheciam, apenas 43% (92) dos inquiridos se sente capaz de o definir.

Após a **atribuição do prémio, em 29 de julho de 2009**, a maioria dos inquiridos (351), de entre inquiridos que notaram melhoria após a atribuição do prémio, cerca de 25,9% (91) afirmaram que houve melhoria em termos de limpeza e higiene, 48,4% (170) afirmaram que o atendimento melhorou, apenas 7,1% (25) referiu que houve melhoria no tratamento das reclamações e sugestões, 13,7% (48) notaram melhoria na segurança; 20,8% (73) responderam que houve melhoria na organização e 42,5% (149) afirmaram que houve melhoria em todos os aspetos descritos, como se pode verificar na tabela 5 que se segue.

Tabela 5- Características do conhecimento da marca AQR

Variáveis	Frequências	
	n	%
Sabe o que é a Marca AQR? (n=645)		
Sim	214	33,2
Não	431	66,8
Consegue definir o conceito (n=214)		
Sim	92	43,0
Não	122	57,0
Notou alguma melhoria a partir de 29/7/2009 (n=648)		
Sim	351	54,2
Não	297	45,8
Em que aspeto houve melhoria (n=351, apenas respostas afirmativas)		
Limpeza e Higiene	91	25,9
Melhor atendimento	170	48,4
Melhor tratamento das reclamações e sugestões	25	7,1
Segurança	48	13,7
Organização	73	20,8
Todos os aspetos descritos anteriormente	149	42,5

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à **definição do conceito da marca AQR** observou-se que a maioria dos utentes respondentes o definiu como “*Bom atendimento e/ou Boa higiene*”, resposta obtida em todos os CS com exceção de Alfândega da Fé e Mirandela I, como se pode verificar na tabela 6, ou como “*Marca de avaliação de atendimento e de instalações que é atribuído a instalações públicas*”, obtida nos CS de Alfândega da Fé, Carrazeda, Macedo de Cavaleiros, Freixo de Espada à Cinta, Mogadouro e Torre de Moncorvo, ou, ainda, como “*Atendimento com qualidade e personalizado sem ter que esperar com profissionalismo e competência*” nos CS de Alfândega da Fé, Bragança, Miranda do Douro e Torre de Moncorvo, e, também, como “*Marca de avaliação de atendimento e de instalações que é atribuído a instalações públicas*”, “*Prémio atribuído pela Organização Mundial de Saúde*”, “*Conjunto de normas que servem para promover as boas práticas*” e “*Alcançar um patamar distinto (respeitando as hierarquias) e/ou nível superior de qualidade*” nos CS de Bragança, Carrazeda, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Mirandela, Torre de Moncorvo e Vila Flor. Outras definições com menor frequência foram registadas, como “*Melhorar o estado físico e psíquico de um indivíduo*”, “*Simpatia e competência*”, “*Ter médico especialista*” e “*Entidade que tem os 5’s*”. Os CS com mais respondentes a esta questão foram os de Torre de Moncorvo e Freixo de Espada à Cinta.

Tabela 6- Definição pelos utentes da Marca AQR

Centros de Saúde / Definições	Alfândega da Fé	Bragança Santa Maria	Bragança Sé	Carraceda de Ansiães	Freixo de Espada à Cinta	Macedo de Cavaleiros	Miranda do Douro	Mirandela I	Mirandela II	Mogadouro	Torre de Moncorvo	Vila Flor	Vimioso	Vinhais
Bom atendimento e/ou Boa higiene	-	1	1	1	2	2	4	-	3	1	3	2	1	2
Conjunto de normas que servem para promover as boas práticas.	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	3
Melhorar o estado físico e psíquico de um indivíduo.	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Simpatia e competência.	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
Marca de avaliação de atendimento e de instalações que é atribuído a instalações públicas.	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	4	-	1	-
Atendimento com qualidade e personalizado sem ter que esperar com profissionalismo e competência.	2	1	-	-	-	-	1	-	-	-	5	-	-	-
Alcançar um patamar distinto (respeitando as hierarquias e/ou nível superior de qualidade)	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ter um médico especialista	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Entidade que tem os 5's	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Busca sistemática e contínua da qualidade e estimular a eficiência dos serviços através de articulações e integração de recursos	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Prémio atribuído pela OMS.	-	-	-	-	-	2	-	3	-	-	-	2	-	-
Marca registada pelo M.S. destinada a reconhecer que o atendimento prestado nos serviços de saúde atinge um determinado patamar de qualidade.	3	-	-	1	-	1	-	-	-	7	8	-	-	-

Fonte: Elaboração Própria

Na continuação apresentamos, na tabela 7, os resultados obtidos para a **satisfação global**. Estes resultados são relativos às questões da satisfação e apresentam-se tabelados para cada questão em função das medidas estatísticas n, relativa ao número de respondentes à questão, %, representativa da percentagem correspondente ao número de respondentes da classe de classificação, M, indicativo da média da classificação e DP como indicador do desvio padrão da pontuação obtida. Observa-se que a maioria está pelo menos satisfeita (59,5%, 377 inquiridos satisfeitos), com uma média próxima de 4 e baixo desvio padrão.

Tabela 7- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Satisfação Global

1 – Muito insatisfeito 5 – Muito satisfeito	N	1		2		3		4		5		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Satisfação Global	SATISFG	634	16	2,5	26	4,1	121	19,1	377	59,5	94	14,8	3,80	0,83

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 8, que se segue, apresentamos os resultados relativamente à **imagem** que o utente tem do CS que frequenta. Verifica-se em todos os itens concordância maioritária com as afirmações expostas, assim como se observa que todas as medianas assumem o nível da concordância. O valor médio está sempre próximo de 4 e observam-se pequenos desvios padrão. Pode-se concluir que a maioria dos utentes da amostra tem uma boa/excelente imagem do CS.

Tabela 8- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Imagem

1 – Discordo totalmente 5 – Concordo totalmente 6 – Não sabe/Não responde	N	1		2		3		4		5		6		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Imagem	IMAG1	632	9	1,4	27	4,3	86	13,6	324	51,3	160	25,3	26	4,1	3,99	0,85
	IMAG2	625	8	1,3	23	3,7	97	15,5	343	54,9	125	20,0	29	4,6	3,93	0,80
	IMAG3	626	14	2,2	27	4,3	90	14,4	356	56,9	118	18,8	21	3,4	3,89	0,85
	IMAG4	624	10	1,6	24	3,8	152	24,4	304	48,7	84	13,5	50	8,0	3,75	0,82
	IMAG5	630	5	0,8	38	6,0	82	13,0	336	53,3	145	23,0	24	3,8	3,95	0,84

Fonte: Elaboração própria.

Seguem-se os resultados da **qualidade percebida geral**, conforme tabela 9 que se segue, relativamente ao que se verifica que a maioria dos utentes (61,1%;391) a classifica como boa, para uma média próxima de 4 e pequena disparidade de respostas.

Tabela 9- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde	n	1		2		3		4		5		6		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Qualidade apercebida	QAG	640	0	0	15	2,3	101	15,8	391	61,1	119	18,6	14	2,2	3,98	0,67

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à **qualidade apercebida das instalações**, cujos resultados constam da tabela 10, os utentes consideram mais favoravelmente a limpeza e higiene, com concordância e muita concordância de 59,4% e 31,9%, respetivamente, e com o valor médio mais elevado e menor desvio padrão. Menos favoravelmente a proteção da privacidade nos consultórios do CS, com concordância e muita concordância de 65,3% e 18,4%, respetivamente.

Tabela 10- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida das Instalações

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde	n	1		2		3		4		5		6		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Qualidade apercebida das instalações	QAI 1	626	0	0	3	0,5	49	7,8	372	59,4	200	31,9	2	0,3	4,23	0,60
	QAI 2	632	0	0	21	3,3	71	11,2	385	60,9	151	23,9	4	0,6	4,06	0,70
	QAI 3	632	1	0,2	24	3,8	75	11,9	413	65,3	116	18,4	3	0,5	3,98	0,69
	QAI global	634	0	0	13	2,1	54	8,8	411	64,8	153	24,1	3	0,5	4,12	0,63

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 11 apresentam-se os resultados da **qualidade apercebida** relativamente aos **assistentes técnicos**, as características de competência, simpatia/cortesia/respeito são as que reúnem maior concordância por parte dos utentes, ou seja, as que apresentam melhores resultados. Por sua vez, a confiança e disponibilidade apresentam resultados ligeiramente menos favoráveis, nomeadamente em termos médios.

Tabela 11- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação aos Assistentes Técnicos (administrativos)

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde		n	1		2		3		4		5		6		M	DP
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Qualidade apercebida dos administrativos	QAA1	639	1	0,2	1	0,2	71	11,1	422	66,0	115	18,0	29	4,5	4,06	0,57
	QAA2	631	2	0,3	2	0,3	81	12,8	400	63,4	129	20,4	17	2,7	4,06	0,62
	QAA3	632	1	0,2	2	0,3	104	16,5	405	64,1	100	15,8	20	3,2	3,98	0,60
	QAA4	633	1	0,2	2	0,3	106	16,7	389	61,5	118	18,6	17	2,7	4,01	0,63
	QAA5	629	1	0,2	7	1,1	112	17,8	405	64,4	87	13,8	17	2,7	3,93	0,62
	QAA global	625	0	0	4	0,6	80	12,8	409	65,4	115	18,4	17	2,7	4,04	0,59

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da **qualidade apercebida em relação ao pessoal médico**, que apresentamos na tabela 12, apresentam-se, em geral, moderadamente favoráveis, destacando-se a característica competência com os melhores resultados. Por sua vez, as características informação e disponibilidade apresentam os resultados menos favoráveis, quer em termos médios quer nos níveis de concordância.

Tabela 12- Distribuição absoluta e relativa, mediana, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação ao pessoal Médico

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde		n	1		2		3		4		5		6		M	DP
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Qualidade apercebida aos médicos	QAM 1	638	1	0,2	12	1,9	117	18,3	409	64,1	81	12,7	18	2,8	3,90	0,63
	QAM 2	631	2	0,3	28	4,4	203	32,2	317	50,2	79	12,5	2	0,3	3,70	0,75
	QAM 3	630	2	0,3	26	4,1	160	25,4	354	56,2	86	13,7	2	0,3	3,79	0,74
	QAM 4	630	2	0,3	25	4,0	184	29,2	332	52,7	85	13,5	2	0,3	3,61	0,75
	QAM 5	629	7	1,1	27	4,3	249	39,6	266	42,3	77	12,2	3	0,5	3,86	0,80
	QAM global	638	5	0,8	21	3,3	149	23,4	343	53,8	118	18,5	2	0,3	4,40	0,78

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 13 apresentam-se os resultados da **qualidade apercebida** relativamente ao **grupo de enfermagem**. Este é o grupo que apresenta os melhores resultados em todas as características avaliadas pelos utentes do estudo. Pode-se afirmar que os utentes, de modo geral, classificam a qualidade apercebida relativamente aos enfermeiros de boa e com tendência a muito boa.

Tabela 13- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação ao grupo de Enfermagem

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde	n	1		2		3		4		5		6		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Qualidade apercebida do pessoal de enfermagem	QAE 1	636	0	0	4	0,6	40	6,3	286	45,0	305	48,0	1	0,2	4,40	0,64
	QAE 2	630	0	0	5	0,8	57	9,0	266	42,2	301	47,8	1	0,2	4,37	0,68
	QAE 3	629	0	0	4	0,6	57	9,1	304	48,3	263	41,8	1	0,2	4,32	0,66
	QAE 4	625	0	0	7	1,1	59	9,4	305	48,8	253	40,5	1	0,2	4,29	0,68
	QAE 5	630	0	0	5	0,8	68	10,8	284	45,1	272	43,2	1	0,2	4,31	0,69
	QAE global	635	0	0	3	0,5	48	7,6	290	45,7	293	46,1	1	0,2	4,38	0,64

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à **qualidade apercebida em relação aos outros técnicos de saúde** os resultados são favoráveis, como se pode observar na tabela 14, com 53,9% a classificarem-na como boa e 10,4% com muito boa.

Tabela 14- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação a outros Técnicos de Saúde

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde	n	1		2		3		4		5		6		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Qualidade apercebida outros técnicos	QATS	637	0	0	8	1,3	71	11,1	337	53,9	66	10,4	155	24,3	3,96	0,59

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à **qualidade apercebida relativamente aos auxiliares** tem-se que a maioria, 71,1%, a classifica como boa, como se pode constatar a partir da tabela 15, que se segue.

Tabela 15 - Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida em relação aos Auxiliares

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde	n	1		2		3		4		5		6		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Qualidade apercebida auxiliares	QAAux	650	0	0	1	0,2	64	9,8	462	71,1	93	14,3	30	4,6	4,04	0,51

Fonte: Elaboração própria.

Em termos **relacionais**, a **qualidade apercebida** pela maioria dos utentes inquiridos (74%), é classificada com boa, como se pode constatar a partir da análise à tabela 16.

Tabela 16- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida Relacional

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde	n	1		2		3		4		5		6		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Qualidade apercebida relacional	QAREL	651	0	0	1	0,2	68	10,4	482	74,0	87	13,4	13	2,0	4,03	0,50

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 17, que se segue, apresentam-se os resultados da qualidade apercebida relativamente às **acessibilidades**. A classificação dos itens apresentados é, de um modo geral, boa, destacando-se, contudo, com melhores resultados médios o serviço domiciliário (m=3,92), o atendimento telefónico (m=3,87) e a informação disponibilizada (m=3,84). Com resultados menos favoráveis, em termos médios, conta-se o tempo de espera da consulta (m=3,27) e o sistema de marcação de consulta (m=3,32).

Tabela 17- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Qualidade Apercebida dos serviços (Acessibilidades)

1 – Muito má 5 – Muito boa 6 – Não sabe/Não responde	n	1		2		3		4		5		6		M	DP	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Qualidade apercebida dos serviços	ACB1	630	22	3,5	89	14,1	124	19,7	339	53,8	49	7,8	7	1,1	3,49	0,95
	ACB2	634	22	3,5	71	11,2	255	40,2	233	36,8	42	6,6	11	1,7	3,32	0,89
	ACB3	632	33	5,2	79	12,5	244	38,6	222	35,1	45	7,1	9	1,4	3,27	0,96
	ACB4	629	11	1,7	36	5,7	249	39,6	287	45,6	38	6,0	8	1,3	3,49	0,77
	ACB5	626	11	1,8	65	10,4	178	28,4	278	44,4	53	8,5	41	6,5	3,51	0,88
	ACB6	623	1	0,2	19	3,0	144	23,1	338	54,3	72	11,6	49	7,9	3,80	0,70
	ACB7	618	4	0,6	6	1,0	124	20,1	407	65,9	55	8,9	22	3,6	3,84	0,61
	ACB8	626	2	0,3	11	1,8	97	15,5	399	63,7	53	8,5	64	10,2	3,87	0,60
	ACB9	600	8	1,3	8	1,3	88	14,7	174	29,0	98	16,3	224	37,3	3,92	0,86
	ACB global	642	2	0,3	13	2,0	110	17,1	442	68,8	70	10,9	5	0,8	3,89	0,62

Fonte: Elaboração própria.

No que respeita à **lealdade** ao CS os resultados apontam, conforme tabela 18 que se segue, que 43,5% dos utentes concordam que se manteriam no mesmo CS e que 28,9% concordam totalmente.

Tabela 18- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Lealdade

1 – Discordo totalmente	n	1		2		3		4		5		6		M	DP
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
5 – Concordo totalmente															
6 – Não sabe/Não responde															
Lealdade LEAL	619	13	2,1	38	6,1	70	11,3	269	43,5	179	28,9	50	8,1	3,89	0,95

Fonte: Elaboração própria.

No que respeita a **reclamações** observámos, como se pode concluir pela análise da tabela 19, que apenas 10,3% (66) dos utentes inquiridos já apresentou reclamação verbal no centro saúde. Destes utentes, 62 responderam à questão de avaliação sobre a forma como a reclamação foi conduzida, sendo que a maioria, 71% (44 utentes), afirmou que o problema foi resolvido.

Tabela 19- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da resolução de Reclamação

1 – Muito mal resolvida	n	1		2		3		4		5		M	DP
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
4 – Muito bem resolvida													
5 – Não sabe/Não responde													
Resolução reclamação RESREC	62	2	3,2	16	25,8	44	71,0	0	0	0	0	2,68	0,54

Fonte: Elaboração própria.

Numa situação de **eventual reclamação** constata-se que a maioria julga que esta seria resolvida, como se pode verificar a partir da tabela 20.

Tabela 20- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da potencial resolução de uma Reclamação

1 – Muito mal resolvida	n	1		2		3		4		5		M	DP
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
4 – Muito bem resolvida													
5 – Não sabe/Não responde													
Resolução potencial reclamação POTRESREC	590	16	2,7	59	10,0	303	51,4	64	10,8	148	25,1	2,94	0,65

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à **recomendação do CS** que frequentam, 58,3% dos utentes afirmam que o recomendariam a um familiar ou amigo, como se pode constatar a partir da análise à tabela 21.

Tabela 21- Distribuição absoluta e relativa, média e desvio padrão da Recomendação

1 – Discordo totalmente	n	1		2		3		4		5		6		M	DP
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
5 – Concordo totalmente															
6 - Não sabe/Não responde															
Recomendação	RECOM	624	11 1,8	34 5,4	131 21,0	364 58,3	3 0,5	81 13,0	3,58	0,71					

Fonte: Elaboração própria.

Apresentamos, na tabela 22 que se segue, os resultados estatísticos das diferentes dimensões de satisfação avaliadas. As dimensões que se apresentam a sombreado, respetivamente a Imagem, QAI, QAA, QAM, QAE e ACB, foram determinadas a partir da soma das pontuações obtidas em cada item da dimensão. São apresentados, para cada dimensão, o número de itens que a constituem, os valores de Alpha de Conbrach (avaliação da consistência interna) para as dimensões com mais de um item e que deverão ser superiores a 0,60 para se considerar uma consistência aceitável, o mínimo, máximo, média e desvio padrão dos resultados obtidos, e ainda, o máximo possível e média teórica de forma a proporcionar uma melhor compreensão dos resultados obtidos (Fernandes, 1999).

Analisando os resultados obtidos tem-se que quanto à consistência interna os valores de Alpha de Conbrach são superiores a 0,70, o que traduz uma boa consistência nas dimensões. Em termos médios verifica-se que em cada dimensão os valores observados são superiores aos valores teóricos, o que significa que os utentes estão pelo menos moderadamente satisfeitos em cada dimensão avaliada, com exceção das dimensões referentes à reclamação. Em situação de reclamação ou eventual reclamação os utentes não manifestam satisfação.

Nas tabelas que se seguem é realizada a comparação **da satisfação, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendações em função das variáveis sociodemográficas do estudo (para dar resposta à hipótese H1), do conhecimento da Marca AQR e da eventual melhoria nos serviços a partir da sua atribuição**. As variáveis quantitativas intervalares encontram-se nas tabelas a sombreado. Para Fernandes (1999) para estas variáveis e na comparação de duas amostras independentes utilizou-se, como já tivemos oportunidade de referir, o teste paramétrico t. Para as restantes variáveis ordinais e para a comparação de duas amostras independentes foi utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney. Para efetuar a comparação de três ou mais amostras independentes recorreu-se em todas as situações ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis, pois para as variáveis quantitativas intervalares não foi satisfeito o pressuposto da normalidade dos erros do modelo. Sempre que foram detetadas diferenças significativas na aplicação do teste Kruskal-Wallis recorreu-se à técnica das comparações múltiplas de forma a determinar qual (ais) o(s) grupo(s) diferente(s). Através do teste de Levene analisou-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias entre grupos. Quando é verificada a

homogeneidade de variâncias entre grupos recorreu-se aos testes de Scheffé. Sempre que a homogeneidade de variâncias não se verificou, isto é, sempre que as variâncias de cada grupo diferem entre si, utilizou-se o teste Games-Howell, que como já referido é o mais indica nestas situações.

Tabela 22- Características estatísticas das dimensões de satisfação estudadas

Dimensões	Nº itens	N	Alpha Conbrach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Máximo Possível	Média Teórica
SATISF G.	1	634	---	1,0	5,0	3,80	0,83	5	3
Imagem	5	547	0,911	6,0	25,0	19,49	3,55	25	15
QAG	1	626	---	2,0	5,0	3,98	0,67	5	3
QAI	4	611	0,716	6,0	15,0	12,29	1,57	20	12
QAA	5	591	0,931	5,0	25,0	20,01	2,67	25	15
QAM	5	607	0,941	5,0	25,0	18,89	3,20	25	15
QAE	5	622	0,955	10,0	25,0	21,72	3,07	25	15
QATS	1	482	---	2,0	5,0	3,96	0,59	5	3
QAAux	1	620	---	2,0	5,0	4,04	0,51	5	3
QAREL	1	638	---	2,0	5,0	4,03	0,50	5	3
ACB	9	358	0,916	18,0	45,0	32,39	4,49	45	27
LEAL	1	569	---	1,0	5,0	3,99	0,95	5	3
RESRECL	1	62	---	1,0	3,0	2,68	0,54	4	3
PRESRECL	1	442	---	1,0	4,0	2,94	0,65	4	3
RECOM	1	543	---	1,0	5,0	3,58	0,71	5	3

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação em função do género, assim como os resultados dos valores de prova do teste t (utilizado para as variáveis quantitativas) e teste Mann-Whitney (utilizado para as variáveis ordinais) (Fernandes, 1999), encontram-se na tabela 23 que a seguir se apresenta. Relativamente à satisfação global tem-se que os utentes do género feminino estão em termos médios ligeiramente mais satisfeitos que os utentes do género masculino, sendo a dispersão em ambos os casos relativamente baixa. Da sua análise permitimo-nos constatar que, no que respeita à imagem, os utentes do género feminino apresentam em termos médios uma opinião sobre ligeiramente mais favorável que os utentes do género masculino, sendo a dispersão em ambos os casos relativamente próxima. No que respeita à qualidade apercebida são também os utentes do género feminino os que demonstram ter uma ideia de qualidade mais favorável do CS que frequentam. Relativamente à qualidade apercebida das instalações e à relação com o pessoal de enfermagem a melhor opinião, em termos médios, é a dos utentes do género feminino, embora com ligeira diferença para o género masculino. Quanto à qualidade apercebida em relação aos

assistentes técnicos e ao pessoal médico, a melhor opinião, em termos médios, é dos utentes do género masculino, ainda que somente com ligeira diferença para o género feminino. No que respeita à qualidade apercebida em relação aos outros técnicos e aos outros profissionais (auxiliares) tem-se que a melhor opinião, em termos médios, é dos utentes do género feminino, embora seja uma ligeira diferença para o género masculino. Em termos de qualidade apercebida relacional é também o género feminino que considera melhor, em termos médios, a relação global com o CS. Relativamente à qualidade apercebida em relação à acessibilidade, o género feminino apresenta, em termos médios, uma melhor opinião. Quanto à lealdade verifica-se, em termos médios, que o género feminino é ligeiramente mais leal. No que concerne às reclamações os utentes, de ambos os géneros, não consideram que a reclamação realizada tenha sido bem resolvida e numa suposta reclamação também não esperam uma boa resolução, embora nesta última situação sejam os utentes do género masculino os mais confiantes. Os utentes recomendariam, de um modo geral, o Cs que frequentam, embora sejam os utentes do género feminino quem mais recomendaria.

Para as dimensões imagem, qualidade apercebida geral, qualidade apercebida em relação aos outros profissionais, qualidade apercebida relacional e recomendações verifica-se, para um nível de significância de 5%, que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. De outro modo, e para um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que os utentes do género feminino manifestaram uma melhor opinião sobre a imagem do CS, a qualidade apercebida em relação aos outros profissionais, a qualidade apercebida relacional e que recomendariam com maior frequência o CS que frequentam.

Tabela 23- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função do Género Sexual

Dimensões	Feminino			Masculino			Valor prova
	n	Média	DP	n	Média	DP	
SATISF G.	353	3,83	0,84	274	3,75	0,81	0,103
Imagem	303	19,83	3,47	239	19,07	3,64	0,013*
QAG	348	4,05	0,69	269	3,89	0,63	0,009*
QAI	334	12,40	1,47	272	12,17	1,65	0,065
QAA	329	19,99	2,75	255	20,02	2,54	0,908
QAM	335	18,83	3,24	264	18,93	3,13	0,709
QAE	345	21,90	2,96	270	21,51	3,17	0,120
QATS	263	4,00	0,54	211	3,91	0,63	0,176
QAAux	339	4,08	0,49	272	4,00	0,52	0,023*
QAREL	355	4,08	0,49	274	3,96	0,49	0,018*
ACB	183	32,50	4,13	171	32,12	4,70	0,418
LEAL	320	4,00	0,95	240	3,96	0,97	0,938
RESRECL	36	2,72	0,45	25	2,68	0,56	0,910
PRESRECL	243	2,91	0,68	193	2,96	0,61	0,800
RECOM	298	3,61	0,71	237	3,52	0,70	0,037*

Fonte: Elaboração própria.

Na continuação apresentamos, na tabela 24, os resultados da **satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação, em função da faixa etária**, assim como os resultados dos valores de prova do teste Kruskal-Wallis.

Relativamente a esta variável as diferenças estatisticamente significativas foram detetadas para as dimensões satisfação global, imagem, qualidade apercebida geral, qualidade apercebida das instalações, qualidade apercebida em relação ao pessoal da enfermagem, qualidade apercebida relacional, lealdade, resolução de reclamações, resolução de suposta reclamação e recomendação. Relativamente à satisfação global os utentes registam-se, como os mais satisfeitos os que tem mais de 65 anos e os que se encontram entre os 18 e 34 anos. Pela aplicação do teste de comparações múltiplas (Tabela 25) os resultados das faixas etárias 18 a 34 anos e com mais de 65 diferem, significativamente das outras faixas, mas entre si as diferenças não se apresentam relevantes. Quanto à qualidade apercebida geral, os utentes dos CS que melhor avaliam a qualidade global em função da sua experiência são os que tem mais de 65 anos, os que tem idade compreendida entre 18 e 34 anos. Diferenças estatisticamente significativas

foram detetadas entre as faixas etárias de 18 a 34 anos e para os maiores de 65 anos relativamente às faixas etárias entre 35 a 49 anos e 50 a 64 anos (Tabela 25).

Relativamente a esta variável as diferenças estatisticamente significativas foram detetadas para as dimensões satisfação global, imagem, qualidade apercebida geral, qualidade apercebida das instalações, qualidade apercebida em relação ao pessoal da enfermagem, qualidade apercebida relacional, lealdade, resolução de reclamações, resolução de suposta reclamação e recomendação. Relativamente à satisfação global os utentes registam-se, como os mais satisfeitos os que tem mais de 65 anos e os que se encontram entre os 18 e 34 anos. Pela aplicação do teste de comparações múltiplas (Tabela 25) os resultados das faixas etárias 18 a 34 anos e com mais de 65 diferem, significativamente das outras faixas, mas entre si as diferenças não se apresentam relevantes. Quanto à qualidade apercebida geral, os utentes dos CS que melhor avaliam a qualidade global em função da sua experiência são os que tem mais de 65 anos, os que tem idade compreendida entre 18 e 34 anos. Diferenças estatisticamente significativas foram detetadas entre as faixas etárias de 18 a 34 anos e para os maiores de 65 anos relativamente às faixas etárias entre 35 a 49 anos e 50 a 64 anos (Tabela 25).

Quanto à qualidade apercebida das instalações, os utentes que melhor avaliaram este ponto foram os menores de 18 anos e os maiores de 65 anos. No que respeita à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os mais velhos, com idade compreendida entre os 50 e 64 anos e os maiores de 65 anos. Através da técnica das comparações múltiplas, foi-nos possível verificar que são os utentes com mais de 65 anos que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes com idade compreendida entre os 18 e 34 anos e os 35 e 49 anos. Quanto à qualidade apercebida relacional, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com um máximo de 18 anos e com mais de 65 anos. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes com mais de 65 anos que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes com idade compreendida entre os 18 e 34 anos e os utentes com idade compreendida entre os 50 e 64 anos. Relativamente à lealdade, os utentes mais leais são, os que tem mais de 65 anos e os que tem idade compreendida entre os 18 e 34 anos. Estatisticamente, os resultados obtidos para a faixa etária dos 18 aos 34 anos diferem significativamente para os utentes da faixa dos 50 aos 64 anos, assim como para os maiores de 65 anos diferem de todas as outras faixas. São os utentes mais velhos (idade entre os 35 a 49 anos e entre 50 e 64 anos) os que manifestaram melhor opinião sobre a resolução de uma reclamação. Quanto a uma eventual reclamação, os utentes mais velhos manifestaram uma opinião mais favorável a uma boa resolução da reclamação. Relativamente à recomendação do CS frequentado, esta será mais prontamente realizada pelos utentes mais velhos.

Tabela 24 - Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função da faixa etária

Dimensões	Menos de 18 anos			Entre 18 e 34 anos			Entre 35 e 49 anos			Entre 50 e 64 anos			65 ou mais anos			Valor Prova
	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP	
SATISF G..	54	3,69	0,47	108	3,99	0,59	111	3,61	0,88	174	3,60	0,98	185	4,02	0,79	0,000*
Imagem	56	19,39	2,15	104	20,15	2,74	103	19,23	4,02	144	19,18	4,46	139	19,54	3,04	0,466
QAG	51	4,04	0,49	105	4,11	0,56	114	3,80	0,74	172	3,83	0,82	180	4,14	0,48	0,000*
QAI	59	12,71	1,46	110	12,08	1,46	108	12,01	1,79	163	12,23	1,49	170	12,51	1,55	0,004*
QAA	59	20,75	3,13	110	19,83	2,74	103	19,82	2,11	156	20,31	2,69	160	19,63	2,64	0,074
QAM	58	19,14	3,14	108	18,86	2,97	115	18,93	3,08	160	18,89	3,28	162	18,72	3,34	0,780
QAE	59	21,49	3,15	108	21,32	2,73	113	21,30	2,92	165	21,59	3,27	173	22,43	3,03	0,001*
QATS	57	4,00	0,63	101	3,96	0,40	91	3,86	0,77	133	3,91	0,51	97	4,07	0,62	0,237
QAAux	59	3,97	0,52	105	4,10	0,39	111	3,96	0,65	163	4,06	0,56	178	4,06	0,40	0,224
QAREL	59	3,97	0,59	106	3,97	0,35	116	4,01	0,60	171	3,93	0,49	182	4,18	0,44	0,000*
ACB	44	32,27	4,09	60	33,47	5,29	79	31,76	5,04	106	31,94	4,33	67	32,55	2,60	0,250
LEAL	47	4,00	0,83	89	4,08	0,69	114	3,76	0,98	161	3,75	1,16	154	4,34	0,72	0,000*
RESRECL	10	2,00	0,00	9	2,11	0,60	15	3,00	0,00	27	3,00	0,00				0,000*
PRESRECL	52	2,90	0,77	68	2,81	0,60	72	2,76	0,93	139	3,01	0,59	108	3,04	0,36	0,028*
RECOM	59	3,58	0,75	106	3,67	0,63	103	3,52	0,74	142	3,34	0,85	129	3,79	0,41	0,000*

Fonte: Elaboração própria

Tabela 25 - Resultados dos testes de comparações múltiplas para a Faixa Etária

Dimensão	Faixa etária
SATISF G.	A faixa [18 – 34] diferente de todas exceto >= 65 anos; A faixa >=65 anos diferentes de todas exceto faixa [18 – 34]
QAG	A faixa [18 – 34] diferente das faixas [35-49] e [50 – 64] A faixa >=65 anos diferente das faixas [35-49] e [50 – 64]
QAI*	Não foi possível determinar grupo(s) diferente(s)
QAE	A faixa >=65 anos diferente das faixas [18 – 34] e [35 – 49]
QAREL	A faixa >=65 anos diferente das faixas [18 – 34] e [50 – 64]
LEAL	A faixa [18 – 34] diferente das faixas [50 – 64] A faixa >=65 anos difere de todas as faixas.
RESRECL	A faixa [18 – 34] diferente das faixas [35-49] e [50 – 64]
PRESRECL	A faixa >=65 anos diferente da faixa [18 – 34]
RECOM	A faixa [18 – 34] difere das faixas [50 – 64] A faixa >=65 anos difere das faixas [35 – 49] e [50 – 64]

*aplicação do teste de Scheffé, verificação da homogeneidade de variâncias, nos restantes aplicou-se o teste Games Howell, pois não se verificou a homogeneidade de variâncias.

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 26 são apresentados os resultados **da satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação em função das habilitações literárias**, assim como os resultados dos valores de prova do teste Kruskal-Wallis. Relativamente a esta variável as diferenças estatisticamente significativas foram detetadas para as dimensões satisfação global, imagem, qualidade apercebida das instalações, qualidade apercebida em relação aos assistentes técnicos, qualidade apercebida em relação aos médicos, qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, qualidade apercebida relativamente aos outros técnicos, qualidade apercebida em relação a outros profissionais, qualidade apercebida relacional, lealdade, resolução de pressuposta reclamação e recomendação. No que respeita à satisfação global os utentes que se apresentam, em termos médios, mais satisfeitos são os que só sabem ler e escrever e os que possuem o ensino médio. Pela aplicação do teste de comparações múltiplas (Tabela 27), verificou-se que os resultados do grupo só sabe ler e escrever é diferente do dos grupos 2º ciclo e ensino médio. No que respeita à qualidade apercebida das instalações, os utentes que melhor avaliaram este ponto foram os que sabem ler e escrever e os que possuem o 1º ciclo do ensino básico. Não foi possível detetar qual (ais) o(s) grupo(s) diferente(s). Relativamente à qualidade apercebida em relação aos assistentes técnicos, os utentes que expressaram melhor opinião foram os que possuem mais habilitações, nomeadamente o ensino médio, secundário e superior. Pelas comparações múltiplas (Tabela 27) tem-se que a qualidade apercebida em relação aos assistentes técnicos dos grupos secundário e ensino médio difere significativamente do grupo 2º ciclo.

Tabela 26 - Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função das Habilitações Literárias

Dimensões	Não sabe ler			Sabe ler e escrever			1º Ciclo			2º Ciclo			3º Ciclo			Secundário			Médio			Superior			Valor prova
	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	
SATISF G..	36	3,56	1,27	62	4,06	0,60	140	3,88	0,72	40	3,45	0,78	105	3,75	0,74	127	3,69	0,83	27	4,00	0,62	95	3,89	0,98	0,001*
Imagem	29	19,31	3,14	47	20,04	2,27	111	19,90	3,01	35	18,71	4,05	99	19,59	2,69	105	18,95	3,98	27	20,00	3,00	93	19,42	4,79	0,436
QAG	36	4,00	0,48	58	4,14	0,51	143	4,07	0,60	38	3,87	0,62	102	3,90	0,65	123	3,93	0,70	27	4,07	0,62	95	3,89	0,87	0,200
QAI	35	12,00	1,89	50	12,50	1,87	147	12,50	1,49	32	11,94	1,85	104	12,39	1,91	121	11,98	1,00	27	12,41	1,34	94	12,30	1,49	0,036*
QAA	34	19,85	2,15	55	19,65	2,74	133	19,82	2,22	35	18,40	3,53	106	19,91	2,97	114	20,53	2,83	27	21,00	1,78	84	20,27	2,27	0,009*
QAM	34	17,00	2,55	53	18,28	3,02	136	19,21	2,86	35	17,37	3,40	102	18,88	3,49	122	18,57	3,31	27	21,19	2,11	94	19,67	2,92	0,000*
QAE	34	22,76	2,49	58	22,17	3,41	146	22,45	2,78	33	20,39	3,26	102	21,25	3,33	124	20,65	3,19	27	22,19	2,50	94	22,15	2,45	0,000*
QATS	14	4,00	0,78	34	4,35	0,54	95	3,89	0,49	19	3,53	0,61	93	3,98	0,75	115	3,88	0,48	21	4,29	0,46	88	3,94	0,51	0,000*
QAAux	36	3,78	0,42	59	4,22	0,42	148	3,97	0,41	33	4,03	0,59	106	4,02	0,57	118	4,08	0,59	22	4,27	0,46	94	4,07	0,47	0,000*
QAREL	36	4,00	0,48	63	4,30	0,50	151	3,99	0,42	37	4,00	0,58	107	4,07	0,59	119	3,81	0,53	27	4,22	0,42	94	4,07	0,26	0,000*
ACB	9	32,67	3,16	31	33,10	2,68	72	32,31	4,32	19	31,26	3,07	80	31,99	3,55	88	31,91	4,59	15	30,47	4,05	42	34,29	6,55	0,051
LEAL	31	4,39	0,72	48	4,38	0,70	130	4,07	1,16	35	4,00	0,94	94	4,02	0,89	110	3,59	0,79	27	4,30	0,72	90	3,87	0,95	0,00*
RESRECL							6	3,00	0,00				16	2,69	0,48	20	2,70	0,47	6	3,00	0,00	13	2,46	0,66	0,132
PRESRECL	19	2,79	0,42	30	3,30	0,47	91	3,10	0,45	22	3,14	0,56	73	3,05	0,68	96	2,84	0,67	25	3,04	0,20	83	2,57	0,78	0,000*
RECOM	30	3,83	0,38	38	3,79	0,41	114	3,64	0,74	31	3,55	0,51	101	3,51	0,78	122	3,53	0,65	22	3,68	0,57	81	3,40	0,88	0,033*

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à qualidade apercebida em relação aos médicos, os utentes que expressaram melhor opinião foram os que possuem ensino médio e superior. Os que estão menos satisfeitos foram os utentes que não sabem ler ou escrever e os que possuem o 2º ciclo. Pelas comparações múltiplas, verificou-se que a opinião expressa pelos utentes com ensino médio difere significativamente de todos os outros utentes, com exceção dos utentes com ensino superior. No que diz respeito à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com ensino médio, superior, os que não sabem ler nem escrever, os que sabem ler e escrever e os que possuem o 1º ciclo. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes com o 1º ciclo que apresentam resultados significativamente diferentes do grupo dos utentes que possuem o ensino secundário. Quanto à qualidade apercebida relativamente aos outros técnicos, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com ensino médio e os que só sabem ler e escrever. Pelo teste das comparações múltiplas verificou-se que as opiniões destes grupos diferem significativamente dos grupos 1º ciclo, 2º ciclo e secundário. Relativamente à qualidade apercebida aos outros profissionais, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com ensino médio e os que só sabem ler e escrever, os utentes que não sabem ler nem escrever expressaram a opinião menos favorável. Pelas comparações múltiplas tem-se que o grupo não sabe ler nem escrever difere significativamente dos grupos: só sabe ler e escrever, secundário, médio e superior. Quanto à qualidade apercebida relacional, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com ensino médio e os que só sabem ler e escrever, os utentes que possuem o ensino secundário expressaram a opinião menos favorável. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes com ensino secundário os que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes que só sabe ler e escrever, do 1º ciclo, do 2º ciclo, do 3º ciclo e do ensino médio. No que respeita à lealdade, os utentes que, em termos médios, são mais leais são os que não sabem ler nem escrever e os que possuem o ensino médio, os utentes que possuem o ensino secundário expressaram a opinião menos favorável. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes com ensino secundário os que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes que não sabem ler nem escrever, só sabe ler e escrever e 1º ciclo. Quanto a uma eventual reclamação, os utentes que só sabem ler e escrever manifestaram uma opinião mais favorável a uma boa resolução da reclamação. A recomendação do CS frequentado é realizada mais prontamente pelos utentes que não sabem ler nem escrever, embora todos afirmam que recomendariam o CS.

Tabela 27- Resultados dos testes de comparações múltiplas para as Habilitações Literárias

Dimensão	Habilitações
SATISF G.	O grupo só sabe ler e escrever difere dos grupos: 2º ciclo e secundário. O grupo ensino médio é diferente do grupo 2º ciclo.
QAI	O grupo secundário difere do grupo 2º ciclo.
QAA	O grupo 2º ciclo diferente dos grupos: secundário e ensino médio.
QAM*	O ensino médio difere de todos com exceção ensino superior. Não sabe ler nem escrever é diferente dos grupos: ensino médio e superior.
QAE*	O grupo 1º ciclo diferente do grupo secundário.
QATS	Só sabe ler e escrever difere dos grupos: 1º ciclo, 2º ciclo, secundário e superior. O ensino médio é diferente dos grupos: 1º ciclo, 2º ciclo e secundário.
QAAux	Não sabe ler nem escrever difere dos grupos: só sabe ler e escrever, secundário, médio e superior. Só sabe ler e escrever diferente do 1º ciclo.
QAREL	Só sabe ler e escrever difere dos grupos: 1º ciclo, secundário e superior. Ensino secundário diferente dos grupos: 1º ciclo, 3º ciclo, ensino médio e superior.
LEAL	Secundário difere dos grupos: não sabe ler nem escrever, só sabe ler e escrever e 1º ciclo.
PRESRECL	Só sabe ler e escrever difere dos grupos: não sabe ler nem escrever, ensino secundário e ensino superior. O ensino superior é diferente dos grupos: 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo e ensino médio.
RECOM	Não sabe ler nem escrever é diferente dos grupos: secundário e superior. Ensino superior difere do grupo só sabe ler e escrever.

*aplicação do teste de Scheffé, verificação da homogeneidade de variâncias, nos restantes aplicou-se o teste Games Howell, pois não se verificou a homogeneidade de variâncias.

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da **satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação em função do estado civil**, assim como os resultados dos valores de prova do teste Kruskal-Wallis, são apresentados na tabela 28 que se segue.

Tabela 28- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função do Estado Civil

Dimensões	Casado			Solteiro			Viúvo			Divorciado			Valor prova
	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP	
Satisf G.	354	3,85	0,90	161	3,73	0,64	82	3,79	0,91	33	3,61	0,66	0,009*
Imagem	295	19,45	3,82	154	19,55	2,56	70	20,01	3,34	25	18,00	5,52	0,083
QAG	354	3,93	0,73	155	3,96	0,55	79	4,25	0,54	32	3,94	0,67	0,002*
QAI	334	12,36	1,69	160	12,08	1,31	81	12,56	1,53	33	11,94	1,50	0,011*
QAA	314	19,92	2,74	159	19,86	2,88	80	20,49	2,24	33	20,09	1,28	0,076
QAM	330	18,75	3,34	158	18,78	2,76	80	19,79	3,51	33	18,15	2,20	0,056
QAE	342	21,80	3,20	161	21,04	3,00	80	22,48	2,47	33	22,30	2,77	0,002*
QATS	259	3,95	0,61	148	3,86	0,55	39	4,23	0,63	31	4,00	0,37	0,002*
QAAux	345	4,07	0,50	161	3,98	0,49	75	4,09	0,55	33	3,94	0,61	0,104
QAREL	355	4,02	0,49	162	3,99	0,52	82	4,18	0,50	33	3,91	0,38	0,010*
ACB	205	32,77	4,35	101	32,10	4,07	22	31,95	4,01	26	30,00	5,78	0,049*
LEAL	325	3,96	1,01	134	3,92	0,83	72	4,49	0,73	32	3,38	0,75	0,000*
RESRECL	44	2,84	0,43	12	2,08	0,29	5	3,00	0,00				0,000*
PRESRECL	229	2,97	0,61	125	2,93	0,66	56	3,11	0,49	29	2,34	0,81	0,000*
RECOM	301	3,50	0,79	153	3,67	0,61	59	3,75	0,48	24	3,42	0,50	0,009*

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente a esta variável as diferenças estatisticamente significativas foram detetadas para as dimensões satisfação global, imagem, qualidade apercebida geral, qualidade apercebida das instalações, qualidade apercebida em relação ao pessoal da enfermagem, qualidade apercebida em relação aos outros técnicos de saúde, qualidade apercebida relacional, qualidade apercebida em relação à acessibilidade, lealdade, resolução de reclamações, resolução de suposta reclamação e recomendação. Relativamente à satisfação do utente verificou-se que os mais satisfeitos são os casados e os menos satisfeitos os divorciados. No que respeita à qualidade apercebida geral, os utentes dos CS que melhor avaliam a qualidade global da sua experiência são os viúvos. As diferenças estatisticamente significativas foram detetadas entre as opiniões expressas pelo grupo dos viúvos relativamente aos solteiros e casados, conforme tabela

29. Quanto à qualidade apercebida das instalações, os utentes que melhor avaliaram este ponto foram os viúvos. Relativamente à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes viúvos e divorciados. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes solteiros que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes casados e viúvos. No que respeita à qualidade apercebida em relação aos outros técnicos de saúde, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes viúvos e divorciados. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes solteiros que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes viúvos. Quanto à qualidade apercebida relacional, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes viúvos. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes viúvos que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes de todos os outros estados civis. No que respeita à qualidade apercebida das acessibilidades observa-se que os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes casados e solteiros. Relativamente à lealdade tem-se que os utentes mais leais são, em termos médios, os viúvos. Estatisticamente, os resultados obtidos para o estado civil viúvo diferem significativamente dos resultados dos utentes de todos os outros estados civis. São, também, os utentes viúvos os que manifestaram melhor opinião sobre a resolução de uma reclamação. Quanto a uma eventual reclamação os utentes viúvos manifestaram uma opinião mais favorável a uma boa resolução da reclamação. A recomendação do CS frequentado é realizada mais prontamente pelos utentes viúvos.

Tabela 29- Resultados dos testes de comparações múltiplas para o Estado Civil

Dimensão	Estado Civil
SATISF G.*	Não foi possível determinar grupo(s) diferente(s)
QAG	O Grupo dos viúvos é diferente dos grupos dos solteiros e dos casados.
QAI	Não foi possível determinar grupo(s) diferente(s)
QAE	O Grupo dos solteiros é diferente dos grupos dos casados e dos viúvos.
QATS	O Grupo dos solteiros é diferente do grupo dos viúvos.
QAREL	O Grupo dos viúvos difere dos grupos dos solteiros, dos casados e dos divorciados.
ACB	Não foi possível determinar grupo(s) diferente(s)
LEAL*	O Grupo dos viúvos difere dos grupos dos solteiros, dos casados e dos divorciados. O Grupo dos divorciados é diferente dos grupos dos solteiros e dos casados.
RESRECL*	Não foi possível determinar grupo(s) diferente(s)
PRESRECL	O Grupo dos divorciados difere dos grupos dos solteiros, dos casados e dos viúvos.
RECOM	O Grupo dos casados é diferente dos grupos dos solteiros e dos viúvos. O Grupo dos divorciados é diferente do grupo dos viúvos.

*aplicação do teste de Scheffé, verificação da homogeneidade de variâncias, nos restantes aplicou-se o teste Games Howell, pois não se verificou a homogeneidade de variâncias.

Fonte: Elaboração própria.

Na continuação apresentamos, na tabela 30 que se segue, os resultados da **satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação em função da situação profissional**, assim como os resultados dos valores de prova do teste Kruskal-Wallis.

Relativamente a esta variável as diferenças estatisticamente significativas foram detetadas para as dimensões satisfação global, imagem, qualidade apercebida geral, qualidade apercebida das instalações, qualidade apercebida em relação ao pessoal de enfermagem, qualidade apercebida em relação aos outros técnicos de saúde, qualidade apercebida em relação a outros profissionais, qualidade apercebida em relação à acessibilidade, lealdade, resolução de reclamação, resolução de pressuposta reclamação e recomendação.

Relativamente à satisfação do utente verificou-se que os mais satisfeitos são os reformados e os menos satisfeitos os desempregados. As diferenças estatisticamente significativas foram detetadas entre as opiniões expressas pelo grupo dos desempregados relativamente aos reformados e estudantes, conforme Tabela 31. Quanto à imagem, os utentes que melhores resultados apresentaram foram os trabalhadores por conta de outrem, seguidos das domésticas. Não foi possível, pela técnica das comparações múltiplas, determinar qual(ais) o(s) grupo(s) diferente(s). No que respeita à qualidade geral apercebida, os utentes dos CS que melhor avaliaram a qualidade global da sua experiência foram os reformados, trabalhadores por conta de outrem e estudantes. Diferenças estatisticamente significativas foram detetadas entre as opiniões expressas pelo grupo dos desempregados relativamente aos reformados, trabalhadores por conta de outrem e estudantes, conforme Tabela 31. Quanto à qualidade apercebida das instalações, os utentes que melhor avaliaram este ponto foram os que trabalham por conta própria e os estudantes. Diferenças estatisticamente significativas foram detetadas entre as opiniões expressas pelo grupo das domésticas relativamente a todos os outros com exceção dos desempregados, conforme Tabela 31.

Tabela 30- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função da Situação Profissional

Dimensões	Trabalhador por conta própria			Trabalhador por conta de outrem			Doméstica			Desempregado			Reformado			Estudante			Valor Prova	
	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP		
SATISF G.	66	3,71	1,15	188	3,81	0,82	57	3,74	0,61	40	3,45	0,88	199	3,96	0,84	82	3,67	0,50	0,000*	
Imagem	60	18,33	4,66	174	19,93	3,98	54	19,63	1,12	31	18,68	2,76	147	19,56	3,75	80	19,49	2,16	0,033*	
QAG	69	3,83	0,71	187	4,02	0,77	57	3,91	0,69	37	3,59	0,50	192	4,06	0,60	80	4,04	0,51	0,000*	
QAI	69	12,68	1,99	182	12,16	1,38	55	11,47	1,37	35	11,94	1,30	181	12,46	1,66	88	12,52	1,37	0,000*	
QAA	67	19,99	2,43	163	20,21	2,84	59	19,31	1,75	39	19,67	2,09	172	20,02	2,77	88	20,16	2,92	0,129	
QAM	68	18,85	3,55	183	19,09	3,02	58	18,81	2,42	35	17,71	2,88	172	18,72	3,65	87	19,24	2,71	0,400	
QAE	67	22,12	3,20	182	21,43	2,83	59	21,32	3,77	39	21,26	2,86	183	22,20	3,10	88	21,47	2,82	0,034*	
QATS	53	4,02	0,66	165	3,87	0,47	54	3,74	0,68	26	4,00	0,63	103	4,14	0,61	78	3,97	0,58	0,002*	
QAAux	71	4,01	0,52	188	4,19	0,54	56	3,80	0,44	40	3,98	0,28	178	4,04	0,49	83	3,93	0,49	0,000*	
QAREL	71	3,89	0,62	184	4,07	0,47	61	3,98	0,50	40	4,05	0,22	190	4,07	0,50	88	3,98	0,48	0,083	
ACB	45	28,22	4,58	119	33,72	4,40	50	33,24	3,35	28	31,68	3,43	64	32,17	4,03	50	32,26	3,89	0,000*	
LEAL	69	3,61	1,17	171	3,82	0,98	52	3,94	0,61	37	3,86	0,92	169	4,32	0,88	67	4,06	0,83	0,000*	
RESRECL				39	2,82	0,45					8	2,88	0,35	4	3,00	0,00	10	2,00	0,00	0,000*
PRESRECL	46	2,72	0,72	130	2,76	0,77	32	2,97	0,18	27	3,19	0,56	135	3,14	0,46	69	2,88	0,70	0,000*	
RECOM	52	3,56	0,54	163	3,42	0,88	61	3,69	0,67	36	3,67	0,53	139	3,60	0,57	88	3,70	0,66	0,000*	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 31- Resultados dos testes de comparações múltiplas para a situação profissional

Dimensão	Situação Profissional
SATISF G.	O grupo dos desempregados é diferente dos grupos dos reformados e dos estudantes.
Imagem	Não foi possível determinar grupo(s) diferente(s)
QAG	O grupo dos desempregados é diferente dos grupos: trabalhador por conta de outrem, dos reformados e dos estudantes.
QAI	O grupo dos domésticos é diferente de todos os outros com exceção do grupo dos desempregados.
QAE	Não foi possível determinar grupo(s) diferente(s)
QATS*	O grupo dos reformados difere dos trabalhadores por conta de outrem e domésticos.
QAAux	O grupo trabalhador por conta de outrem é diferente dos grupos: domésticos, desempregados e estudantes. O grupo dos reformados é diferente do grupo dos domésticos.
ACB*	O grupo dos trabalhadores por conta própria difere de todos os outros.
LEAL	O reformado difere do trabalhador por conta própria, conta de outrem e domésticos.
RESRECL	Não foi possível determinar grupo(s) diferente(s)
PRESRECL	Os grupos trabalhador por conta própria e por conta de outrem diferem dos grupos: desempregados e reformados. O grupo dos reformados é diferente do grupo domésticos.
RECOM	O grupo trabalhador por conta própria diferente do grupo dos estudantes.

*aplicação do teste de Scheffé, verificação da homogeneidade de variâncias, nos restantes aplicou-se o teste Games Howell, pois não se verificou a homogeneidade de variâncias.

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes que trabalham por conta própria e os reformados. No que respeita à qualidade apercebida em relação aos outros técnicos de saúde, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes que trabalham por conta própria e os reformados. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes reformados que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes que trabalham por conta de outrem e dos domésticos. Quanto à qualidade apercebida em relação aos outros profissionais, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes que trabalham por conta de outrem. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes que trabalham por conta de outrem que apresentam resultados significativamente diferentes dos utentes domésticos, desempregados e estudantes. No que concerne a qualidade apercebida das acessibilidades observa-se que os utentes que melhor avaliaram este fator foram os que trabalham por conta de outrem. Através da técnica das comparações múltiplas verificou-se que são os utentes que trabalham por conta de outrem que apresentam resultados significativamente diferentes de todos os outros grupos. Relativamente à lealdade, os utentes mais leais são os reformados. Estatisticamente, os resultados obtidos para o grupo reformados diferem significativamente dos

resultados dos utentes dos grupos trabalhador por conta própria, trabalhador por conta de outrem e domésticos. São os utentes reformados os que manifestaram melhor opinião sobre a resolução de uma reclamação. Quanto a uma eventual reclamação os utentes desempregados e os reformados manifestaram uma opinião mais favorável a uma boa resolução da reclamação. A recomendação do CS frequentado é realizada mais prontamente pelos utentes estudantes.

Na tabela 32, encontram-se os resultados para a **hipótese H2: satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação em função do conhecimento da Marca AQR**, assim como os resultados dos valores de prova do teste t (para as variáveis quantitativas) e teste Mann-Whitney (utilizado para as variáveis ordinais).

Relativamente à satisfação global, os utentes que conhecem a marca estão, ligeiramente mais satisfeitos que os utentes que a desconhecem. Quanto à imagem, os utentes que conhecem a marca apresentam, uma opinião sobre esta ligeiramente mais favorável. No que respeita à qualidade apercebida são, também, os utentes que conhecem a marca os que demonstram ter uma ideia de qualidade mais favorável do seu CS. Relativamente à qualidade apercebida das instalações, com relação aos assistentes técnicos, ao pessoal médico, ao pessoal de enfermagem e a outros profissionais de saúde, a melhor opinião é, a dos utentes que conhecem a marca. Quanto à qualidade apercebida em relação aos outros técnicos e aos outros profissionais (auxiliares), a melhor opinião é, dada pelos utentes que conhecem a marca. Em termos de qualidade apercebida relacional verifica-se, um empate entre os utentes que conhecem a marca e os que a desconhecem na avaliação da relação global com o CS. Relativamente à qualidade apercebida em relação à acessibilidade, os utentes que conhecem a marca apresentam, uma melhor opinião que os utentes que a desconhecem. Quanto à lealdade verifica-se, em termos médios, que os utentes que desconhecem a marca são ligeiramente mais leais. No que respeita às reclamações os utentes não consideram, em ambas as situações, que a reclamação realizada tenha sido bem resolvida e, numa suposta reclamação, também não esperam uma boa reclamação, embora nesta última situação sejam os utentes que conhecem a marca os mais confiantes. Todos os utentes recomendariam o seu CS, embora sejam os utentes que conhecem a marca quem mais recomendaria.

Para as dimensões satisfação global, imagem, qualidade apercebida das instalações, qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, qualidade apercebida em relação aos outros técnicos, qualidade apercebida em relação a outros profissionais e resolução de reclamações verifica-se, para um nível de significância de 5%, que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. De outro modo, e para um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que os utentes que conhecem a marca manifestaram uma melhor opinião sobre a satisfação global do CS, qualidade apercebida em relação a outros profissionais e resolução de reclamações e são, também, os utentes que conhecem a marca que manifestaram uma melhor opinião sobre a qualidade apercebida das instalações, qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, qualidade apercebida em relação aos outros técnicos.

Tabela 32- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função do conhecimento da marca AQR

Dimensões	Sabe o que é a Marca AQR?						Valor prova
	Sim			Não			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
SATISF. G.	204	3,87	1,01	420	3,77	0,71	0,003*
Imagem	180	19,58	3,86	358	19,42	3,30	0,632
QAG	210	4,02	0,82	406	3,95	0,58	0,243
QAI	181	11,87	1,79	420	12,47	1,43	0,000*
QAA	185	19,88	3,39	396	20,06	2,26	0,464
QAM	193	18,55	3,61	404	19,06	2,96	0,068
QAE	196	21,08	3,30	416	22,00	2,91	0,000*
QATS	189	3,93	0,70	285	3,98	0,51	0,000*
QAAux	207	4,20	0,63	405	3,97	0,42	0,000*
QAREL	212	4,03	0,59	418	4,03	0,45	0,620
ACB	131	32,44	4,84	223	32,33	4,32	0,839
LEAL	194	3,94	1,01	367	4,01	0,93	0,217
RESRECL	35	2,94	0,34	27	2,33	0,55	0,000*
PRESRECL	151	3,03	0,68	285	2,89	0,63	0,215
RECOM	187	3,59	0,74	350	3,57	0,69	0,069

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 33 que a seguir se apresenta encontram-se os resultados **da satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação em função da data do prémio da Marca AQR**, assim como os resultados dos valores de prova do teste t (variáveis quantitativas) e teste Mann-Whitney (utilizado para as variáveis ordinais).

Relativamente à satisfação global, os utentes que notaram melhoria após 29/7/2009 estão em termos médios ligeiramente mais satisfeitos que os utentes que não notaram qualquer melhoria. Quanto à imagem, os utentes que notaram melhorias apresentam em termos médios uma opinião ligeiramente mais favorável que os utentes que não notaram melhorias. No que respeita à qualidade apercebida são também os utentes que notaram melhorias os que demonstram ter uma ideia de qualidade mais favorável do seu CS. Relativamente à qualidade apercebida das instalações, em relação aos assistentes técnicos, ao pessoal de enfermagem e a outros profissionais de saúde a melhor opinião, em termos médios, é a dos utentes que notaram melhorias, embora seja uma ligeira diferença para os utentes que não notaram melhorias. Quanto à qualidade apercebida em relação aos outros técnicos e aos outros profissionais (auxiliares), a melhor opinião, em termos médios, é dos utentes que notaram melhorias. Em termos de qualidade apercebida relacional, os utentes que notaram melhorias apresentam melhores resultados do que

aqueles que não notaram melhorias. Relativamente à qualidade apercebida em relação à acessibilidade, os utentes que notaram melhorias apresentam, em termos médios, uma melhor opinião que os utentes que não notaram melhorias. Quanto à lealdade, os utentes que notaram são ligeiramente mais leal. No que respeita às reclamações, os utentes de ambas as situações não consideram que a reclamação realizada tenha sido bem resolvida e numa suposta reclamação também não esperam uma boa reclamação, embora nesta última situação sejam os utentes que conhecem a marca os mais confiantes. Os utentes de forma geral recomendariam o seu CS, embora sejam os utentes que notaram melhorias quem mais recomendaria.

Para as dimensões satisfação global, imagem, qualidade apercebida geral, qualidade apercebida em relação aos assistentes técnicos, qualidade apercebida em relação aos outros técnicos, qualidade apercebida em relação a enfermeiros e lealdade verificou-se que, para um nível de significância de 5%, as diferenças observadas são estatisticamente significativas. De outro modo, para um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que os utentes que notaram melhorias manifestaram uma melhor opinião sobre a satisfação global, imagem, qualidade apercebida geral, qualidade apercebida em relação aos assistentes técnicos, qualidade apercebida em relação aos outros técnicos, qualidade apercebida em relação a enfermeiros e lealdade.

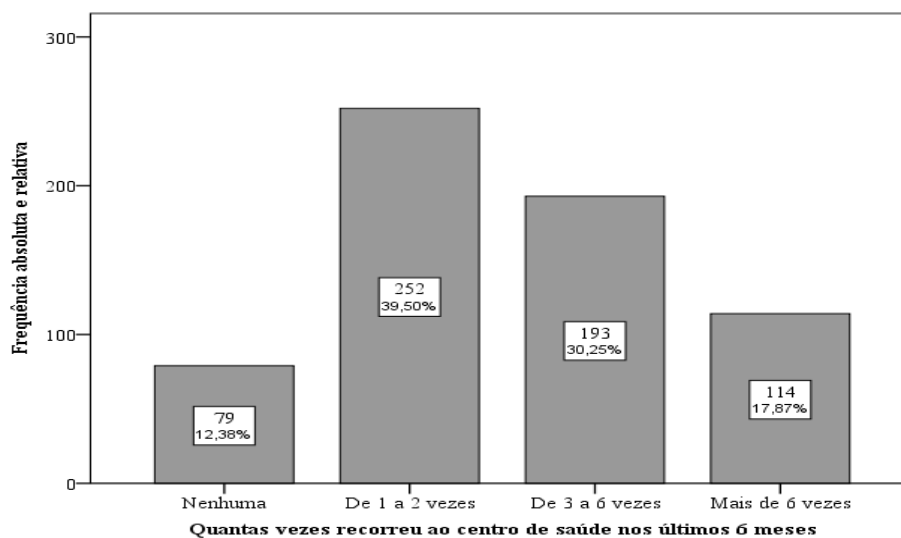
Tabela 33- Comparação da Satisfação Global, Imagem, Qualidade Apercebida, Lealdade, Reclamações e Recomendação em função da data do prémio

Dimensões	Notou alguma melhoria a partir de 29 de julho de 2009?						Valor prova
	Sim			Não			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Satisf. G.	335	4,00	0,58	292	3,59	0,99	0,000*
Imagem	294	20,08	2,46	251	18,81	4,40	0,000*
QAG	334	4,06	0,54	286	3,89	0,79	0,022*
QAI	322	12,19	1,55	282	12,39	1,58	0,109
QAA	323	20,23	2,55	265	19,76	2,79	0,035*
QAM	330	18,85	3,01	274	19,00	3,36	0,573
QAE	331	21,98	3,13	284	21,43	3,00	0,028*
QATS	279	4,02	0,60	201	3,87	0,58	0846
QAAux	337	4,07	0,49	277	4,01	0,53	0,337
QAREL	346	4,05	0,52	286	3,99	0,48	0,291
ACB	235	32,69	4,11	123	31,81	5,12	0,081
LEAL	320	4,01	0,81	242	3,93	1,12	0,004*
RESRECL	40	2,65	0,58	22	2,73	0,46	0,738
PRESRECL	246	2,97	0,65	191	2,90	0,66	0,530
RECOM	318	3,64	0,70	222	3,48	0,72	0,075

Fonte: Elaboração própria.

Quando questionados sobre o número de vezes que recorreram ao CS nos últimos seis meses verificou-se que a maioria, 39,5% (252) recorreu 1 a 2 vezes, 30,25% (193) dos inquiridos recorreu 3 a 6 vezes, 17,87% (114) recorreu mais de 6 vezes e apenas 12,38% (79) não recorreu ao CS nos últimos seis meses, como se pode verificar pela análise da figura 6

Figura 6- Número de recorrências ao CS nos últimos 6 meses



Fonte: Elaboração própria.

Para dar resposta à **hipótese H3** e assim, perceber **a relação entre o número de vezes que recorreu ao CS nos últimos seis meses e o conhecimento da marca e a percepção de melhorias** recorreu-se a tabelas de cruzamento de variáveis aplicando-se, em seguida, o teste não paramétrico de independência do Qui-quadrado que permite testar a independência de variáveis (Fernandes, 1999). Nestes termos, nas tabelas 34 e 35 que se seguem, encontram-se os resultados dos respetivos cruzamentos.

Tabela 34- Nº de recorrências ao CS e Conhecimento da Marca AQR

Quantas vezes recorreram ao CS nos últimos 6 meses?	Sabe o que é a Marca AQR?		Total
	Sim	Não	
Nenhuma	37	40	77
De 1 a 2 vezes	86	160	246
De 3 a 6 vezes	65	128	193
Mais de 6 vezes	13	99	112
Total	201	427	628

ET – 31,759; valor de prova <0,001

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 35- Nº de recorrências ao CS e percepção de melhorias

Quantas vezes recorreram ao CS nos últimos 6 meses?	Notou alguma melhoria a partir de 19/07/2009		Total
	Sim	Não	
Nenhuma	40	35	75
De 1 a 2 vezes	109	142	251
De 3 a 6 vezes	110	83	193
Mais de 6 vezes	80	32	112
Total	339	292	631

ET – 25,662; valor de prova <0,001

Fonte: Elaboração própria.

Verifica-se que com o aumento da frequência de recurso ao CS nos últimos seis meses o número de utentes que desconhece o conceito Marca AQR também aumenta. Na realidade não é por frequentar mais o CS que o utente afirma conhecer tal conceito. Pela aplicação do teste do Qui-quadrado obteve-se valor de prova inferior a 5%, o que permite afirmar que existe relevância estatística suficiente para concluir que as variáveis em estudo são estatisticamente dependentes. No que respeita à frequência ao CS e à eventual melhoria após atribuição da Marca AQR, observa-se que o aumento da frequência ao CS nos últimos seis meses é acompanhado pelo aumento do número de pessoas que afirma notar melhoria relativamente às que afirmam o contrário. Pela aplicação do teste do Qui-quadrado conclui-se que existe evidência estatística suficiente para afirmar que estas variáveis são estatisticamente dependentes. De outro modo, estatisticamente tem-se que a percepção de melhoria no funcionamento do CS após a atribuição da referida marca está associada à frequência com que se recorre ao CS nos últimos seis meses. De forma a perceber a relação entre o número de vezes que recorreu ao CS nos últimos seis meses e a satisfação global, utilizou-se uma tabela de cruzamento de variáveis e aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que estamos perante variáveis ordinais (Fernandes, 1999). Os resultados obtidos constam da tabela 36 que se segue.

Da análise à tabela verifica-se que, de um modo geral, os inquiridos estão globalmente satisfeitos com o seu CS. Também é visível um ligeiro acréscimo de indivíduos satisfeitos face a insatisfação ou a não opinião com o aumento da frequência ao CS nos últimos seis meses. Obteve-se, como coeficiente de correlação de Spearman, um valor de 0,146, o que traduz uma relação fraca, embora muito significativa (valor de prova <0,001) entre as variáveis em estudo.

Tabela 36- Nº de recorrências ao CS e a Satisfação Global

Quantas vezes recorreram ao CS nos últimos 6 meses?	Satisfação Global					Total
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem		Muito Satisfeito	
			Insatisfeito	Satisfeito		
			Nem Satisfeito			
Nenhuma	5	3	23	29	16	76
De 1 a 2 vezes	0	8	70	142	23	243
De 3 a 6 vezes	5	10	19	123	28	185
Mais de 6 vezes	6	0	9	83	15	113
Total	16	21	121	377	82	617

Coeficiente de correlação de Spearman $-0,146$; valor de prova $<0,001$

Fonte: Elaboração própria.

5. Discussão dos resultados

Nesta etapa pretende-se analisar e discutir os resultados, procurando desenvolver a sua interpretação à luz da teórica.

Num clima de constante mudança nas organizações de saúde, os seus gestores e responsáveis técnicos demonstram interesse pelos fatores que interferem na satisfação dos seus utentes, procurando manter e/ou melhorar a qualidade dos serviços prestados, assumindo particular relevância o “feedback” dos utentes. Torna-se, assim, imprescindível a realização de estudos científicos na área da avaliação da satisfação dos utentes dos serviços de saúde, com o objetivo de identificar ineficiências instaladas nos processos e potenciar a implementação e consequente otimização de medidas de melhoria contínua. Deste modo, o resultado final será certamente, mais qualidade na prestação de cuidados de saúde e maior satisfação dos utentes.

Este estudo permitiu não só obter informação, perceções e expectativas sobre o nível de satisfação dos utentes que recorrem a um dos CS do ACES Nordeste como, também, identificar, descrever e correlacionar fatores e características que refletem o grau de conhecimento e melhoria a partir da implementação da marca AQR e da satisfação ou insatisfação dos utentes.

Porém, mais do que conhecer, importa questionar o modo como os utentes percecionam e vivenciam a mudança nos diferentes CS, a partir da implementação da Marca AQR, relativamente às dimensões satisfação global, imagem, qualidade apercebida dos diferentes técnicos de saúde, lealdade, reclamações e recomendação. É que, como a satisfação dos utentes é multidimensional, a sua avaliação tem que ser desenvolvida através de escalas que permitiriam contemplar as várias dimensões a avaliar. De acordo com Johansson, Óleni e Fridlund (2002), existem diversos fatores que influenciam as expectativas dos utentes, quer antes da prestação quer durante o processo da prestação dos cuidados de saúde. Na fase anterior à prestação, interferem fatores sociodemográficos como a idade, o grau de instrução, a situação profissional, o estatuto socioeconómico, o estado de saúde físico-psíquico-emocional e as experiências anteriores, enquanto que, durante o processo, como se verifica neste estudo, o utente tem expectativas que podem estar relacionadas com outros domínios, nomeadamente com amenidades, atendimento, relações interpessoais entre profissionais de saúde e utentes, comunicação e informação, participação e envolvimento, competências técnicas dos diferentes profissionais e influência da organização de saúde nos utentes. Nestes domínios, os profissionais de saúde podem influenciar a perceção da satisfação dos utentes.

Da análise efetuada conclui-se que os inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (56,1%), a que correspondem 362 indivíduos, num total de 655. A respeito da idade, a maioria dos indivíduos possui a idade mínima de 65 anos (28,8%), seguindo-se o grupo etário dos 50 aos 64 anos (27,4%). Relativamente ao estado civil, a maioria dos indivíduos são casados (56,5%), possuem o 3ºciclo do ensino básico, sendo que 5,5% não tem qualquer tipo de escolaridade, são na sua maioria reformados (31,1%), seguidos pelos trabalhadores por contra de outrem (28,9%), fatores sociodemográficos similares aos que foram encontrados por Ferreira (2003) e que vão, também, de encontro ao Relatório do Perfil de Saúde da Região Norte de 2009 (Felicio, Machado

& Teixeira, 2009). Porém, de acordo com este relatório os índices de envelhecimento e de dependência dos idosos são mais elevados no Alto Trás-os-Montes e Douro, fruto da tendência decrescente da natalidade, que já começa a produzir transformações na pirâmide etária da população, com o estreitamento da sua base.

Relativamente ao conhecimento da Marca AQR, constatou-se que a maioria dos utentes desconhecem tal conceito (66,8%) e que apenas 43% destes o conseguem definir. No entanto, 54,2% revelaram terem notado uma melhoria dos serviços após a implementação da marca. Esta melhoria foi mais sentida no atendimento (48,4%) e na limpeza e higiene. Esta constatação encontra justificação no fato de um dos focos de atenção, como já tivemos oportunidade de referir, para que a Marca AQR seja atribuída, é a obrigatoriedade de contemplar não apenas aspetos relacionais e comportamentais da qualidade do atendimento mas também compromissos de qualidade do serviço e aspetos estruturais de segurança, ordem e limpeza. A percepção acerca desta melhoria influenciou a definição atribuída à Marca AQR pela maioria das utentes, que a definiram como “Bom atendimento/ Boa Higiene”.

Relativamente à satisfação global verificou-se que 59,5% estão satisfeitos e que tem uma boa/excelente imagem do CS, assim como se denota perceberem uma boa qualidade geral (61,1%), o que vai de encontro aos resultados apresentados em trabalhos anteriores realizados nomeadamente em, Guimarães (2009) e Biscaia (2006).

No que respeita à qualidade apercebida das instalações, os utentes consideram mais favoravelmente a limpeza e higiene do CS e menos favoravelmente a proteção e privacidade dos consultórios, resultados que corroboram as conclusões apresentadas por Guimarães (2009), que também alertou para a necessidade de proteger a privacidade nos consultórios dos utentes.

Quanto à qualidade apercebida do desempenho dos profissionais de saúde, verificou-se que a disponibilidade é a característica menos favorável destes profissionais, nomeadamente assistentes técnicos e médicos. Os enfermeiros representam o grupo de profissionais que obteve os melhores resultados em todas as categorias avaliadas e que possui uma qualidade apercebida geral com tendência muito boa. Estes resultados vão de encontro às conclusões apresentadas por Lourenço (2008), que refere que estes resultados são consequência da maior disponibilidade de tempo efetivo com o utente.

Com relação aos outros técnicos de saúde e auxiliares, os utentes possuem uma qualidade apercebida boa. No que diz respeito à acessibilidade, os pontos a destacar positivamente referem-se ao serviço domiciliário, ao atendimento telefónico e à informação disponibilizada, aspetos melhorados aquando do projeto de implementação da Marca AQR. Os pontos negativos apontados prendem-se com o tempo de espera para a consulta e com o sistema de marcação de consulta. Este fato pode dever-se ao grande número de médicos que entraram no processo de reforma e que não foram prontamente substituídos, nestes últimos 2 anos.

A respeito da intenção de lealdade, observamos que 43,5% dos utentes têm intenção de se manter fiéis ao CS e tanto assim é que o recomendariam a um familiar ou amigo (58,3%).

No que respeita a reclamações, apenas 10,3% dos respondentes refere ter apresentado uma reclamação no CS, sendo que a maioria afirma ter visto a sua reclamação resolvida. Num

cenário de suposta reclamação os utentes acreditam que a mesma seria resolvida. Neste particular, há autores que defendem a análise das reclamações como meio para avaliar a satisfação dos utentes. Cabral (2000), por exemplo, defende ser o indicador mais direto de satisfação e que, por isso, é considerado como um indicador de avaliação na maioria dos sistemas de saúde. Porém, a nível nacional a prática de reclamações nos serviços públicos é muito pouco frequente, fato que Cabral (2000) justifica com a uma baixa propensão da população portuguesa para a mobilização e participação sociais. Neste sentido, os nossos resultados tendem a confirmar aquela que parece ser o comportamento sociológico nacional. O que equivale por dizer que, a nível nacional, o sistema de reclamações deverá ser considerado como um instrumento insuficiente para avaliar a (in)satisfação dos utentes, por se ter percebido como sendo difícil de utilizar e largamente insatisfatório para todas as partes.

Este estudo evidenciou, ainda, que os utentes do género feminino se mostraram globalmente mais satisfeitos, que possuem uma imagem e uma qualidade apercebida geral e relacional do CS mais favorável, assim como são mais fieis ao CS. Possuem, também, uma opinião mais favorável no que diz respeito à acessibilidade ao CS e à sua recomendação a outras pessoas, o que vai de encontro aos resultados apresentados por Pereira et al (2001) citado em Guimarães (2009), que concluiu que o género é um dos preditores mais importantes da satisfação.

Relativamente à faixa etária, foi possível concluir que são os utentes com mais de 65 anos os mais satisfeitos com os aspetos globais do CS, em conformidade com as conclusões apresentadas por Hespanhol et al (2005), relativamente ao estudo efetuado no CS de São João, no Porto, em 2004.

No que respeita às habilitações literárias, os que apresentam maior nível de escolaridade possuem um nível de satisfação maior. Este resultado corrobora as conclusões dos estudos desenvolvidos por Guimarães (2009) e Hespanhol et al (2005).

Relativamente à variável sociodemográfica estado civil, constatamos que os casados possuem uma satisfação global maior, por oposição aos divorciados, contrariando os resultados apresentados por Lourenço (2008), que concluiu pela inexistência de qualquer relação entre estas duas variáveis. No que respeita à qualidade geral apercebida, são os viúvos os que possuem uma maior satisfação, e, relativamente à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, são os viúvos e divorciados quem apresenta uma maior satisfação, justificado, muito provavelmente, pelo maior tempo dedicado por parte destes profissionais aos utentes. Quanto às acessibilidades, são o grupo dos casados e solteiros quem apresenta uma satisfação maior.

Apesar das diferenças encontradas serem pequenas verificou-se que, em termos médios, os utentes que conhecem a marca AQR e que notaram melhorias a partir da data da sua implementação estão mais satisfeitos que os utentes que a desconhecem. No entanto, os utentes mais leais são os que a desconhecem e que não notaram melhorias. Por sua vez, observou-se, também, que com o aumento da frequência ao CS nos últimos seis meses o número de utentes que desconhece o conceito Marca AQR também aumenta. Pudemos, porém, constatar que não é por frequentar mais o CS que o utente afirma conhecer o conceito. Verificámos, contudo, que o

aumento da frequência ao CS nos últimos seis meses é acompanhado pelo aumento do número de pessoas que afirma notar melhorias relativamente às que afirmam o contrário.

É uma constatação do nosso estudo que a atribuição da Marca AQR teve um impacto positivo na satisfação e na imagem do CS para os utentes.

Conclusões

Os grandes objetivos da reforma dos CSP têm-se centrado, fundamentalmente, na obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, no aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e conseqüente aumento da satisfação dos utilizadores. Por outro lado, visa, também, aumentar a satisfação dos profissionais, criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e repensando as boas práticas, com conseqüências ao nível da eficiência e da promoção da contenção de custos.

Neste sentido, este estudo foi desenvolvido com o propósito de avaliar a satisfação e qualidade apercebida pelos utentes relativamente aos cuidados de saúde prestados nos CS do ACES Nordeste, propondo-se analisar os antecedentes da satisfação ao nível da imagem, valor apercebido e qualidade apercebida e, também, das conseqüências da satisfação, nomeadamente no que respeita à lealdade, reclamações e recomendação. Esta avaliação foi desenvolvida a partir do grau de conhecimento do projeto de melhoria continua implementado com a atribuição da Marca AQR, nomeadamente no que respeita à percepção dos utentes relativamente à sua implementação.

Neste sentido, tendo como principal referência os resultados obtidos a partir da aplicação do questionário e, conseqüentemente, os limites e alcance que os mesmos estabelecem, em virtudes das limitações que um estudo de natureza estatística encerra, permitimo-nos extrair as seguintes conclusões:

1. Dando resposta à hipótese de investigação H1: Na satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação dos utentes existem diferenças nas variáveis sociodemográficas (género sexual, idade, estado civil, habilitações académicas, situação perante o emprego)? Verificámos que:
 - i. Relativamente ao género sexual: na satisfação global, imagem, qualidade apercebida instalações e pessoal de enfermagem, outros técnicos e profissionais, qualidade apercebida relacional, acessibilidades, lealdade e recomendações tem-se que os utentes do género feminino estão em termos médios ligeiramente mais satisfeitos que os utentes do género masculino. Quanto à qualidade apercebida em relação aos assistentes técnicos e ao pessoal médico, a melhor opinião, em termos médios, é dos utentes do género masculino. No que concerne às reclamações os utentes, de ambos os géneros, não consideram que a reclamação realizada tenha sido bem resolvida e numa suposta reclamação também não esperam uma boa reclamação, embora nesta última situação sejam os utentes do género masculino os mais confiantes.
 - ii. No que se refere à idade os mais satisfeitos globalmente são os que tem mais de 65 anos e os que se encontram entre os 18 e 34 anos. Quanto à qualidade apercebida geral, os utentes dos CS que melhor avaliam a qualidade global em função da sua experiência são os que tem mais de 65 anos, os que tem

idade compreendida entre 18 e 34 anos e por último os menores de 18 anos. Quanto à qualidade apercebida das instalações, os utentes que melhor avaliaram este ponto foram os menores de 18 anos e os maiores de 65 anos. No que respeita à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os mais velhos, com idade compreendida entre os 50 e 64 anos e os maiores de 65 anos. Quanto à qualidade apercebida relacional, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com um máximo de 18 anos e com mais de 65 anos. Relativamente à lealdade, os utentes mais leais são, em termos médios, os que tem mais de 65 anos e os que tem idade compreendida entre os 18 e 34 anos. São os utentes mais velhos (idade entre os 35 a 49 anos e entre 50 e 64 anos) os que manifestaram melhor opinião sobre a resolução de uma reclamação. Quanto a uma eventual reclamação, os utentes mais velhos manifestaram uma opinião mais favorável a uma boa resolução da reclamação. Relativamente à recomendação do CS frequentado, esta será mais prontamente realizada pelos utentes mais velhos, embora todos afirmem que recomendariam o CS.

- iii. Em função das habilitações literárias no que respeita à satisfação global os utentes que se apresentam, mais satisfeitos são os que só sabem ler e escrever e os que possuem o ensino médio. No que respeita à qualidade apercebida das instalações, os utentes que melhor avaliaram este ponto foram os que sabem ler e escrever e os que possuem o 1º ciclo do ensino básico. Relativamente à qualidade apercebida em relação aos assistentes técnicos, os utentes que expressaram melhor opinião foram os que possuem mais habilitações, nomeadamente o ensino médio, secundário e superior. Relativamente à qualidade apercebida em relação aos médicos, os utentes que expressaram melhor opinião foram os que possuem ensino médio e superior. Os que estão menos satisfeitos foram os utentes que não sabem ler ou escrever e os que possuem o 2º ciclo. No que diz respeito à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com ensino médio, superior, os que não sabem ler nem escrever, os que sabem ler e escrever e os que possuem o 1º ciclo. Quanto à qualidade apercebida relativamente aos outros técnicos, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com ensino médio e os que só sabem ler e escrever. Relativamente à qualidade apercebida aos outros profissionais, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com ensino médio e os que só sabem ler e escrever, os utentes que não sabem ler nem escrever expressaram a opinião menos favorável. Quanto à qualidade apercebida relacional enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes com ensino médio e os que só sabem ler e escrever, os

utentes que possuem o ensino secundário expressaram a opinião menos favorável. No que respeita à lealdade, os utentes que, em termos médios, são mais leais são os que não sabem ler nem escrever e os que possuem o ensino médio, os utentes que possuem o ensino secundário expressaram a opinião menos favorável. Quanto a uma eventual reclamação, os utentes que só sabem ler e escrever manifestaram uma opinião mais favorável a uma boa resolução da reclamação. A recomendação do CS frequentado é realizada mais prontamente pelos utentes que não sabem ler nem escrever.

- iv. Para o estado civil verificou-se que os mais satisfeitos são os casados e os menos satisfeitos os divorciados. No que respeita à qualidade apercebida geral, os utentes dos CS que melhor avaliam a qualidade global da sua experiência são os viúvos. Quanto à qualidade apercebida das instalações, os utentes que melhor avaliaram este ponto foram os viúvos. Relativamente à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes viúvos e divorciados. No que respeita à qualidade apercebida em relação aos outros técnicos de saúde, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes viúvos e divorciados. Quanto à qualidade apercebida relacional, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes viúvos. No que respeita à qualidade apercebida das acessibilidades observa-se que os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes casados e solteiros. Relativamente à lealdade tem-se que os utentes mais leais são, em termos médios, os viúvos. São, também, os utentes viúvos os que manifestaram melhor opinião sobre a resolução de uma reclamação. Quanto a uma eventual reclamação os utentes viúvos manifestaram uma opinião mais favorável a uma boa resolução da reclamação. A recomendação do CS frequentado é realizada mais prontamente pelos utentes viúvos.
- v. Na situação profissional obteve-se que os mais satisfeitos são os reformados e os menos satisfeitos os desempregados. Quanto à imagem, os utentes com melhores resultados apresentaram foram os trabalhadores por conta de outrem, seguidos das domésticas. No que respeita à qualidade geral apercebida, os utentes dos CS que melhor avaliaram a qualidade global da sua experiência foram os reformados, trabalhadores por conta de outrem e estudantes. Quanto à qualidade apercebida das instalações, os utentes que melhor avaliaram este ponto foram os que trabalham por conta própria e os estudantes. Relativamente à qualidade apercebida em relação aos enfermeiros, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes que trabalham por conta própria e os reformados. No que respeita à qualidade apercebida em relação aos outros técnicos de saúde, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes que trabalham por conta própria e os

reformados. Quanto à qualidade apercebida em relação aos outros profissionais, os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes que trabalham por conta de outrem. No que concerne a qualidade apercebida das acessibilidades observa-se que os utentes que melhor avaliaram este fator foram os utentes que trabalham por conta de outrem. Relativamente à lealdade, os utentes mais leais são, em termos médios, os reformados. São os utentes reformados os que manifestaram melhor opinião sobre a resolução de uma reclamação. Quanto a uma eventual reclamação os utentes desempregados e os reformados manifestaram uma opinião mais favorável a uma boa resolução da reclamação. A recomendação do CS frequentado é realizada mais prontamente pelos utentes estudantes.

2. No que se refere à hipótese H2: O conhecimento da marca AQR encontra-se associado com a satisfação global, imagem, qualidade apercebida, lealdade, reclamações e recomendação dos utentes? Obtiveram-se as seguintes conclusões:
 - i. Relativamente à satisfação global, imagem, qualidade apercebida qualidade apercebida das instalações, em relação aos assistentes técnicos, ao pessoal médico, ao pessoal de enfermagem, profissionais de saúde, outros técnicos e aos outros profissionais (auxiliares) e acessibilidade são os utentes que conhecem a marca que possuem uma ideia mais positiva destes aspetos. Quanto à lealdade verifica-se, que os utentes que desconhecem a marca são ligeiramente mais leais. No que respeita às reclamações os utentes não consideram, em ambas as situações, que a reclamação realizada tenha sido bem resolvida e, numa suposta reclamação, também não esperam uma boa reclamação, embora nesta última situação sejam os utentes que conhecem a marca os mais confiantes e quem mais recomendaria.

3. Para a hipótese H3: O aumento da frequência das idas ao CS está associado ao grau de conhecimento da marca AQR e à perceção das melhorias implementadas? Colhemos as seguintes conclusões:
 - ii. Apesar das diferenças serem pequenas verificou-se que em termos médios os utentes que conhecem a marca AQR e que notaram melhorias a partir da data da sua atribuição estão mais satisfeitos que os utentes que a desconhecem. Neste sentido, acreditamos poder concluir-se que a atribuição da marca de qualidade teve um impacto positivo na satisfação e na imagem do CS para os utentes. Contudo, não é por frequentar mais o CS que o utente afirma conhecer a marca AQR e o que esta representa, na medida em que foi grande o desconhecimento identificado junto dos utentes. De referir, no entanto, que o aumento da frequência ao CS nos últimos seis meses é acompanhado pelo aumento do número de pessoas que afirma notar as melhorias implementadas.

As grandes dificuldades sentidas ao longo da realização deste trabalho, nomeadamente ao nível da revisão de literatura, dada à escassa literatura sobre a implementação dos MQ em Portugal e sobre o processo de candidatura e atribuição da Marca AQR;

Estas conclusões devem, porém, ser interpretadas à luz de um conjunto de dificuldades e limitações que comprometeram, em parte, a realização deste trabalho e o alcance das suas conclusões, nomeadamente:

- i. As grandes dificuldades sentidas ao nível da revisão de literatura. A inexistência de fontes sobre a implementação dos MQ em Portugal e sobre o processo de candidatura e atribuição da Marca AQR constituem a primeira grande dificuldade sentida.
- ii. A dimensão da amostra que encerra, em si mesma, a principal limitação. Ainda que possa ser considerada razoável para prosseguir com a investigação, a dimensão conseguida não pode, de modo algum, ser encarada como a mais desejável, na medida em que acreditamos que poderá não representar fielmente a opinião de toda a população. Esta limitação pode, porém, representar uma oportunidade para trabalhos futuros, e onde o período de tempo para a recolha dos dados seja, também ele, mais alargado;
- iii. A pesquisa efetuada, que não entrou em linha de conta com a influência das diferentes características emocionais e individuais dos inquiridos, nomeadamente com a razão que justifica a visita ao CS. Ora, como estes fatores podem influenciar de forma significativa os resultados dos inquéritos, constitui também uma limitação; e
- iv. A informação recolhida por aplicação dos questionários não foi utilizada e explorada em todas as suas dimensões. Apontamos aqui, como principal razão, o timing para elaborar este trabalho.

Nestes termos, volvido o tempo suficiente para que esta investigação possa produzir resultados, seria interessante a elaboração de um trabalho de natureza similar, a fim de se poder perceber a evolução dos serviços prestados, mas na perspetiva dos utentes e profissionais de saúde. Considera-se que a introdução deste pressuposto de análise se constitua num forte contributo e num ponto de partida para a melhoria da qualidade e satisfação do serviço prestado pelos diferentes CS, uma vez que permitirá efetuar uma análise evolutiva e apresentar um novo olhar sobre as repercussões e implicações em termos de resultados.

Acreditamos, também, que poderia ser interessante aplicar esta metodologia nos demais serviços da ULS Nordeste ou a sua replicação em serviços análogos noutros ACES, de forma a confirmar ou rejeitar as conclusões que aqui se apresentam.

Assumindo plenamente a natureza e o cariz deste trabalho de investigação, espera-se que as limitações indicadas se traduzam em verdadeiras oportunidades, uma vez que se acredita que novos e interessantes estudos poderão nascer a partir daqui. Admite-se, portanto, que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento de outras linhas de investigação.

Referências Bibliográficas

- ACSS. (2007). *GDH: Sistema de Financiamento/Classificação de Doentes em Grupos de Diagnóstico Homogéneos*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde. Acedido em 3 fevereiro de 2012, em www.acss.min-saude.pt/Projectos/Proj_Implem/GDH.htm.
- Alves, H. (2003). *Uma abordagem de marketing à satisfação do aluno no ensino universitário público: índice, antecedentes e consequências*. Tese de Doutoramento em Gestão, Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Aspinal, F., et al. (2003). *Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature*. *Journal of Advanced Nursing*, 42: 324-339.
- Azevedo, J (2002). *CRM na Administração Pública Desafio e Oportunidade*. *Revista Administração Pública – Tecnologias de Informação na Administração Pública*, n.º 58, Edição fevereiro.
- Baraňano, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Editora Sílabo. Lisboa.
- Barçante, L. C. (2009). Acedido em 5 de janeiro de 2012, em <http://professorbarcante.files.wordpress.com>
- Barros, P. (1999). *Eficiência e qualidade: mitos e contradições*. Acedido em 27 abril 2012, em: <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/ac-ciencias.pdf>
- Barros, P. (2005). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina.
- Batista, J. C. (2009). *Ecarderno*. Acedido em 5 de janeiro de 2012, em http://www.ecaderno.com/colunas/joao-carlos-batista/1370/negocios/qualidade-total-conceito-e-evolucao_.html
- Beresford, S. (2002). *Citizen relationship management*. *Revista Administração Pública – Tecnologias de Informação na Administração Pública*, n.º 58, Edição fevereiro.
- Biscaia, A., et al. (2005). *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. Lisboa: Fundação Astrazeneca,.
- Biscaia, J.L. (2000). *Qualidade em Saúde – Uma perspetiva conceptual*. *Qualidade em Saúde*, 6-10.
- Biscaia, P. C. (2006). *Os Centros de Saúde em Portugal: A procura e a Oferta de Serviços*. Lisboa: Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

- Bolton, R.; Drew, J. (1991). *A multistage model of customer's assessment of service quality and value*. Journal of Marketing, v. 17, n.º 4. 375-384.
- Branco, A. G., Ramos, V. (2001). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 5-12
- Bueno, M.(2010). Gestão pela Qualidade Total: uma estratégia administrativa um tributo ao mestre do controle da qualidade Kaoru Ishikawa. CEPPG Revista Catalão, v. 8, nº1.127-170.
- Cabral, M. V. et al. (2000). *Saúde e Doença em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais: Lisboa.
- Campos. C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. bras. enferm. vol. 57. Brasília. Acedido em abril de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672004000500019&script=sci_arttext
- Campos, L. et al. (2009). *Governança dos Hospitais*.1ªed. Alfragide, Casa das Letras. ISBN: 978-972-46-1930-9.
- Cardoso, L. (1999). *Gestão Estratégica das Organizações: Como vencer os desafios do Séc. XXI*. 4ªed.Lisboa: Editorial Verbo.
- Carr, David K.; Littman, Ian D. (1992). *Excelência nos Serviços Públicos*. Rio de Janeiro: Quality Mark Editores.
- Carvalho, M.T.G. (2009(a)). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: O Profissionalismo de água e saneamento no distrito de Castelo Branco: A perspetiva dos utentes e funcionários*. Tese de Mestrado em Gestão, Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Carvalho, T. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: o profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Castro, H. & Silva, A. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde Primários*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Christo, F. (2010). Acreditação de Unidades de Saúde nos CSP: A experiência de Valongo.35º Colóquio da Qualidade. Departamento da qualidade em Saúde. Lisboa
- Christo, F. (2003). *Manuais da Qualidade*. Revista Médico de Família. Nº55. p.56-57.
- Cleary P.D, McNeil B.J.(1988). *Patient satisfaction as indicator of quality care*. Inquiry. Nº 25.25-36.
- Coelho, H. (1998). *Satisfação dos consumidores de cuidados de saúde: Avaliação dos pais e acompanhantes de crianças internadas*. Tese de Mestrado em Gestão de Empresas, Braga: Universidade do Minho.

- Cordeiro, J. V. B (2004). *Reflexões sobre a Gestão da Qualidade Total: fim de mais um modismo ou incorporação do conceito por meio de novas ferramentas de gestão?*. Rev.FAE, Curitiba, v.7, n.1. 19-33, Acedido em 20 de maio, em http://WWW.fae.edu/publicações/pdf/revista_da_fae
- Correia, A. (2003). *A Qualidade como fator estratégico dos serviços de desporto. Serviços de Qualidade no Desporto – Piscinas, Polidesportivos e Ginásios*, Lisboa: CEFD, 11-28.
- Correia, R.; Brito, C. (2007). *Quo Vadis Marketing de Serviços? Uma Visão Integrada de Produtos e Serviços*. XVII Jornadas Hispano Lusitas de Gestión Científica, Logroño: Universidad de La Rioja, 1792-1801.
- Decreto de Lei 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República - I Série. Nº38. Ministério da Saúde: Lisboa. p. 1182-1189
- Decreto de Lei nº 157/99 de 10 de maio. Diário da República - I Serie A. Ministério da Saúde: Lisboa. p.2424
- Decreto -Lei n.º 67/2011, de 2 de junho. *Diário da República I série - N.º 154, p.4251*
- Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. Diário da República nº108. Ministério da Saúde: Lisboa. p. 1406-7
- Decreto-Lei Nº 125/2004, de 31 de maio. Diário da República I Série-A Nº 127. Ministério da Economia. Lisboa p. 3048
- Delgado M. (2009). *A melhoria contínua da qualidade*. In:[Campos et al.(2009). *Governança dos hospitais*. 1ª Ed. Alfragide. Casa das letras. 45-56
- Deloitte Touche Tohmatsu Limited. (2011). *Saúde em análise Uma visão para o futuro*. Deloitte .
- Despacho Normativo nº 97/83 - Regulamento dos Centros de saúde de 2º Geração, de 22 abril de 1983. Diário da República, I Série, nº93. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Dinis, P. (2010). *A qualidade em saúde: na perspectiva dos Cuidados de Saúde Primários*. Acedido 3 em novembro 2011, em <http://www.jornaldenisa.com/noticias/>
- Donabedian A.(1992). *Evaluation de la calidad de la atención médica*. White KL, Frank J, *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPAS;383-404.
- Donabedian, A. (1980). *Definition of quality and approaches to its assessment*. Exploration in quality assessment and monitoring. Vol 1. Health Administration Press: Michigan.
- Donabedian, A., (1988). *The quality of care: how can it be assessed?*. Journal of the American Medical Association. Nº260: 1743-1748

- Eiglier P. (1997). *Politique de qualité dans les unités de services*. 1ª Conferência Nacional de Marketing de Serviços, Lisboa: GIEM.
- Eira, A. D. (2010). *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- ERS- Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde*. Porto: ERS.
- Escoval A. (2009). *A contratualização e regulação dos hospitais*. Governação dos hospitais. 1ª Ed. Alfragide. Casa das letras. 149-186
- Espiridão, M. e Trad L. (2005). *Avaliação de satisfação de usuários*. Ciência & Saúde Coletiva. 10: 303-312
- Felício, M; Machado, V. & Teixeira, C. (2009). Relatório do Perfil de Saúde da Região Norte. Administração Regional da Saúde do Norte, I.P: Porto.
- Fernandes, E. (1999). *Estatística Aplicada*. Universidade do Minho. Braga.
- Ferreira J. L. (1991). *Satisfação dos utentes da extensão de Vialonga do Centro de Saúde da Póvoa de Santa Iria*. Rev Port Clin Geral; 8(1). 15- 20
- Ferreira, A. (2003). *Análise Comparativa do Prémio Qualidade do Governo Federal com outros Prémios Nacionais e Internacionais de Qualidade*. Tese de Mestrado em Gestão, Brasília: Fundação Getulio Vargas.
- Ferreira, A. (2006). *Percepção do desempenho dos serviços municipalizados e municipais de água e saneamento no distrito de Castelo Branco: A perspetiva dos utentes e funcionários*. Tese de Mestrado em Gestão, Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Ferreira, F.A. G. (1990). *História da Saúde e seu Funcionamento*. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação, da conceção à realização*. Lusociência. Loures
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação da conceção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência
- Fortuna A. et al (2001). *Avaliação da qualidade do centro de diagnóstico pré-natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de V.N.Gaia*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.19, nº2, jul/dez: 55-80.
- França, M. (2000). *Programa de acreditação do KFHQS. O que é, os destinatários, as vantagens, Qualidade em Saúde*. Vol 1, 16-19.

- Franco, M. e Florentim R. (2006). *A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Nº 24: 21-35
- Gageiro J., & Pestana M. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais- A Complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo, Lisboa, ISBN: 972-618-391X.
- Gameiro, M. (1998). *A avaliação na Administração Pública: Actores e Papéis*. I Encontro Nacional de Administração Pública, Lisboa: Instituto Nacional de Administração.
- Giarelli, G. (2002), *Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualit*. Costantino.Cipolla et al. orgs, Valutare la qualità in sanità. Milano: Angeli, 430-437.
- Gomes R. et al (1999). *Evaluation of outpatient care for people with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, from the user's perspective*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Nº15.789-797.
- Gomes, J. (2004). *A evolução do conceito de qualidade dos bens manufacturados aos serviços de informação*. Cadernos BAD Nº2,. 6-18.
- Griffiths, P. (2000). *As vantagens da acreditação pelo King's Fund*. Qualidade em Saúde. Vol 1, 20-23.
- Guimarães, M. (2009). *Satisfação do utente e qualidade apercebida:avaliação no Centro de Saúde de Aldoar*. Acedido em outubro de 2011, de B-Digital - Universidade Fernando Pessoa: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1414>
- Hespanhol, A et al (2005). *Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João Satisfação dos Utentes*. ArquiMed. ISSN 0871-3413
- Hespanhol, A. (2003). *Motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João* . Porto.
- Hill, M.;Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa, Edições Sílabo.
- IPQ-Instituto Português da Qualidade (2001). *Sistemas de Gestão da Qualidade*. Caparica.
- Jerico, M.C. & Balsanelli A.P. (2005) *Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras*.Acta paul. Enferm. Vol.18 nº4 São Paulo. Acedido em abril de 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000400008&script=sci_arttext
- Johansson P., Óleni M. e Fridlund B.(2002). *Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study*. Scand J. Caring Sci; 16:337-344.
- Joint Commission (2007). *Joint Comission International Standards for Hospitals*. Manual.

- Júnior G. D.;Vieira M. M. (2002). *Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, V. 7, Nº 2,325-34, acedido em 10 de agosto de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>.
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto - Série I A. Ministério da Saúde: Lisboa. p.3452-59
- Lei n.º 56/79 de 15 de setembro. *Diário da República nº 214*, 1.ª Série. Ministério da Saúde: Lisboa. p. 2357
- Lei nº 27/2002 Diário da Republica – Série A Nº258, Ministério da Saúde: Lisboa. p. 7150 a 7154
- Lopes, A.; Melo, T.(2009) *A avaliação de serviços em Audiologia: conceções e perspetivas*. Rev. Soc. Bras Fonoaudiologica. Vol. 14. 421-426.
- Lourenço, B. (2008). *A satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Machado, P.(2001). *Gestão da Qualidade Total*. Sebenta da Unidade Curricular Gestão da Qualidade da Licenciatura em Análises Clínicas e Saúde Pública da Escola Superior das Tecnologias da Saúde do Porto.
- Machado, P., Nunes R. (2007). *Diagnostico da qualidade dos serviços públicos da saúde* in Nunes R., Brandão, C. - Humanização da Saúde. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN 978-972-603-386-8. janeiro.111-150.
- Marques, T. (2010). *Da Qualidade á satisfação do utente: Serviço de Colheitas de Sangue e o seu contributo para a satisfação do utente*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás os Montes. Vila Real.
- Mcdougall, G.; Levesque, T. (2000). *Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation*. Journal of Services Marketing. Vol. 14, n.5, 392-410.
- MCSP (2009). *MCSP atribui Marca AQR. Missão dos Cuidados de Saúde Primários*.Ministério do Ambiente:*Programa Operacional de Saude Revisão Intercalar 2004*. Lisboa. 44-49.
- Mello, C. H. P.; Silva, C. E. S.; Turrioni, J. B.; Souza, L. G.(2002) M. *ISO 9001:2000: Sistema de Gestão da Qualidade para Operações de Produção e Serviços*. São Paulo. Editora Atlas.
- Mendes, L. (2006). *A gestão da qualidade nas PME industriais portuguesas – Perspetiva baseada nos stakeholders*. Tese de Doutoramento em Gestão, Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Mestre, A. (2007). *Optimização de Redes Hospitalares: Modelos Hierárquicos e Multi-Produto Aplicados ao Caso Português*. Tese de Mestrado. IST.

- Ministério Ambiente (2005). Programa Operacional Saúde: Revisão Intercalar 2004. Comissão Europeia: Portugal.
- Ministério da Saúde (2008). Atendimento de Qualidade Reconhecida. Revista Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa
- Monteiro, J. M. (1991). *Satisfação em Saúde numa perspetiva de garantia de qualidade*. Boletim do Hospital de Bragança, v. 1, nº 2. Bragança.
- MSST- Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2004). *Programa Qualidade do Ministério da Segurança Social e do Trabalho – Um modelo integrado de aplicação da CAF*. Lisboa: MSST.
- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. 1ª ed. Cascais, Pergaminho. Norma Portuguesa, 2000
- Ngobo, P. (1997). *Decreasing returns in customer loyalty: does it really matter to delight the customers?*. Advances in Consumer Research, v. 26. 469-476.
- Nogueira, L. C. (1999). *Biblioteca Virtual em Saúde: Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Acedido em dezembro 2011, em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=291843&indexSearch=ID>.
- NP EN ISO 9001:2000 (2001). *Sistemas de gestão da qualidade*. Instituto Português da qualidade, Lisboa.
- Nunes, R. (2005) *Regulação da Saúde* (1ª ed.) Porto. Vida Económica.
- Nunes, R.; Rego G. (2002). *Prioridades na Saúde*. 1ª Ed. Lisboa: McGrawHill. ISBN: 972-773-140-6.
- Oliveira E.F. & Grácio MC. (2005). *Analysis regarding the size of the simple sample random: an application in the area of Information Science*. Data Grama Zero. Revista de Ciência da Informação. Vol 6, nº3
- Oliveira, A. (2007). *Manual da Qualidade: IQS lança marca AQR*. Acedido em janeiro de 2012, em <http://www.vfbm.com/jmf/110-119/116/116-3840.pdf>
- Olivério, P. R. (2010). *Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Viseu: IPV.
- OPSS (2009). *10 anos OPS 30 anos SNS: razões para continuar*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Ovretveit J. (1992). *Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Oxford: Blackwell Science.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1985). *A conceptual model of services quality and its implication for future research*. Journal of Marketing, Vol. 49, n. 4, 41-50.
- Pardal, L. & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Paul et al (1999). *Comunidade e Saúde: Satisfação dos utentes e atitudes face aos Médicos e Medicina*. Psicologia, Saúde e Doenças. Lisboa.69-80.
- Pego, Z.M.M. (1998). *Qualidade dos serviços de urgência: a perspetiva dos utentes*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Pimentel, H. (2010). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do serviço regional de saúde dos Açores*. Dissertação de mestrado em Ciências Económicas Empresariais, Universidade dos Açores.
- Pires, A. (1993). *Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco, L: Biscaia J. (2001): *Qualidade de Cuidados de Saúde Primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Vol 2: 43-51.
- Portal da Saúde (2009). Acedido em 5 de fevereiro de 2012, de <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/politica+arquivo/programa.htm>
- Portal da Saúde (2010). Acedido em 2 de dezembro de 2011, de <http://www.portaldasaude.pt>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Grádiva.
- Ramos, V. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal e no mundo*. Não publicado. Lisboa.
- Reis, T. (2005). Utentes apreciam o contacto com o seu Médico de Família. Médico de Família. 61-62.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*. 3(XVII), 547-558.
- Ribeiro, O. & Ferreira, F. (2008). Acedido em outubro de 2011, de Repositório: Instituto Politécnico de Viseu:
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf
- Rocha, J (2006). *Gestão da Qualidade- aplicação aos serviços públicos*. Lisboa. Escolar Editora.
- Rust, R. & Oliver, R. (1993). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Sá, P. & Sintra, O. (2008). *Modernização administrativa e gestão da qualidade: um estudo empírico nos municípios portugueses*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra:Coimbra.
- Sakellarides, C. et al (2006). *O futuro do sistema de saúde português*. Saúde 2015. Lisboa: ENSP,
- Santana, P. (2006). *Mudança organizacional*. OGFI. LEIC
- Santos, G. M. (2009). *Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória*. Vila Real: UTAD.
- Santos, O et al (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais*. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Santos, O., Biscaia, A., & Caldeira, R. (2007). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*. Acedido em 19 de outubro de 2011, de Qualitativa:http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Centros_Saude_Estudo.pdf
- Sarmento, M.; Silva, N. (2006). *A Qualidade na Administração Pública: Uma Necessidade Urgente nos Serviços Públicos*. Revista Militar. Acedido em 28 de maio de 2012, de <http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php>.
- Sepúlveda, M. (1998). *A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na Sã Vida*. Medicina Apoiada, S.A. Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol.16, nº4, out/dez: p.33-39.
- Serapioni M. (2009). *Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*. Revista Crítica de Ciências Sociais, 85, 65-82.
- Silva, J. (2001). *Por uma Administração Pública Melhor*. Lisboa: Instituto Nacional de Administração e Gestão. Gabinete da Secretária de Estado da Administração Pública, Acedido em 4 de julho de 2012, em <http://www.gov.cv/seap/premio-qual-rev.htm>.
- Silva, J. (2002). *Descentralização de Serviços ao Cidadão e a Estrutura da Qualidade das Administrações Públicas da União Europeia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Silva, M. A. G. (2009). *Desenvolvimento e implementação de um sistema de qualidade*. Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Universidade de Aveiro. Acedido em abril de 2012, em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1715/1/2010000076.pdf>.
- Soares, A. (2002). *A Qualidade do Serviço Público na Óptica dos Clientes Internos: estudo de caso no Instituto de Acção Social*. Tese de Mestrado em Gestão Pública, Ponta Delgada: Universidade dos Açores.

- Sousa, M. et al (2008). *Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico*. Revista Referência IIª Série, Nº8, p.59-67
- Veludo, M. (1997). *A Qualidade e Valor: Programa Avançado de Gestão para Executivos*. Universidade Católica Portuguesa/Administração Pública Açoreana 1997/98. Escola de Pós-Graduação em Ciências Económicas e Empresariais.
- Ware, J; et al (1983). *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. Eval Program Plann, Nº 6:247-263.
- Weyne, G.R.S. (2004). *Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área de saúde*. Arq Med ABC. Vol 29:87-90.

Anexos

Anexo I- Questionário Aplicado



**Mestrado em Gestão das Organizações
Ramo Unidades de Saúde**

Questionário:

“Avaliação do impacto nos utentes da marca AQR – Atendimento de Qualidade Reconhecida: Estudo no ACES Nordeste”

O presente questionário destina-se a recolher dados que servirão de suporte a uma investigação, no âmbito do mestrado em “Gestão de Unidades de Saúde”, a decorrer no Instituto Politécnico de Bragança.

Contém perguntas que nos ajudarão a compreender a perceção de qualidade dos utentes do centro de saúde. Os resultados deste estudo serão utilizados unicamente para fins académicos.

A resposta às questões, a sua opinião e experiencia são muito importantes para a execução deste trabalho e um contributo para uma melhoria dos cuidados prestados pelo centro de saúde. Solicito que seja sincero nas suas respostas, pois estas são confidenciais e anónimas.

O tempo de preenchimento do questionário é de apenas 10 minutos.

Agradecemos muito a sua colaboração.

Elisabeth Alves Pestana

1- Características Sociodemográficas

Assinale com um X, cada uma das categorias:

Género	1) Feminino	
	2) Masculino	
<hr/>		
Idade (anos)	1) Menos de 18 anos	
	2) Entre 18 e 34 anos	
	3) Entre 25 e 34 anos	
	4) Entre os 35 e 49 anos	
	5) Entre os 50 e 64 anos	
	6) 65 anos ou mais	
<hr/>		
Estado Civil	1) Casado/a ou união de fato	
	2) Solteiro/a	
	3) Viúvo/a	
	4) Divorciado/a	
<hr/>		
Habilitações	1) Não sabe ler nem escrever	
	2) Só sabe ler e escrever	
	3) 1º Ciclo do ensino Básico (1- 4º ano)	
	4) 2º Ciclo do ensino básico (5-6º ano)	
	5) 3º Ciclo do ensino básico (7- 9º ano)	
	6) Ensino secundário (10-12º ano)	
	7) Ensino Médio	
	8) Ensino Superior	
<hr/>		
Situação perante o trabalho	1) Trabalhador por conta própria	
	2) Trabalhador por conta de outrem	
	3) Doméstica	
	4) Desempregado/a	
	5) Reformado/a	
	6) Estudante	

Qual é o seu Centro de Saúde? _____

2- Marca de Atendimento de Qualidade Reconhecida

M1- Sabe o que é o a Marca de Atendimento de Qualidade Reconhecida?	1) Sim	
	2) Não	

Se Sim, consegue definir o

conceito: _____

M2- Notou alguma melhoria a partir de 29 de julho de 2009?	1) Sim	
	2) Não	

Se a sua resposta foi sim, responda à questão seguinte, se a resposta foi não passe para a terceira questão (3-Satisfação)

Em que aspeto:	
Limpeza e Higiene	
Melhor atendimento	
Melhor tratamento das reclamações e sugestões	
Segurança	
Organização	
Todos os aspetos descritos anteriormente	

3-Satisfação

Q1_ SATISFAÇÃO GLOBAL (SATISF G..)

Considerando a sua experiencia com o centro de saúde avalie a satisfação global com base na escala de 1 a 5, em que 1 "Muito insatisfeito", 2 "Insatisfeito", 3 "Nem Insatisfeito Nem Satisfeito", 4 "Satisfeito" e 5 "Muito satisfeito".

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Insatisfeito Nem Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q2_IMAGEM

Avalie a imagem que tem do centro de saúde utilizando, para cada afirmação, a escala de 1 a 5, em que 1 “Discordo totalmente”; 2 “Discordo”; 3 “Nem Concordo Nem Discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo totalmente”.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sabe Não se aplica
É um CS de confiança	1	2	3	4	5	6
É um CS experiente	1	2	3	4	5	6
O Centro de Saúde preocupa-se com os utentes	1	2	3	4	5	6
O CS investe na modernização dos seus serviços	1	2	3	4	5	6
O CS contribui para a melhoria da qualidade de vida dos seus utentes	1	2	3	4	5	6

Q3_ QUALIDADE APERCEBIDA (QAG)

Considerando toda a sua experiencia com o Centro de Saúde avalie a qualidade global, utilizando a escala de 1 a 5, em que 1 “Muito Má”, 2 “Má”, 3 “Nem boa nem Má”, 4 “Boa” e 5 “Muito Boa”.

Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
1	2	3	4	5	6

Q3-1- QUALIDADE APERCEBIDA DAS INSTALAÇÕES (QAI)

As questões que se seguem são relativas aos serviços prestados pelo centro de saúde. Avalie, com base na escala de 1 a 5, em que 1 “Muito Má”, 2 “Má”, 3 Nem boa nem Má”, 4 “Boa” e 5 “Muito Boa”.

Em relação às instalações como considera:						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
Limpeza e Higiene	1	2	3	4	5	6
Conforto e comodidade em termos de ruído, temperatura, etc)	1	2	3	4	5	6
Proteção da privacidade nos consultórios	1	2	3	4	5	6
Qualidade Global das instalações do Centro de Saúde	1	2	3	4	5	6

Em relação aos assistentes técnicos (administrativos)						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
1) Competência	1	2	3	4	5	6
2) Simpatia/cortesia/respeito	1	2	3	4	5	6
3) Confiança	1	2	3	4	5	6
4) Informação	1	2	3	4	5	6
5) Disponibilidade	1	2	3	4	5	6
6) Duma forma global como avalia o desempenho dos assistentes técnicos	1	2	3	4	5	6

Em relação ao pessoal médico (QAM) como considera:						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
1) Competência	1	2	3	4	5	6
2) Simpatia/cortesia/respeito	1	2	3	4	5	6
3) Confiança	1	2	3	4	5	6
4) Informação	1	2	3	4	5	6
5) Disponibilidade	1	2	3	4	5	6
6) Duma forma global como avalia o desempenho do pessoal médico	1	2	3	4	5	6

Em relação ao pessoal de enfermagem (QAE) como considera:						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
1) Competência	1	2	3	4	5	6
2) Simpatia/cortesia/respeito	1	2	3	4	5	6
3) Confiança	1	2	3	4	5	6
4) Informação	1	2	3	4	5	6
5) Disponibilidade	1	2	3	4	5	6
6) Duma forma global como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6

Em relação aos outros técnicos de saúde (QATS) como considera: (Assistente social; Nutricionista; Psicóloga, Podologista)						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
Duma forma global como avalia o desempenho dos outros técnicos de saúde	1	2	3	4	5	6

Em relação aos outros profissionais como considera: (Auxiliares)						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
Duma forma global como avalia o desempenho dos outros profissionais	1	2	3	4	5	6

Q3-3- QUALIDADE APERCEBIDA RELACIONAL (QAREL)

Como considera a relação com o pessoal do centro de saúde						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
Duma forma global como avalia a relação com o pessoal do centro de saúde	1	2	3	4	5	6

Q3.4- QUALIDADE APERCEBIDA DOS SERVIÇOS (ACESSIBILIDADE) (ACB)

As questões que se seguem dizem respeito à acessibilidade ao centro de saúde. Avalie, com base na escala de 1 a 5, em que 1 “Muito mau”; 2 “Mau”; 3 “ Nem bom nem Mau”; 4 “Bom” e 5 “Muito Bom”.

Em Relação á acessibilidade como considera:						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não se aplica
1) O horário do CS	1	2	3	4	5	6
2) O sistema de marcação de consulta	1	2	3	4	5	6
3) O tempo que esperou pela consulta	1	2	3	4	5	6
4) O tempo que esperou na sala de espera pela consulta, no dia da consulta	1	2	3	4	5	6
5) O acesso ao CS (em termos de transporte público ou estacionamento em carro próprio)	1	2	3	4	5	6
6) O tempo que demorou a chegar ao centro de saúde	1	2	3	4	5	6
7) Duma forma geral a informação disponibilizada	1	2	3	4	5	6
8) O atendimento telefónico	1	2	3	4	5	6
9) O serviço domiciliário do CS	1	2	3	4	5	6
10) Duma forma global como avalia os serviços prestados pelo CS	1	2	3	4	5	6

Q8- LEALDADE (LEAL)

Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer CS, seria este que escolheria? Responda utilizando a escala de 1 a 5, em que 1 “Discordo Totalmente”, 2 “Discordo”, 3 “Nem Concordo Nem Discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo Totalmente”.

Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer CS, seria este que escolheria					
Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sabe Não se aplica
1	2	3	4	5	6

Q9- RECLAMAÇÕES (RECL)

As questões que se seguem dizem respeito a reclamações. Responda utilizando a escala de 1 a 5, em que 1 “Muito mal resolvida”, 2 “Mal resolvida”; 3 “Resolvida”; 4 “Bem resolvida” e 5 “Muito bem resolvida”.

Q9-1- alguma vez apresentou reclamação verbal no CS?	1) Sim	
	2) Não	

Se a sua resposta foi sim, responda à questão seguinte, se a resposta foi não passe para a questão Q9-3.

Q9-2 Se a sua resposta foi sim, como avalia a forma como a reclamação foi resolvida.				
Muita Mal resolvida	Mal resolvida	Resolvida	Muito bem resolvida	Não sabe Não se aplica
1	2	3	4	5

Q9-3 Imagine que apresentava uma reclamação no CS, como pensa que seria resolvida?				
Muita Mal resolvida	Mal resolvida	Resolvida	Muito bem resolvida	Não sabe Não se aplica
1	2	3	4	6

Q10- RECOMENDAÇÃO (RECOM)

A afirmação que se segue diz respeito à recomendação. Responda utilizando a escala de 1 a 5, em que 1 “Discordo totalmente”; 2 “Discordo”; 3 “nem Concordo Nem Discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo totalmente”.

Recomendaria este CS a um familiar ou amigo.				
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Q 11- Quantas vezes recorreu ao CS nos últimos 6 meses?	1) Nenhuma	
	2) De 1 a 2 vezes	
	3) De 3 a 6 vezes	
	4) Mais de 6 vezes	