

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**A Avaliação da Qualidade dos
Serviços de Saúde
O Caso do Hospital Padre Américo**

Deolinda Cláudia Carvalho de Magalhães

Porto, 2019

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**A Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde
O Caso do Hospital Padre Américo**

Deolinda Cláudia Carvalho de Magalhães

Porto, 2019

Deolinda Cláudia Carvalho de Magalhães

A Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde
O Caso do Hospital Padre Américo

(Deolinda Cláudia Carvalho de Magalhães)

Orientadora: Professora Doutora Ana Salazar

(Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Mestre em
Ciências Empresariais)

Resumo

A presente dissertação tem como tema a qualidade nos serviços de saúde, tendo sido realizada a avaliação dos serviços de urgência do Hospital Padre Américo (HPA). A opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e 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 Sistema Nacional de Saúde.

Desta forma, foi delineado como objetivo geral aferir a avaliação da qualidade do serviço prestado pela urgência do HPA. Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos: aferir os fatores determinantes da avaliação da qualidade e a sua importância relativa; aferir as intenções de comportamento (recomendar e voltar ao hospital) e a sua relação com a qualidade do serviço e aferir se há diferenças de perceção da qualidade e das intenções de comportamento relativamente a características sociodemográficas dos utentes.

No que diz respeito à metodologia, optou-se por um design descritivo, sendo a recolha de dados realizada através da aplicação de um questionário online, a uma amostra não probabilística por conveniência, tendo-se conseguido 115 questionários válidos.

Os principais resultados apontam para a conclusão que os fatores como a admissão, médicos, enfermeiros, exame, triagem e o tempo de espera dos exames afetam de forma direta a qualidade dos serviços de urgência do Hospital. Os mesmos fatores influenciam também as intenções de comportamento dos utentes: usar e recomendar os serviços. No mesmo ponto de intenção de voltar a usar os serviços, é possível afirmar que quem não apresenta reclamações ao serviço de urgências do HPA têm maiores intenções de os voltar a usar. Em relação às características sociodemográficas verifica-se que não existem diferenças de perceções, quer no que diz respeito à avaliação da qualidade, quer às intenções de comportamento.

Palavras-chave: Avaliação; Qualidade; Serviços; Saúde

Abstract

The present dissertation has as its theme the evaluation of the emergency services of the Hospital Padre Américo (HPA). The opinion of the user has been increasingly considered in the scientific field and by the various social partners in order to monitor the quality of health services and to evaluate the effectiveness of the corrective measures that have been implemented in the National Health System.

Thus, it was outlined as a general objective to determine which factors influence the quality of HPA's emergency services. The following specific objectives were also defined: measuring the determinant dimensions of quality assessment and their relative importance, assessing behavior intentions, assessing the relationship between quality assessment and behavioral intentions of users, and assessing differences in perception quality and behavioral intentions regarding sociodemographic characteristics.

Regarding the methodology, a descriptive design was chosen, and the data collection was done through the application of an online questionnaire, to a non-probabilistic sample for convenience, and 115 valid questionnaires were obtained.

The main results point to the conclusion that factors such as admission, doctors, nurses, screening, screening and the waiting time of the exams directly affect the quality of the hospital's emergency services. The same factors also influence the behavior intentions of the users: use and recommend the services. At the same point of intention to re-use the services, it is possible to affirm that those who do not present complaints to the emergency service of the HPA have greater intentions to reuse them. Regarding the sociodemographic characteristics, there are no differences.

Keywords: Evaluation; Quality; Services; Cheers.

À Minha Família

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Salazar, pela sua orientação, apoio, disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pelas opiniões e críticas, pela colaboração e por todas as palavras de incentivo.

Aos professores do curso Ciências Empresarias por me ajudarem sempre que precisei.

Aos meus irmãos por serem tão especiais e ajudarem sempre que possível.

Aos meus pais, que sem eles nada era possível, dirijo um agradecimento especial, por serem modelos de coragem, pelo apoio incondicional, amizade e paciência demonstrada e total ajuda na superação dos obstáculos que surgiram ao longo desta caminhada.

Ao Rui, pela força transmitida, pela enorme paciência e pelo amor demonstrado ao longo do tempo. Agradecer-te não é um gesto que se põem em papel, mas algo que se partilha ao longo da vida.

A todos, o meu OBRIGADA.

Siglas

HPA – Hospital Padre Américo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

Índice

Capítulo I - Introdução	16
Capítulo II – A Avaliação da Qualidade dos Serviços	20
2.1. Introdução	20
2.2. Caracterização dos serviços	20
2.3. Qualidade nos serviços	21
2.4. Modelos da Qualidade dos Serviços	27
2.4.1. Modelo de Grönroos	27
2.4.2. Modelo dos GAP´S	30
2.4.3. O Modelo de Gummesson: 4Q Model of Offering Quality	32
2.5. Modelos de avaliação da qualidade do serviço	34
2.5.1. Modelo SERVQUAL	34
2.5.2. Modelo SERVPERF	39
2.6. Qualidade nos serviços de saúde	39
2.6.1. A Qualidade nos Serviços de Saúde	39
2.6.2. Dimensões da Qualidade em Saúde	43
2.6.3. Avaliação da Qualidade em Saúde	43
2.6.4. Satisfação do Utente	45
2.7. Conclusão	49
Capítulo III – Metodologia	50
3.1. Introdução	50
3.2. Processo de Pesquisa	50
3.3. Definição de Problema	52
3.4. Objetivos	53
3.5. Hipóteses	53
3.6. Design da Pesquisa	55
3.7. Método de Recolha de Dados	57
3.7.1. Estrutura do Questionário	59

3.8. Processo de Amostragem.....	62
3.9. Método de Análise de Dados	63
3.10. Conclusão.....	63
Capítulo IV- Avaliação da Qualidade no Hospital Padre Américo.....	65
4.1. Introdução	65
4.2. Caracterização da Amostra	65
4.3. Confiabilidade da Escala	68
4.4. Estatísticas Descritivas	69
4.4.1. Qualidade Geral.....	69
4.4.2. Instalações	70
4.4.3. Admissão	71
4.4.4. Triagem.....	71
4.4.5. Médicos	72
4.4.6. Enfermeiros	73
4.4.7. Exames ou Tratamentos.....	74
4.4.8. Internamento.....	74
4.4.9. Reclamações	75
4.4.10. Intenções de Comportamento.....	76
4.5. Fatores que Influenciam a Qualidade dos Serviços de Saúde	77
4.6. Atributos da Qualidade	82
4.7. Análise de Diferenças das Percepções da Qualidade dos Serviços de urgência do HPA	85
4.8. Relação entre Qualidade Geral e Intenções de Comportamento	90
4.9. Conclusão	95
Capítulo V – Conclusão.....	96
Bibliografia.....	99

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Género da Amostra	66
Gráfico 2- Idade da amostra	67
Gráfico 3 - Empregabilidade da Amostra.....	67
Gráfico 4 - Escolaridade da Amostra	68
Gráfico 5 - Valores Médios - Instalações	70
Gráfico 6 - Valores Médios - Admissão.....	71
Gráfico 7- Valores Médios - Triagem	72
Gráfico 8 - Valores Médios - Médicos	72
Gráfico 9 - Valores Médios - Enfermeiros	73
Gráfico 10 - Valores Médios - Exames ou Tratamentos	74
Gráfico 11 - Valores Médios - Internamento.....	75
Gráfico 12 - Apresentação de Reclamação.....	75
Gráfico 13 - Resolução da Reclamação.....	76

Índice de Figuras

Figura 1- A Evolução da Qualidade	24
Figura 2- Avaliação da Qualidade	26
Figura 3 - O Modelo da Qualidade Percebida dos Serviços.....	28
Figura 4 - Modelo da qualidade de um serviço de Parasuraman et al. (1985)	31
Figura 5 - Modelo de Gummesson (1993): 4Q Model of Offering Quality	33
Figura 6 - Design da Pesquisa	56
Figura 7 - Técnica de recolha de dados	58
Figura 8 - Análise dos Dados	63
Figura 9 - Gráfico de Escarpa.....	80

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tabela de auxílio para a avaliação das 10 dimensões originais da qualidade	34
Tabela 2 - 22 Itens das Dimensões da Qualidade	36
Tabela 3- Fases da Pesquisa	51
Tabela 4 - Vantagens e Desvantagens das Perguntas Abertas e Fechadas	59
Tabela 5 - Indicadores Associados às Variáveis	60
Tabela 6 - Resumo de processamento	65
Tabela 7 - Valores do Alfa de Cronbach	68
Tabela 8 - Resultado do Alfa de Cronbach.....	69
Tabela 9 - Qualidade Geral.....	70
Tabela 10 - Intenção de Voltar	76
Tabela 11 - Recomendação.....	77
Tabela 12 - Valores de KMO	78
Tabela 13 - Teste de KMO e Bartlett	79
Tabela 14 - Variância total explicada.....	79
Tabela 15 - Matriz dos 5 componentes principais.....	80
Tabela 16 - Fatores da Variância.....	81
Tabela 17 - Resumo do Modelo - Qualidade Geral.....	83
Tabela 18 - Variável Dependente – Qualidade Geral.....	83
Tabela 19 - Resumo do modelo – Intenção de Voltar	84
Tabela 20 - Variável Dependente - Intenção de Voltar	84
Tabela 21 - Resumo do modelo – Recomendação	85
Tabela 22- Variável Dependente - Recomendação	85
Tabela 23 - Teste t – Gênero	86
Tabela 24 - Resultado do Test T - Gênero.....	86
Tabela 25 – Teste t - Apresentação Reclamação	87
Tabela 26 - Resultado do Test T - Apresentação Reclamação	87
Tabela 27 – Diferenças de percepção da qualidade relativamente à escolaridade	88
Tabela 28 - Escolaridade como Variável Independente	89
Tabela 29 - Idade como Variável Independente.....	89

Tabela 30 - Correlações entre Variáveis.....	90
Tabela 31 - Resumo do Modelo - Tenciona Voltar a Usar os Serviços	91
Tabela 32 - Variável Dependente - Tenciona Voltar a Usar os Serviços	91
Tabela 33 - Resumo do Modelo - Tenciona Recomendar os Serviços.....	91
Tabela 34 - Variável Dependente - Tenciona Recomendar os Serviços	91

Capítulo I - Introdução

Nos últimos anos, verificou-se um aumento de estudos científicos sobre a qualidade em saúde e as suas respectivas dimensões. A necessidade de investigar o tema da qualidade na saúde surge como uma exigência na prestação de cuidados de saúde, uma vez que é um direito fundamental do cidadão e a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir um acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o seu percurso e em todos os níveis da prestação (DGS, 2019).

As organizações vivem num contexto de extrema complexidade e incerteza. As gestões das organizações enfrentam novos e difíceis desafios, fruto da dinâmica dos mercados globalizados e concorrenciais, das inovações tecnológicas e do acentuar das exigências dos consumidores. Este ambiente de mudança tem, no entanto presente uma constante: o desempenho com qualidade. A qualidade é uma arma para vencer (e mesmo sobreviver), sendo vista como um fator crítico de sucesso (Kotler et al., 2002).

Tradicionalmente a qualidade estava associada aos bens (tangíveis) e suas especificações técnicas. Só em finais dos anos 70 é que académicos e gestores começaram a dedicar atenção à qualidade nos serviços.

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

A melhoria da qualidade na saúde tanto serve o cidadão, considerado individualmente, como serve o profissional de saúde (DGS, 2019). O cidadão, como protagonista dos serviços que integram o sistema de saúde e como cliente, como utilizador e como proprietário desses serviços; O profissional de saúde, como responsável pelo

desenvolvimento de um trabalho com capacidade técnica, seguro, qualificado e preparado para a modificação que o seu papel tem sofrido e continuará a sofrer nas próximas décadas.

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

Diante do exposto, é importante que os gestores dos serviços de saúde tomem uma atitude mais ativa em relação aos fatores que influenciam a qualidade dos serviços prestados.

Neste trabalho o problema de investigação foi o exposto: Qual a avaliação da qualidade dos serviços de urgência do Hospital Padre Américo (HPA)?” Para obter as respostas a este problema, foram apresentados os objetivos, formuladas hipóteses e aplicada uma metodologia específica.

Desta forma, e sendo pertinente o tema que foi escolhido para este estudo pretendeu-se determinar a influencia que os fatores identificados na literatura exercem na conquista da qualidade dos serviços de saúde. Este estudo é de relevância para o mercado, pois pretende aferir as dimensões que devem ser privilegiadas pelos gestores dos serviços de saúde, de modo a influenciar a qualidade prestada.

Sendo o objetivo principal deste estudo aferir a avaliação da qualidade dos serviços de prestados pela urgência do HPA, foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos de investigação:

- Aferir os fatores determinantes da avaliação da qualidade e a sua importância relativa;

- Aferir as intenções de comportamento: voltar e recomendar os serviços do hospital;
- Aferir a relação entre a avaliação da qualidade e as intenções de comportamento dos utentes;
- Aferir se há diferenças de perceção da qualidade e das intenções de comportamento relativamente a características sociodemográficas.

No que diz respeito à metodologia aplicada, optou-se por um estudo descritivo com a aplicação de um questionário online a uma amostra não-probabilística por conveniência constituída por 147 respondentes, que utilizaram o serviço de urgências do Hospital nos últimos 12 meses. O processo de recolha de dados durou 60 dias. O questionário (Anexo 1) foi realizado com as ferramentas do Google Forms e o seu preenchimento foi anónimo e confidencial.

No que diz respeito à estrutura a presente dissertação encontra-se estruturada da seguinte forma. O primeiro capítulo é referente à introdução, no qual, de uma forma sucinta é apresentado o objeto de estudo, a problemática, o tema, os objetivos, a metodologia e a estrutura do trabalho.

No segundo capítulo é feito um enquadramento teórico inicial, através de um levantamento e análise bibliográfica em relação ao tema, de forma a responder às questões inicialmente colocadas na definição do problema e identificar soluções para o problema de investigação. Assim, os conceitos sobre serviços, a qualidade dos serviços, os modelos da qualidade dos serviços, os modelos de avaliação da qualidade e a qualidade dos serviços em saúde serão abordados neste capítulo.

No capítulo a seguir apresenta-se a metodologia da investigação, os métodos e ferramentas utilizadas, justificando a escolha dos mesmos.

No quarto capítulo, é feita a apresentação e a análise dos resultados obtidos do questionário e a discussão dos mesmos: contribuições para a área de conhecimento e são discutidas as hipóteses de investigação deste trabalho. Por fim, no último capítulo é apresentada a conclusão, recomendações para a gestão, as limitações do estudo e sugestões de pesquisa futura.

Capítulo II – A Avaliação da Qualidade dos Serviços

2.1. Introdução

Este capítulo descreve globalmente a revisão feita à literatura para o estudo que foi efetuado. Inicialmente é desenvolvido o serviço em geral: o seu conceito e as suas características.

De seguida é desenvolvido o conceito de qualidade nos serviços. Inicialmente, analisa-se a evolução histórica do conceito de qualidade nos serviços e posteriormente é abordado o conceito atual; os modelos de qualidade nos serviços e a apresentação de alguns modelos de avaliação da qualidade nos serviços.

Por fim, centra-se nos serviços de saúde, sendo feita uma caracterização e apresentado as diferentes perceções da qualidade nos serviços de saúde. São ainda expostos estudos relativos ao tema em questão.

2.2. Caracterização dos serviços

Com origem no termo latim “servitium”, a palavra serviço define a ação de servir. Os serviços possuem uma forte componente dinâmica, envolvendo a interação com o cliente, e tendo como “matérias-primas” o tempo e os processos necessários (Shostak & Kingman-Brundage, 1991).

Na literatura, são referidas 4 características base dos serviços (Baalbaki, Ahmed, Pashtenko, & Makarem, 2008; Vandamme & Leunis, 1993):

- **Intangibilidade** - Os serviços não podem ser refletidos, percebidos, analisados ou medidos, antes do seu consumo. Esta característica dificulta a compreensão da essência do serviço por parte dos clientes e conseqüentemente aumenta o risco percebido por parte dos clientes.

- **Heterogeneidade** - A qualidade de um serviço, teoricamente idêntico, pode variar consideravelmente, devido ao estado emocional/características do(s) prestador(es) do serviço ou do(s) próprio(s) cliente(s);
- **Inseparabilidade** - tendo em consideração que a produção e consumo do serviço têm sempre lugar em simultâneo, através de um leque de relações entre o(s) prestador(es) do serviço e o(s) cliente(s). O que atribui ao(s) cliente(s) um papel particularmente importante no desenrolar do serviço e conseqüente qualidade do mesmo;
- **Perecibilidade** - conceito fortemente relacionado com a intangibilidade e inseparabilidade e que indica a impossibilidade de um prestador de serviços de “armazenar” os seus serviços. O que, caso a procura pelo serviço seja relativamente imprevisível ou a capacidade de resposta do serviço seja fixa pode gerar tanto situações de subaproveitamento de recursos, como de falta de capacidade de resposta imediata.

Estas quatro características, apesar de não serem inquestionavelmente o melhor meio de diferenciação, têm sido tradicionalmente as mais utilizadas para diferenciar os produtos dos serviços (Lovelock e Gummesson, 2004).

2.3. Qualidade nos serviços

O termo qualidade deriva do latim “qualis” que significa “tal e qual as coisas de facto são”. Todavia a sua intangibilidade torna difícil a sua interpretação, podendo a qualidade assumir diferentes definições e significados em função das circunstâncias, das pessoas e das medidas usadas, sendo, por isso, considerada universalmente como algo que afeta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma positiva (Gomes, 2004).

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

O conceito de qualidade originou-se no contexto industrial, após a 1ª guerra mundial, especialmente na indústria japonesa, posteriormente muito se tem escrito sobre qualidade, tendo sido o conceito aplicado a toda a atividade humana.

Analisando o conceito da qualidade numa perspetiva histórica, segundo Batista (2010), com a industrialização o controlo da qualidade era uma tarefa do mestre industrial que tinha como função supervisionar os vários passos da produção e avaliar o grau de eficácia e qualidade dos bens produzidos. Após a Segunda Guerra Mundial, houve um avanço no controlo da qualidade, passando a existir um controlo fundamentado numa inspeção por amostragem e gráficos de controlo (Batista, 2010).

De acordo com Capricho e Lopes (2007), as preocupações e a evolução do conceito de qualidade emergiram da seguinte forma:

- I. Inspeção da qualidade** – até aos anos 30 a qualidade consistia numa inspeção para verificar a presença de possíveis defeitos nos produtos. Esta identificação era principalmente efetuada no final do processo produtivo através de um controlo visual, medição e comparação para verificar a conformidade.

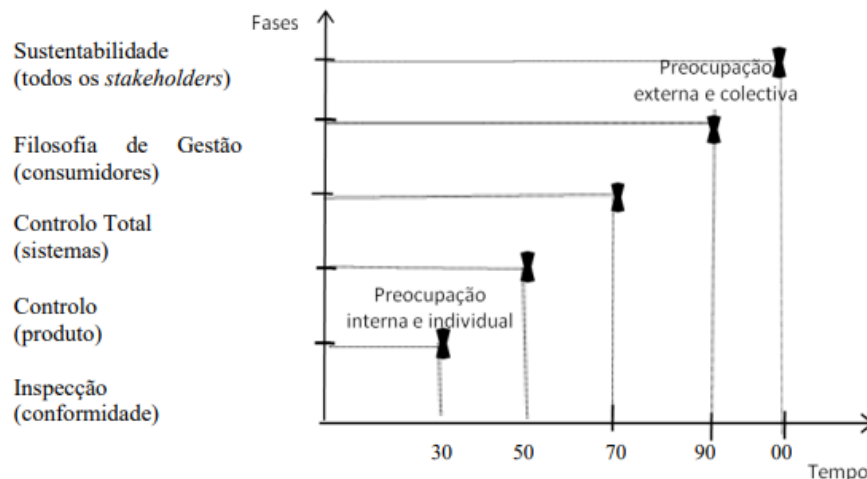
- II. Controlo da qualidade** – entre os anos 30 e 50 verificou-se a criação de padrões, monitorização de processos, análise de desvios e implementação de medidas corretivas. É um problema de especialistas na área. Assiste-se à utilização de ferramentas específicas de controlo de qualidade tais como: fluxograma, diagrama causa-efeito ou o gráfico de Pareto.

- III. Garantia da qualidade** – entre as décadas de 50 e 80 surgiu uma preocupação em assegurar a qualidade. O controlo total faz parte do sistema de planeamento e controlo e é praticado de forma sistemática e integrada. Este controlo acontece desde a conceção do produto até ao pós-venda, de forma a satisfazer o cliente e a diminuir os custos. A qualidade passa a ser vista em termos comuns a toda a organização, abrangendo todas as áreas.
- IV. Gestão da qualidade** – entre a década de 80 e o final do século a qualidade é uma questão de gestão. A gestão pela qualidade total faz parte da estratégia da empresa e da sua filosofia de gestão, pois já existe uma cultura de qualidade em que a melhoria contínua é um problema de todos os colaboradores e abrange todas as funções da organização. A qualidade atravessa transversalmente toda a cadeia de valor, envolvendo ativamente a gestão e todos os colaboradores na melhoria contínua, na mudança profunda, na inovação e na meta dos zeros defeitos.
- V. Sustentabilidade** – tendo presente agora o século XXI, desenvolve-se o conceito de sustentabilidade (traduz-se na satisfação das necessidades do presente, sem comprometer a possibilidade de satisfação das necessidades de gerações futuras). Atualmente as organizações têm uma visão mais ampla e veem a qualidade como um suporte que garante o sucesso económico, social e ambiental, e permite atingir a excelência e o desenvolvimento sustentável. Nesta fase a satisfação do consumidor deixou de ser suficiente, as empresas terão de satisfazer todos os *stakeholders*¹, utilizando o modelo da empresa excelente, a aprendizagem e inovação permanente, as novas tecnologias de informação, para além de outras ferramentas, técnicas e métodos de controlo estatístico.

• ¹ *Stakeholders* - é um termo da língua inglesa que tem como significado "grupo de interesse", pois são pessoas que possuem algum tipo de interesse nos processos e resultados da empresa, ou seja, são todos grupos de interesse de uma empresa, tais como: acionistas; investidores; proprietários; empregados; clientes; governo, etc.

Na figura 1 é possível visualizar uma representação gráfica da evolução da qualidade.

Figura 1- A Evolução da Qualidade



Fonte: Adaptado de Capricho e Lopes (2007)

A qualidade é um conceito amplamente utilizado com múltiplas definições, mas de difícil consenso na sua conceptualização.

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

Crosby (*cit in* Gonçalves, 2014) está associado ao movimento que introduziu os conceitos “zero defeitos” e “faça certo da primeira vez”. Este autor define o planeamento e a prevenção como estratégia para alcançar a qualidade.

Segundo Garvin (*cit in* Fonseca, 2008), é importante uma visão mais detalhada do produto da qualidade para criar a competitividade nas empresas, garantindo os lucros e abdicar dos

prejuízos. É igualmente importante, a opinião dos clientes, aumentando o desempenho da qualidade.

De acordo com Garvin (*cit in* Fonseca, 2008) a qualidade é percebida sob cinco abordagens principais:

1. **Transcendente** - É a qualidade que “não pode ser definida”, só é percebida pela experiência, é intemporal.
2. **Baseada no Produto** - A definição da qualidade é baseada nas características do produto.
3. **Baseada no Utilizador** - A definição da qualidade baseada na visão de quem a observa/experimenta, variando de pessoa para pessoa. A qualidade é um reflexo das preferências dos consumidores.
4. **Baseada na Produção** - As definições baseadas na produção, “conformidade com as especificações”. A qualidade máxima atinge-se quando o bem tem todas as especificações, e quando alguma não estiver presente, verifica-se um desvio na qualidade.
5. **Baseada no Valor** - A definição de qualidade é baseada no custo e preço do produto/serviço. A qualidade oferece desempenho ou conformidade a um determinado preço ou custo.

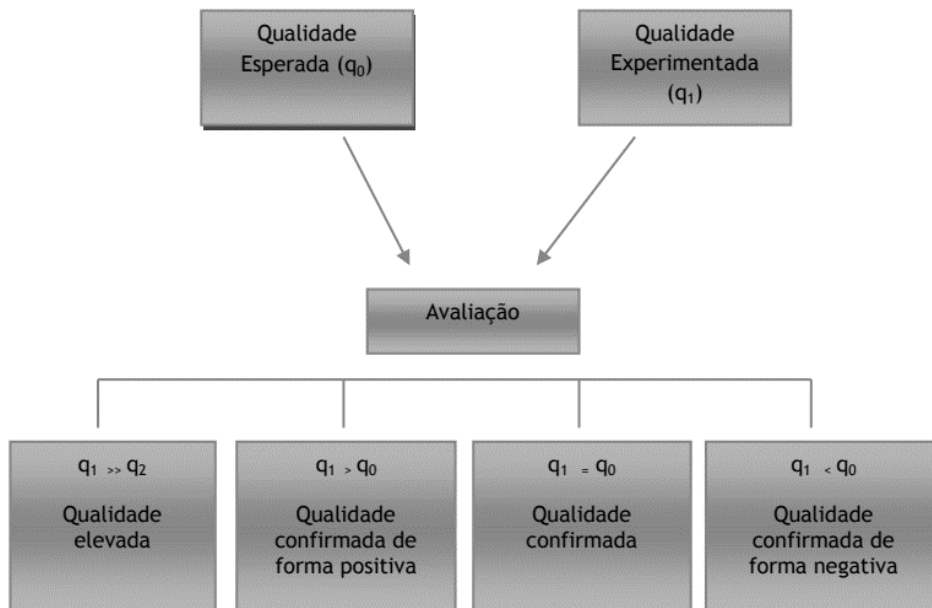
Para além destas abordagens, Garvin explicita oito dimensões quando se define qualidade: performance, fiabilidade, características, conformidade, durabilidade, manutenção, estética e qualidade percebida. A utilização destas dimensões funciona como uma arma para a concorrência e aumento da competitividade de uma empresa.

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

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

Gronroos (2000), baseado na figura 2, relaciona a expectativa e a experiência do cliente para avaliar a qualidade:

Figura 2- Avaliação da Qualidade



Fonte: Adaptado de Gronroos (2000)

Desta forma, o autor destaca quatro possibilidades após a prestação de um serviço: a qualidade muito acima do esperado se $q_1 > q_2$, a qualidade acima do esperado se $q_1 > q_0$, a qualidade aceitável se $q_1 = q_0$ e má qualidade se $q_1 < q_0$.

Para Gronroos (2000), o ideal será a empresa fazer por alcançar a qualidade acima do esperado, o que é de certa forma difícil tendo em conta que as expectativas do cliente, na maioria dos casos, são muito elevadas, o que pode acarretar custos avultados para a mesma. Tendo em conta este pressuposto, o autor realça a importância e características da expectativa criada em relação a um bem ou serviço.

2.4. Modelos da Qualidade dos Serviços

2.4.1. Modelo de Grönroos

O Modelo da Qualidade Percebida dos Serviços proposto por Grönroos (*cit in* Gonçalves, 2014), é a diferença entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada do serviço, sendo que a imagem da organização desempenha um papel central na perceção do cliente quanto à qualidade do serviço. Assim, a gestão da qualidade do serviço percebida significa que a empresa tem que combinar com o serviço esperado (expectativa) o serviço percebido.

O autor identificou três componentes de qualidade de serviço, a saber: a qualidade técnica, a qualidade funcional e a imagem.

De acordo com o modelo:

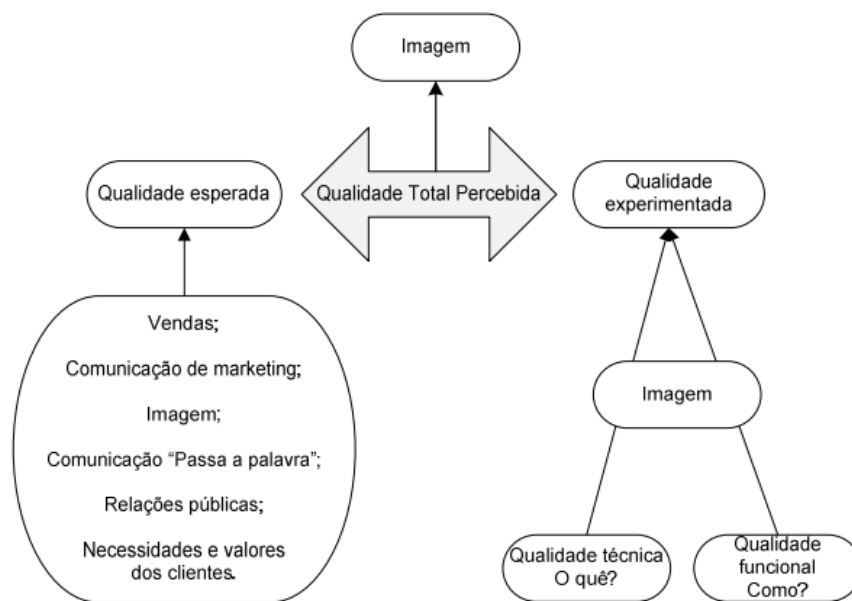
- **A qualidade técnica** é a qualidade do que o consumidor realmente recebe como resultado da interação com a empresa de serviços e o que é importante para o consumidor na avaliação da qualidade do serviço.
- **Qualidade funcional** é como o consumidor recebe o resultado técnico.

- **A imagem** é considerada importante para as empresas de serviços, pois influencia consideravelmente na escolha do consumidor. Sendo assim, pode-se considerar que ela é criada pela qualidade técnica e pela qualidade funcional, além de outros fatores: tradição, ideologia, política de preços, reputação e relações públicas.

Posteriormente, Grönroos acresce ao modelo acima descrito uma outra dimensão – *servicescape quality*, e que corresponde aos vários elementos do contexto físico que estão presentes aquando da prestação do serviço. Às dimensões “como” (dimensão funcional) e “o quê” (dimensão técnica), acresce uma outra: “onde” (Grönroos, 2000).

Conforme se pode verificar na figura 3, o que os clientes esperam é função de publicidade, passa-palavra entre os clientes, da imagem, das necessidades e dos valores que determinaram a escolha do serviço.

Figura 3 - O Modelo da Qualidade Percebida dos Serviços



Fonte: Grönroos (2004)

A qualidade é determinada pelo desvio entre a qualidade esperada e a percebida.

Dada a existência de várias dimensões no conceito de qualidade, poder-se-á questionar a importância relativa de cada uma delas. A qualidade técnica é necessária, mas não suficiente. No sector dos serviços, a qualidade funcional é de elevada importância, uma vez que a qualidade técnica é fácil e rapidamente reproduzida pela concorrência, deixando de ser uma vantagem competitiva para o prestador do serviço. Todavia, a qualidade não é determinada exclusivamente pela experiência que os clientes têm na prestação do serviço, há que ter presente a qualidade que os clientes esperam.

Para Grönroos existem sete critérios ou dimensões para uma boa qualidade percebida:

- 1) Os clientes reconhecem que o fornecedor, os funcionários, o sistema operacional e os recursos físicos têm o saber necessário e as condições para que os seus problemas/necessidades sejam resolvidos/satisfeitas de uma forma profissional.
- 2) Os clientes sentem que os funcionários estão empenhados em resolver/satisfazer os seus problemas/necessidades.
- 3) Os clientes sentem que o fornecedor do serviço está acessível e ajustado às suas necessidades.
- 4) Os clientes sentem que o fornecedor zela pelos seus interesses.
- 5) Os clientes sentem que caso o serviço não seja realizado conforme devido, o fornecedor envereda os esforços no sentido de que este seja prestado em conformidade, e atende a eventuais prejuízos causados ao cliente.
- 6) Os clientes sentem que o ambiente em que o serviço é prestado (instalações e outros) permite que este seja percebido de uma forma positiva.

- 7) Os clientes sentem que o fornecedor presta um serviço justo (em termos de valor monetário, valor social).

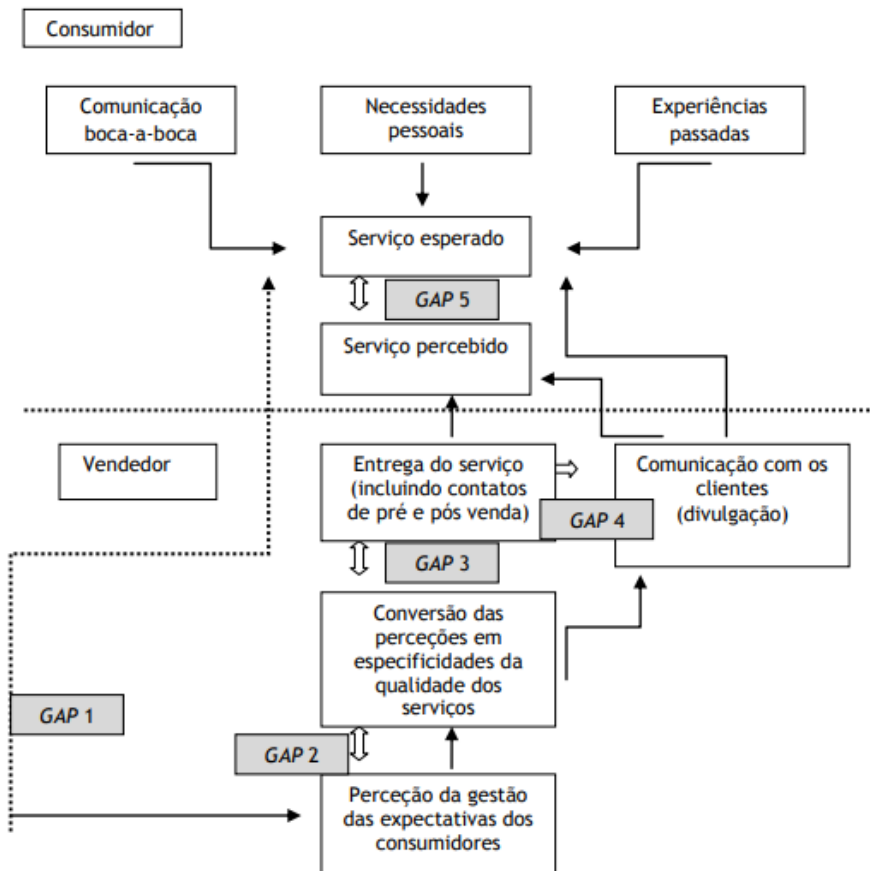
2.4.2. Modelo dos GAP'S

Entre os gestores existe um consenso generalizado de que as organizações devem oferecer qualidade na prestação dos seus serviços, indo de encontro ao que o cliente quer, ou mesmo exceder as suas expectativas. Todavia, acreditar unicamente na importância em oferecer um serviço com qualidade não é suficiente.

De forma a avaliar a qualidade dos serviços, os autores Zeithaml, Parasuraman e Berry apresentaram o modelo dos GAP'S. O modelo refere que o nível de qualidade percebida resulta da diferença entre a qualidade esperada e a qualidade obtida e recorreram à expressão *gap*. De seguida esquematiza-se, na figura 4, o modelo conceptual da qualidade nos serviços proposto pelos autores, seguindo-se um resumo dos 4 *gaps* que concorrem para qualidade do serviço.

- **Gap 1** - Regularmente os gestores não têm uma correta perceção do que os clientes efetivamente querem e em que condições querem, o que faz com que tomem decisões e distribuam recursos que não são os mais indicados à qualidade na prestação do serviço. Tendo como exemplo, elevados investimentos em instalações, quando o que os clientes pretendem é rapidez. Assim sendo o gap 1 é denominado como o desvio entre o que os clientes querem e o que os gestores pensam que os clientes querem.

Figura 4 - Modelo da qualidade de um serviço de Parasuraman et al. (1985)



Fonte: Adaptado de Parasuraman et al. (1985)

- **Gap 2** - É necessária uma correta percepção em relação ao que os clientes querem, contudo, esta não é suficiente para que o serviço seja prestado com qualidade. Um outro requisito para a qualidade do serviço prende-se com a capacidade em os gestores conseguirem concretizar na prestação do serviço as percepções que têm sobre as expectativas dos clientes. Assim sendo o gap 2 é denominado como o desvio entre as percepções que os gestores têm em relação às expectativas dos clientes e a capacidade em concretizá-las na prestação do serviço.
- **Gap 3** - A maioria dos serviços é prestada com forte intervenção de pessoas pelo que esta prestação está muito dependente dos recursos humanos. Desde logo a

prestação do serviço depende da forma como o cliente desempenha o seu papel. Por outro lado, é o papel dos empregados, que muitas vezes não têm capacidade nem vontade para prestar o serviço conforme está especificado. Desta forma o gap 3 é designado como as diferenças entre as especificações definidas para o serviço e as características do serviço prestado.

- **Gap 4** - A comunicação da organização para o exterior tem uma forte influência nas expectativas dos clientes. É o caso por exemplo da publicidade nos meios de comunicação ou as informações que os funcionários prestam. Quando se verifica uma discrepância entre a prestação do serviço e o que foi prometido, está-se perante uma falha na qualidade do serviço, isto porque a prestação deste não corresponde às expectativas que foram criadas. Deste modo o gap 4 é o desvio entre o que é comunicado ao cliente sobre a prestação do serviço e o que é realmente prestado ao cliente

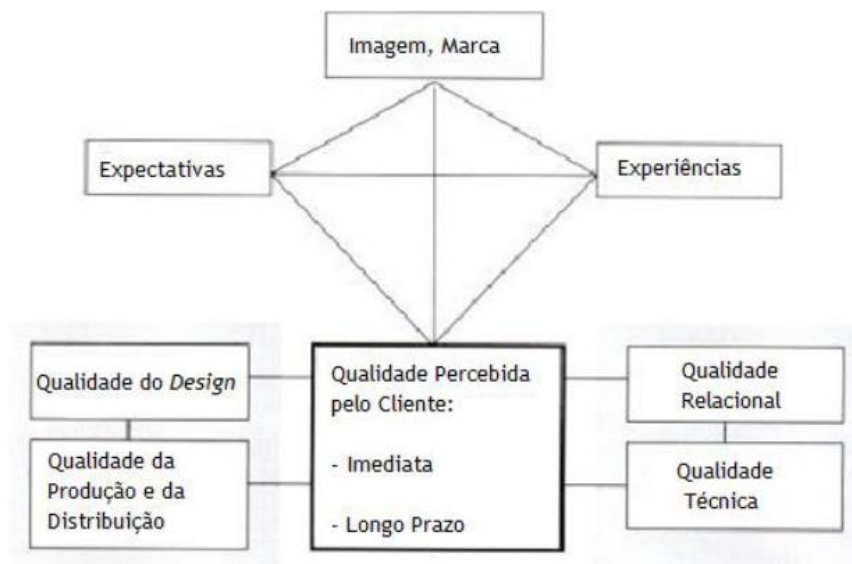
2.4.3. O Modelo de Gummesson: 4Q Model of Offering Quality

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

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

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

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



Fonte: Adaptado de Gronroos (2000)

O modelo considera a existência de quatro principais fontes de qualidade a evidência física, ou seja, o local onde é prestado o serviço, abrangendo também a forma de produção e entrega de um serviço. Também explicita a qualidade relacional que caracteriza a interação em todo o processo de prestação do serviço com os profissionais que o prestam. Por sua vez, componente técnica da qualidade pode ser associada aos benefícios do serviço – dimensão técnica – a curto e longo prazo.

Este modelo pode considerar-se importante e completo, pois pondera aspetos como a evidência física e processo de produção de um serviço e também a componente relacional da qualidade, ou seja, aspetos que complementam o modelo da percepção total da qualidade que referenciava em exclusivo a qualidade esperada e experimentada pelo consumidor.

2.5. Modelos de avaliação da qualidade do serviço

2.5.1. Modelo SERVQUAL

Com o objetivo de avaliar a qualidade, são criadas diversas escalas que o objetivo principal é compreender a parte intangível do serviço. Em face das escalas existentes e, apesar de as suas dimensões estarem direcionadas para diversos tipos de serviço, as empresas devem ajustar as dimensões de acordo com as suas necessidades e com o seu tipo de oferta, tendo sempre presente que cada cliente tem as suas expectativas e perceções.

É vantajoso para uma empresa desenvolver um método de avaliação, através de uma escala específica, que mensure a opinião do cliente. Esta é uma forma de conhecer o que o cliente espera receber e qual a opinião que resulta daquilo que realmente recebe. Estes métodos podem ser longos e difíceis de se obter, mas permitem à empresa ter uma noção real do seu trabalho.

O modelo Service Quality Gap Analysis (SERVQUAL) de acordo com Parasuraman (*cit in* Machado, 2003), é um instrumento genérico para a avaliação da qualidade do serviço, com uma elevada credibilidade e validade, tendo como principal propósito servir como método de diagnóstico das principais forças e fraquezas de um dado serviço analisado.

No que diz respeito às dimensões do serviço analisadas pelo SERVQUAL, apesar de inicialmente ter sido proposta a análise de 10 dimensões distintas do serviço (Tabela 1), após demonstrações empíricas e experimentação, estas foram reduzidas em 5 dimensões.

Tabela 1 - Tabela de Auxílio para a Avaliação das 10 Dimensões Originais da Qualidade

Dimensões	Explicação
<ul style="list-style-type: none"> • Confiança: a unidade executou os serviços corretamente 	<ul style="list-style-type: none"> • A prestação do serviço na data combinada • A execução com eficiência • O equipamento ser de confiança

<ul style="list-style-type: none"> • Resposta: boa vontade e prontidão do empregado para providenciar o serviço, não tendo lugar a perdas de tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • A realização de pedidos especiais; • A Substituição do pessoal quando necessário; • Os empregados serem simpáticos
<ul style="list-style-type: none"> • Competência: os empregados possuem o perfil e o conhecimento adequados para as tarefas que lhe são atribuídas 	<ul style="list-style-type: none"> • O orçamento estar correto e conforme o combinado;
<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade: conveniência e proximidade da prestação de serviço 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do serviço num horário conveniente; • A execução do serviço no local correto.
<ul style="list-style-type: none"> • Cortesia: envolve o respeito e a consideração dos empregados 	<ul style="list-style-type: none"> • Confidencialidade dos empregados • Competência e formação do pessoal de contacto; • Atendimento personalizado
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação: utilização de uma linguagem que seja compreensível pelo cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação do processo do serviço; • Esclarecimento de custos.
<ul style="list-style-type: none"> • Credibilidade: engloba honestidade e a acreditação do serviço prestado pela empresa. 	<ul style="list-style-type: none"> • A reputação da empresa; • As características pessoais dos empregados.
<ul style="list-style-type: none"> • Segurança: diz respeito a todas as situações que gerem sensação de segurança, quer sejam oriundas do empregado, devido ao seu conhecimento das tarefas e à sua habilidade para imprimir segurança ao cliente ou estranhas a ele. 	<ul style="list-style-type: none"> • A segurança da empresa; • A realização do serviço com a duração combinada; • O cumprimento das promoções e da publicidade.
<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão/conhecimento: diz respeito ao relacionamento dos empregados com os clientes, à atenção dispensada ao cliente, à empatia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecipação da satisfação das necessidades do cliente; • Bom relacionamento com o cliente
<ul style="list-style-type: none"> • Tangibilidade: inclui a evidência física do serviço, sentida e apreciada pelo cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente onde se presta o serviço ser atrativo; • Correção rápida dos erros ou falhas; • Boa apresentação dos funcionários.

Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry (cit in Machado, 2003)

As 5 dimensões reduzidas estão definidas em:

- **Confiabilidade:** esta dimensão tem sido considerada como a mais importante, visto que garante aos clientes que o serviço é prestado tal como foi prometido.
- **Responsividade:** significa demonstrar disponibilidade e vontade em auxiliar o cliente quando este precisa e fornecer o serviço no tempo previsto.
- **Segurança:** o funcionário deve transmitir cortesia e conhecimento sobre o serviço que entrega, a fim de proporcionar confiança aos clientes.
- **Empatia:** para além da atenção que deve ser dada ao cliente, os funcionários devem mostrar interesse em compreender o cliente e ir ao encontro das suas necessidades.
- **Tangibilidade:** nesta última dimensão, os clientes procuram elementos tangíveis para avaliar a qualidade. Destes elementos fazem parte as instalações, os equipamentos, os funcionários e até mesmo os outros clientes.

A escala de SERVQUAL para além de medir a qualidade de um serviço específico, permite entender o nível de satisfação dos clientes. O modelo é composto por 22 itens que afetam diretamente a satisfação dos clientes (Tabela 2).

Tabela 2 - 22 Itens das Dimensões da Qualidade

Dimensões	Fatores
Tangíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento moderno • Instalações visualmente agradáveis • Funcionários com apresentação agradável • Materiais associados aos serviços visualmente agradáveis

Confiabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços oferecidos conforme o prometido • Confiabilidade na resolução de problemas e reclamações • Serviços realizados de forma correta pela primeira vez • Serviços oferecidos nos prazos prometidos • Registos mantidos sem erros
Responsividade	<ul style="list-style-type: none"> • Clientes mantidos informados sobre quando os serviços serão realizados • Prontidão na realização dos serviços • Disposição para ajudar os clientes • Prontidão para responder às solicitações dos clientes
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionários que transmitem confiança ao cliente • Segurança transmitida ao cliente durante a compra • Funcionários frequentemente cordiais • Funcionários com conhecimento para responder às perguntas dos clientes
Empatia	<ul style="list-style-type: none"> • Clientes que recebem uma atenção individual • Funcionários que tratam os clientes de forma atenciosa • Interesse genuíno em servir o cliente • Funcionários que compreendem as necessidades dos seus clientes • Horário de funcionamento que convém aos clientes

Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berrv (1988)

De acordo com Miguel *et al.* (2005), o primeiro item de cada par identifica o nível de desempenho esperado e o segundo identifica o nível de serviço percebido. A operacionalização da escala é feita pelo cálculo da diferença entre as perceções de desempenho e as expectativas de serviço. Para cada par de itens obtém-se um índice, que é definido como a diferença entre o serviço percebido e o serviço desejado, denominada por Parasuraman, Zeithaml e Berry (*cit in* Machado, 2003) como Medida da Superioridade do Serviço (MSS). Esse índice pode ser positivo ou negativo, e pode-se afirmar que quanto maior for o índice, maior será a superioridade do serviço.

Os autores do SERVQUAL fazem seis reparos acerca à pesquisa da qualidade nos serviços e da sua aplicabilidade:

- 1) Não é suficiente a avaliação da qualidade que tenha apenas por base a percepção do cliente, esta deve ser comparada com as expectativas que este tem.
- 2) Convém estar atento ao desempenho da concorrência, o que permite saber quais os pontos fortes e fracos da organização. Neste ponto de vista, o instrumento SERVQUAL pode ser adaptado para recolher informação do(s) concorrente(s).
- 3) É recomendado medir a importância relativa de cada uma das dimensões que compõem a qualidade, evitando que recursos sejam aplicados em iniciativas de melhoria da qualidade sem o devido retorno.
- 4) Aquando da pesquisa quantitativa, deve ser desenvolvida uma pesquisa qualitativa, o que ajuda na interpretação dos dados recolhidos.
- 5) Devem ser desenvolvidas pesquisas junto dos funcionários que prestam o serviço, pois estes são um elemento chave em apurar deficiências na prestação do serviço.
- 6) A pesquisa deve ser contínua, ou seja, deve ser um processo e não somente um estudo.

O SERVQUAL tem sido e continua a ser o instrumento mais utilizado na medição da qualidade nos serviços. No entanto, tem sido objeto de várias críticas, como por exemplo, existir necessidade de medir as expectativas dos clientes para avaliar a qualidade, como definir e medir as expectativas dos clientes, a medição da qualidade ser feita através de uma diferença de valores (com valores para a percepção e valores para as expectativas) e qual o número de dimensões presentes no conceito de qualidade (Buttle, 1996).

2.5.2. Modelo SERVPERF

A análise da qualidade da prestação de serviços pode também ser medida pelo modelo SERVPERF, que, de acordo com Maia et al. (2007) não é mais do que o modelo SERVQUAL sem a medição das expectativas.

Para Fonseca (2005) o modelo SERVPERF, apenas utiliza as percepções do consumidor acerca do desempenho da organização para a medição da qualidade do serviço. De acordo com o modelo SERVPERF a qualidade do serviço é igual ao desempenho.

No entanto, Salazar et al. (2005) referem que:

“O modelo SERVPERF usa as mesmas questões do SERVQUAL, mas sugere que a qualidade do serviço deve ser aferida apenas com base nas percepções dos consumidores acerca da performance do prestador de serviços”.

2.6. Qualidade nos serviços de saúde

Nos pontos anteriores foram abordadas a qualidade e os serviços. De seguida será desenvolvido o conceito de qualidade em saúde especificamente no âmbito de um serviço de saúde.

2.6.1. A Qualidade nos Serviços de Saúde

De acordo com Batista (2010)

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

A qualidade em saúde possui duas vertentes principais, que se referem aos aspetos técnicos e humanos. Na qualidade deve-se considerar a parte técnica, que consiste no conhecimento científico e na tecnologia e na forma como estes são aplicados nos cuidados de saúde. Quanto aos fatores humanos, deve-se avaliar como as necessidades pessoais dos utentes² são atendidas pois na opinião de Ferreira (1991), aquilo que pode ser qualidade para algumas pessoas poderá ser inapropriado para outras, salientando, contudo, que a boa qualidade é, regra geral, reconhecida por todos. De acordo com Pereira (2003) “para qualquer utente é fundamental perceber a qualidade. Este é talvez um conceito que se entende que seja mais valorizado na saúde do que noutra área, por se tratar de um bem essencial que é a vida de cada um de nós.”

Logo, tendo por base a perspetiva do utente, “a qualidade deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz, humanizada e realizada em tempo útil pelo Serviço Nacional de Saúde.” (Pereira, 2003).

Refletindo a preocupação crescente com a qualidade na saúde a missão da Direção-Geral de Saúde³ (DGS) passa por regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde (PNS) e, ainda, a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde (DGS, 2019).

Existem várias perceções no que diz respeito à qualidade dos serviços de saúde. De acordo com Donabedian (1988) a qualidade dos cuidados de saúde é um padrão que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas de um processo de cuidados.

² Ao longo da Investigação selecionou-se o termo utente para mencionar a pessoa recetora de cuidados de saúde, pois este termo parece ser o que melhor se adequa à realidade dos serviços de saúde.

³ A DGS é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa. Assumindo-se como um organismo de referência para todos aqueles que pensam e atuam no campo da saúde.

O mesmo autor refere que a definição de qualidade dos cuidados de saúde não é simples, uma vez que se conforta com a relação que se estabelece no atendimento do utente. Deste modo, torna-se indispensável para a definição e avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados desenvolver critérios, normas e padrões (Donabedian, 1980).

Em conformidade com Ferreira (1991) num serviço de saúde existem dois elementos fundamentais que se deve considerar na definição de cuidados de saúde: uma componente técnica dos cuidados aliada à competência técnica dos prestadores de cuidados; e uma componente interpessoal dos cuidados de saúde que implica a parte relacional e humana dos cuidados (respeito, compreensão, paciência, amizade, entre outros).

Segundo a DGS (2018) é necessário que a gestão dos recursos disponíveis seja capaz de dar resposta ao aumento da procura de cuidados de saúde sem deixar que se exija um nível da qualidade da prestação cada vez mais elevado, mesmo considerando uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham.

A DGS defende que a melhoria da qualidade na saúde tanto serve o cidadão, considerado individualmente, como serve o profissional de saúde:

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

Num processo de prestação de serviços, quem presta o serviço e quem o recebe, de acordo com inúmeras variáveis, cada uma destas partes percebe a qualidade de um serviço de forma diferenciada.

Em harmonia com Batista (2010), é indiscutível a importância da qualidade e a satisfação dos utentes com os serviços que lhes são prestados e é urgente que este aspeto seja considerado como um direito adquirido e exigido por quem procura um serviço e reconhecido também por quem presta esse serviço.

Para Albalushi et al. (2011), uma medida fundamental para avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a satisfação geral dos utentes a nível dos cuidados de saúde que lhes foram feitos. Desta forma, a atenção dada à satisfação dos utentes é um passo fundamental para a melhoria da qualidade e deve ser feito de forma contínua.

A qualidade em saúde na perspetiva do utente o importante é ser bem assistido, com conforto e segurança; para os profissionais de saúde é importante melhorar a sua prática profissional; muito importante também, para os administradores e gestores hospitalares é uma gestão racionalizada.

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

A acessibilidade, as condições físicas, o tempo de espera, a comunicação, privacidade, competências técnicas, sensibilidade são uns dos critérios que emergem quando se fala em qualidade de um serviço de saúde. Assim sendo, seria interessante e enriquecedor analisar as diferentes perceções acerca da qualidade dos serviços de saúde, tendo por base os vários critérios que definem o conceito qualidade.

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

2.6.2. Dimensões da Qualidade em Saúde

De forma a mensurar a qualidade em saúde utilizam-se, por norma, determinados atributos que variam entre autores e que serão apresentados por ordem cronológica.

Donabedian, licenciado em medicina e mestre em saúde pública na Harvard School of Public Health, menciona que a qualidade em saúde deverá ser definida com base nos seguintes atributos:

- **Eficácia:** capacidades de os cuidados contribuírem para a melhoria do estado de saúde;
- **Efetividade:** quantidade de melhorias possíveis na condição de saúde do doente;
- **Eficiência:** capacidade de obter o maior número de melhorias ao menor custo;
- **Otimização:** relação mais favorável entre benefícios e custos;
- **Aceitabilidade:** conformidade com as preferências dos utilizadores no âmbito da acessibilidade, relação médico-doente, amenidades, efeitos e custos dos cuidados;
- **Legitimidade:** conformidade com as preferências sociais;
- **Equidade:** igualdade na distribuição dos cuidados (Donabedian, 1980).

Como já analisado anteriormente, Parasuraman, Zeithaml e Berry em 1988 definiram a qualidade através de cinco dimensões: aspetos tangíveis, confiabilidade, conformidade, segurança e empatia. No entanto, o PNS é mais amplo e inclui uma panóplia de atributos: adequação, efetividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, sustentabilidade, oportunidade na prestação dos cuidados, comunicação e participação

2.6.3. Avaliação da Qualidade em Saúde

Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação constante e pertinente quer das Instituições de Saúde quer dos Governantes que se deparam com custos exponenciais

dos cuidados de saúde, simultaneamente à limitação de recursos. Além disso, hoje em dia, os utentes são cada vez mais exigentes e têm expectativas cada vez mais elevadas.

A área da avaliação em saúde deparar-se num processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, existindo, assim uma constante evolução no que respeita aos instrumentos de apoio à decisão, necessários à dinâmica dos sistemas de saúde e à implementação de políticas de saúde.

A evolução do conceito de qualidade e a afirmação da qualidade total como filosofia de gestão integrada levou muitas organizações a procurarem linhas mestras para a sua implementação, recorrendo a múltiplos métodos e ferramentas da qualidade, que estimulam e ajudam a construir uma abordagem estruturada para a recolha de informação, respetiva análise e correspondentes tomadas de decisão em torno dos processos.

Neste seguimento Campos (2009) destaca as seguintes ferramentas/instrumentos: aplicação de protocolos e de boas práticas, utilização das Normas de Orientação Clínica e Organizacionais, fluxogramas, formulário de recolhas de dados, diagrama causa-efeito, histogramas ou diagrama de frequência, reconhecimento de competências técnicas dos prestadores e das instituições através da acreditação, avaliação, *balanced scorecard*⁴ e *benchmarking*⁵ entre organizações com recurso a indicadores internacionais – exemplo: Internacional Quality Indicator Project⁶. A adesão a estas medidas contribuiria para a melhoria dos resultados e, conseqüentemente, para aumentar a credibilidade de uma organização.

Hoje em dia, as necessidades de gestão das organizações prestadoras de cuidados de saúde, as imposições legais, as supervisões de entidades governamentais, entre outros fatores,

⁴ **BSC** é uma metodologia de medição e gestão de desempenho desenvolvida por Kaplan e Norton.

⁵ **Benchmarking** é um processo positivo e pró-ativo, de comparação, através do qual uma empresa avalia outra empresa – comparação interpares – no desempenho de uma determinada função a fim de melhorar o seu próprio desempenho.

⁶ O **IQIP** inclui um conjunto de indicadores de desempenho para diferentes tipos de cuidados.

impulsionam as organizações a implementar programas específicos no âmbito da qualidade. Desta formam, é relevante referir as duas ferramentas mais utilizadas, para medição da qualidade, em contexto hospitalar: a certificação da International Organization for Standardization [ISO] 9001 e a acreditação hospitalar (Campos, 2009).

A ISO 9001, estabelece convenções aceites em mais de 158 países sendo, por isso, a mais conhecida e aceite no mundo. O facto de uma organização se encontrar em conformidade com a certificação da ISO, significa que possui uma abordagem sistemática para que os produtos ou serviços fornecidos respondam às expectativas dos clientes.

No que diz respeito à acreditação esta define-se como um processo geralmente voluntário, desenvolvido por uma entidade externa à organização, que concede um reconhecimento à mesma, garantindo o cumprimento dos padrões necessários à constante melhoria da estrutura (infraestruturas, recursos humanos, organização), dos processos (modo como os cuidados são efetivamente prestados) e dos resultados (tratamento, reabilitação, satisfação, sequelas, morte). Em Portugal, concerne ao departamento da Qualidade na Saúde, a aplicabilidade do programa, desenvolvido por colaboradores do departamento, intitulado: Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Este tem como objetivo reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho espontâneo na melhoria contínua da qualidade (DGS, 2019).

2.6.4. Satisfação do Utente

De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea o termo Satisfação provém do latim *satisfactio* e é definida como sendo “o ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se”; “sentimento de bem-estar”; “contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja” (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, 2001).

Para Graça (1999), a satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser medida através da recolha da opinião. A satisfação enquanto atitude compreende aspetos

afetivos, cognitivos e avaliativos e pode ser entendida como a consequência da avaliação que se faz relativamente à realização das necessidades, preferências e expectativas de cada indivíduo.

Comprovando o autor supracitado, Ribeiro (2005) menciona no seu estudo que a satisfação é uma percepção pessoal relacionada com a concretização de uma expectativa sendo, por isso, resultado das boas práticas. O mesmo autor acrescenta que existem diversos fatores que poderão influenciar o grau de satisfação dos utentes, nomeadamente, características do próprio indivíduo, experiências prévias e variáveis do contexto onde os indivíduos estão inseridos.

No seguimento do exposto vários investigadores e organizações têm realçado a importância de ouvir os doentes, alegando que são os que melhor conhecem o resultado desejável de um serviço. Além disso, os doentes são cada vez mais parceiros nos cuidados e nas tomadas de decisão (WHO, 2000). Para Pisco (2001), participação dos utentes na implementação de melhorias dos serviços de saúde é essencial pois são eles os destinatários das mesmas, são eles que sentem os problemas e necessidades e, por conseguinte, são quem melhor pode auxiliar a encontrar soluções adequadas

Provando o que foi afirmado, Ribeiro (2005) refere que o utente é o elemento chave para a avaliação dos serviços prestados pelos profissionais das instituições bem como para a melhoria contínua da qualidade em saúde.

Desta forma, a satisfação dos utentes é um indicador de qualidade dos serviços prestados. Os utentes são capazes de identificar a qualidade do seu sistema de saúde. O utente reconhece a qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde. O utente é uma fonte de informação de carácter gratuito e espontâneo, que não pode ser desvalorizado (Neves, 2002).

No seguimento deste contexto e tendo em conta a investigação efetuada sobre a satisfação dos utentes com os serviços de urgência, as dimensões mais relevantes de serem avaliadas são: relação interpessoal dos profissionais da classe médica e enfermagem, comunicação/informação, qualidade dos cuidados, tempo de espera e pagamento (Donabedian, 1988; Hall & Press, 1996).

Um estudo efetuado em 2008 por Pereira *et al.*, pretendia medir a qualidade apercebida e a satisfação dos utentes através de 11 dimensões: imagem, tempo de espera, instalações, médicos, enfermeiros, exames e tratamentos, família, qualidade global apercebida, resolução das reclamações, satisfação e lealdade. Foi utilizada uma escala de Likert de 10 pontos e verificou-se que:

- A maioria dos indicadores teve uma cotação entre 7 e 8 pontos; Referem-se de seguida os que não correspondem a estes valores.
- O tempo de espera para ser atendido regista o menor valor médio – 6,0 pontos;
- Os profissionais de saúde receberam o maior número de pontos sendo que os médicos obtiveram 8,1 pontos, os enfermeiros superaram o valor obtido pelos médicos tendo a cotação de 8,4 pontos e os técnicos que realizam exames e tratamentos igualam o valor obtido pelos médicos;
- Dos 10% dos utentes que apresentaram reclamações a avaliação média da forma de resolução da sua reclamação foi de 4,3 pontos sendo que possuíam uma expectativa de resolução superior – 6,3 pontos (Pereira, *et al.*, 2008).

Um outro estudo, efetuado por Brito (2015), realizado ao SU do Hospital Santa Maria tem como objetivo avaliar a qualidade em saúde, tendo por base a satisfação dos utentes. As suas principais conclusões são que a amostra analisada permite constatar a existência de um elevado nível de satisfação com o SU do Hospital destacando-se que os níveis de satisfação

mais elevados se encontram no género feminino, nos mais novos, com maiores habilitações literárias, empregados e com melhor estado de saúde. Verificou-se que os determinantes que obtiveram resultados mais altos foram os relacionados com os profissionais de saúde, exames e tratamentos. Por outro lado, o tempo de espera e a capacidade de resolução de uma reclamação obtiveram o score mais baixo.

Quader (2009) desenvolveu um estudo realizado no *Benenden Hospital*, Reino Unido, que focou a medição do *gap* entre as expectativas dos utentes e as expectativas dos gestores em relação às dimensões da qualidade. Quader (2009) definiu dois objetivos para o referido estudo: explicar os benefícios de compreender e medir a qualidade e descrever a eficácia de medir a qualidade e mostrar como a avaliação pode ser usado de uma forma positiva para melhorar a prestação de serviços. O estudo foi baseado no *Gap 1* do Modelo da Qualidade de Serviços: expectativas dos utentes e a perceção dos gestores acerca dessas mesmas expectativas.

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

Machado (2012), estuda a satisfação dos utentes de um Agrupamento de Centros de Saúde em que as dimensões com maior satisfação foram a relação e comunicação e em contrapartida os níveis mais baixos de satisfação, embora positivos, foram relativos à organização dos serviços e continuidade e cooperação. O tempo de espera na sala de espera, referente à organização dos serviços, foi entre todos, o aspeto com pior avaliação.

O presente estudo pretende consolidar os vários estudos já existentes acerca das diferentes perceções da qualidade de um serviço de saúde, chegando a conclusões válidas e objetivas.

2.7. Conclusão

Neste capítulo foram apresentados os conceitos relativos à teoria desta dissertação. Os temas abordados estão diretamente relacionados com os fatores que influenciam a qualidade dos serviços.

Focaram-se conceitos como os serviços e as suas características, a qualidade dos serviços, os modelos da qualidade dos serviços, os modelos de avaliação da qualidade dos serviços e desenvolveu-se diferentes perspectivas acerca da qualidade dos serviços na saúde. Foram ainda apresentados estudos realizados por outros autores.

No próximo capítulo, e na sequência da revisão de literatura efetuada, apresenta-se a metodologia proposta no presente estudo, analisada e explicada detalhadamente.

Capítulo III – Metodologia

3.1. Introdução

Após uma revisão de literatura sobre o tema escolhido, neste capítulo é apresentada a metodologia utilizada no processo de investigação. O propósito é apresentar o processo de pesquisa e as opções metodológicas, descrevendo a justificação do método e dos instrumentos de pesquisa utilizados na parte empírica desta dissertação de mestrado.

Assim, o capítulo é iniciado com uma secção que aborda o processo de investigação científica, seguida de secções que desenvolvem o problema, o conceito em estudo, os objetivos e as hipóteses presentes na pesquisa efetuada. Seguem-se os designs e métodos da recolha dos dados, em que é desenvolvido o questionários realizados, as escalas e o processo de amostragem. Por fim, desenvolve-se a análise dos dados.

3.2. Processo de Pesquisa

O processo de pesquisa deve ser bem planeado e estruturado uma vez que é uma das ferramentas mais importante para a recolha e a análise de dados e consequentemente para a tomada de decisões e para a comunicação de resultados dessa análise.

De acordo com Sekaran (cit. in Pereira, 2013), entende-se a pesquisa como uma forma organizada, sistemática de crítica científica ou investigação sobre um problema específico, realizada com o objetivo de encontrar respostas ou soluções.

Segundo Silva e Menezes (2005) a pesquisa é uma técnica ponderada e crítica em busca de respostas para problemas ainda não resolvidos. O planeamento e a execução de uma pesquisa fazem parte de um processo sistematizado que compreende etapas que podem ser detalhadas da seguinte forma:

1. Escolha do tema.

2. Revisão de literatura.
3. Justificativa.
4. Formulação do problema.
5. Determinação de objetivos.
6. Metodologia.
7. Recolha de dados.
8. Tabulação de dados.
9. Análise e discussão dos resultados.
10. Conclusão da análise dos resultados.
11. Redação e apresentação dos dados.

De acordo com Malhotra (cit. in Borges, 2014) a pesquisa deve evidenciar-se pela objetividade e pela imparcialidade, procurando fornecer informações e/ou respostas que, focalizadas sobre situações reais, ajudem na resolução de problemas.

Na tabela 3 são apresentadas as fases de pesquisa, de acordo com diversos autores, sendo que na presente pesquisa será seguida a proposta apresentada por Pizam.

Tabela 3- Fases da Pesquisa

Churchill (1995)	Kinnear e Taylor (1996)	Pizam (1994)
Formulação do problema	Necessidade da informação	Formulação do problema de pesquisa
	Objetivos da pesquisa	Revisão de pesquisas relacionadas
		Definição de conceitos, variáveis e hipóteses
Determinação do design da pesquisa	<i>Design</i> da pesquisa e fontes de dados	Seleção do <i>design</i> de pesquisa
Determinação do método e forma de recolha de dados	Procedimento da recolha de dados	Seleção da técnica de recolha de dados
Escolha da amostra e recolha de dados	Design da amostra	Recolha, codificação e análise dos dados
	Recolha de dados	

Analisar e interpretar os dados	Processamento dos dados	
	Análise dos dados	
Preparar o relatório de Pesquisa	Apresentação dos resultados	Conclusões e recomendações

Fonte: Churchill (1995); Kinnear e Taylor (1996) e Pizam (1994)

3.3. Definição de Problema

A identificação de um problema, de acordo com Pintos (2013), constitui um passo significativo dentro do processo de investigação, que tem um longo percurso. A definição do problema é a etapa mais importante de uma pesquisa, uma vez que esta envolve o enunciado do problema geral da pesquisa e a identificação dos seus componentes específicos.

Para a definição do problema é importante fazer uma revisão da literatura existente. De acordo com Martins (*cit. in* Borges, 2014), a revisão da literatura consiste em identificar, obter e consultar a bibliografia e outros materiais que sejam úteis para os objetivos do estudo, do qual se deve extrair e recompilar a informação relevante e necessária sobre o problema de pesquisa.

Em conformidade com Silva e Menezes (2005) para realizar uma pesquisa com rigor científico deve de ser feito a escolha de um tema e a definição de um problema para ser investigado, a elaboração de um plano de trabalho e, após a execução operacional desse plano, escrever um relatório final e que seja apresentado de forma planeada, ordenada, lógica e conclusiva.

Neste trabalho o problema de investigação é o exposto: Qual a Avaliação da Qualidade dos Serviços de Urgência do Hospital Padre Américo?

De forma a obter as respostas a este problema foram apresentados os objetivos, formuladas hipóteses e aplicada uma metodologia específica.

3.4. Objetivos

De acordo com Brandão (*cit. in* Silva, 2012), a definição dos objetivos é fundamental para toda e qualquer investigação.

Os objetivos devem ser expressos de forma clara para evitar possíveis erros de interpretação no processo de pesquisa, sendo que o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação e serve de guião para uma orientação do investigador, de acordo com os conhecimentos que vai adquirindo (Fortin, 2009).

Nesta dissertação o objetivo principal é a avaliação da qualidade do serviço de urgências prestado aos utentes do Hospital Padre Américo. Como objetivos secundários foram definidos os seguintes:

- aferir as dimensões determinantes da avaliação da qualidade e a sua importância relativa;
- aferir as intenções de comportamento (voltar e recomendar os serviços do hospital);
- aferir a relação entre a avaliação da qualidade e as intenções de comportamento dos utentes.
- aferir se há diferenças de perceção da qualidade e das intenções de comportamento relativamente a características sociodemográficas.

3.5. Hipóteses

A hipótese é uma suposição que se faz na tentativa de explicar o que se desconhece. Essa suposição tem por característica o facto de ser provisória devendo, portanto, ser testada para se verificar sua validade. Hipóteses são suposições colocadas como respostas plausíveis e

provisórias para o problema de pesquisa. As hipóteses são provisórias porque poderão ser confirmadas ou refutadas com o desenvolvimento da pesquisa. Um mesmo problema pode ter muitas hipóteses, que são soluções possíveis para a sua resolução (Silva e Menezes, 2005).

A hipótese consiste em supor a verdade ou a explicação que se procura (Ciribelli *cit in* Silva, 2013). Para Sampieri *et al.* (*cit in* Martins, 2013) as hipóteses indicam o que se está à procura ou o que se está a tentar provar e definem-se como tentativas de explicação do estudo em causa, formuladas através de proposições.

As funções das hipóteses, de acordo com Cooper e Schindler (2001) são as apresentadas:

- Orientar a direção do estudo;
- Identificar factos relevantes e não-relevantes;
- Sugerir a forma de planeamento de pesquisa mais adequada;
- Fornecer uma estrutura para organizar as conclusões resultantes da pesquisa;

Para este estudo, e de acordo com a revisão de literatura efetuada, foram levantadas as seguintes hipóteses:

- H1: As dimensões de avaliação da qualidade são as instalações, admissão, triagem, médicos, enfermeiros, exame/tratamentos, internamento, reclamação.
- H2: A qualidade do serviço está positivamente relacionada com a intenção de recomendação.
- H3: A qualidade do serviço está positivamente relacionada com a intenção de voltar.
- H4: Existem diferenças na avaliação da qualidade e nas intenções de comportamento relativamente a características sociodemográficas.

3.6. Design da Pesquisa

A investigação científica permite, através de um método, obter de forma intensa novos conhecimentos que dão resposta a questões inicialmente destacadas (Fortin, 2006).

Para a mesma autora, a metodologia de investigação pressupõe um conjunto de meios e processos que permitem realizar a investigação. Processo este que deve ser racional assentando numa colheita de dados observados e verificados para explicar fenómenos e responder a questões em estudo.

Para o decurso da presente investigação optou-se pelo recurso quantitativo, uma vez que investigou vários utentes, de diferentes gêneros e idades, procurando quantificar os dados recolhidos e recorrendo à análise estatística, através de dados recolhidos de um questionário.

A metodologia quantitativa interessa-se por questões objetivas e, segundo Fortin (2006), apela à dedução e às regras da lógica. Tanto no tratamento da área temática como na obtenção dos dados e resultados tentam chegar a generalizações. Esta metodologia tem como propósito a identificação de dados, indicadores e tendências observáveis, revelando-se apropriada quando há a eventualidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e deduções a partir de amostras de uma população (Sousa e Baptista cit. in Fonseca, 2015).

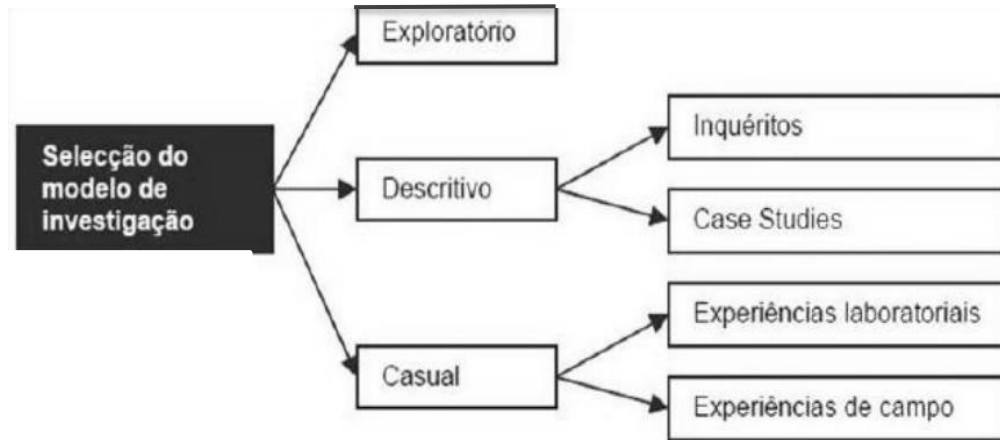
No que diz respeito ao design, este pode ser classificado como:

- **Pesquisa exploratória:** o objetivo principal é possibilitar a compreensão do problema enfrentado pelo pesquisador. A pesquisa exploratória é usada em casos nos quais é necessário definir o problema com maior precisão e identificar cursos relevantes de ação ou obter dados adicionais antes que se possa desenvolver uma abordagem (Malhotra cit. in Vieira, 2002). Os estudos exploratórios são usados para formular melhor os problemas, desenvolver hipóteses, estabelecer prioridades para pesquisa e clarificar conceitos. Podem ser realizados recorrendo a pesquisa de

literatura (bibliográficas, documentais, etc.), inquérito experimental, condução de grupos de discussão ou análise de casos selecionados (Vieira, 2002).

- **Pesquisa descritiva:** Esta pesquisa apresenta as características de determinada população/fenômeno, mas não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve. Segundo Vieira (2002), as pesquisas descritivas compreendem grande número de métodos de coleta de dados, os quais compreendem: entrevistas pessoais, entrevistas por telefone, questionários pelo correio, questionários pessoais e observação.
- **Pesquisa causal:** é realizada, geralmente, quando existe a necessidade de provar que uma variável tem influência sobre outras, ou seja, tem uma relação de causa e efeito com elas. Esta pesquisa tem o objetivo de juntar evidências para descobrir qual a relação (Mattar *cit. In* Vieira, 2002). A ferramenta básica para ajudar a identificar essa relação é através do experimento (experiências laboratoriais e experiências de campo).

Figura 6 - Design da Pesquisa



Fonte: Pizam (cit. in Borges, 2014)

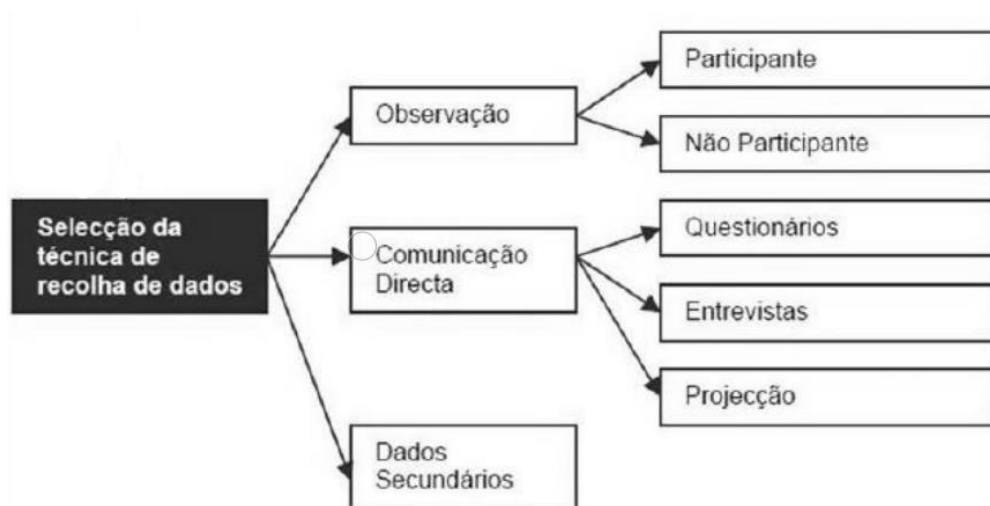
Neste estudo elegeu-se a pesquisa descritiva, com um enfoque quantitativo, uma vez que se pretende descrever características de um determinado mercado e fazer associações entre variáveis através da definição de um problema e hipóteses. Como se pode visualizar na figura 6, a seleção passou pelo modelo descritivo, tendo na técnica de recolha de dados sido utilizado um questionário.

3.7. Método de Recolha de Dados

De modo a demonstrar a pesquisa, inicialmente, explorou-se os dados bibliográficos existentes nas bibliotecas e nas bases de dados científicas, como a B-On., RCAAP, Emerald Insight e Google School. De acordo com Viana (2001), a pesquisa bibliográfica consiste no levantamento de material (livros, revistas, jornais, artigos, etc) publicado a respeito do assunto, de forma a identificar aspetos que possam contribuir para esclarecer o problema do trabalho, analisando-o em suas causas, consequências e relações, alternativas de solução e tudo o mais que julgar conveniente e necessário (cit in Pintos, 2013).

Através do processo foi possível conhecer os estudos e trabalhos publicados sobre a problemática em questão, sendo valiosos, não só na definição do problema, mas também na estruturação do método de pesquisa (recolha de dados primários). Os dados primários, de acordo com Malhotra (2004, cit in Pintos, 2013) são os dados coletados pelo investigador com a finalidade de resolver o problema da pesquisa.

Figura 7 - Técnica de recolha de dados



Fonte: Pizam (cit. in Borges, 2014)

A figura 7 apresenta a técnica de recolha de dados, frisando que nesse trabalho foi utilizado a comunicação direta através de um questionário aplicado *online*.

Na perspetiva de Fortin (2006), o inquérito refere-se a toda a atividade de investigação no decurso da qual são recolhidos dados junto de uma amostra com o objetivo de examinar atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta mesma amostra.

O questionário, é a técnica privilegiada da investigação empírica e apoia-se basicamente numa série de perguntas ou questões, dirigidas a um conjunto de indivíduos, sob uma forma e sequência, contribuindo assim para a investigação de uma determinada problemática (Coutinho, 2014).

No questionário foi utilizado escalas validadas na literatura, constituídas maioritariamente por itens medidos através da escala de Likert e Nominal. Estas escalas já forma utilizadas em vários estudos e as respostas permitem verificar de certo modo a coerência das mesmas.

A escala de Likert é a mais usada em pesquisa de opinião e permite medir a opinião do inquirido, a qual é dada pela média do seu posicionamento face ao conjunto das proposições

propostas. A escala Nominal é utilizada para medir questões como o gênero, a idade, o distrito, a profissão e as habilitações literárias.

De acordo com Martins (2013), num questionário pode existir dois tipos de perguntas, a abertas e fechadas. Na tabela 4 observam-se as vantagens e desvantagens destas.

Tabela 4 - Vantagens e Desvantagens das Perguntas Abertas e Fechadas

Tipo de Pergunta	Vantagens	Desvantagens
Perguntas Abertas	<ul style="list-style-type: none"> • Podem dar mais informação • Informação mais rica e detalhada • Informação inesperada 	<ul style="list-style-type: none"> • Muitas vezes as respostas têm de ser “interpretadas”. • É preciso muito tempo para codificar as respostas. • É preciso utilizar pelo menos dois avaliadores na “interpretação” das respostas. • As respostas são mais difíceis de analisar e a análise requer mais tempo.
Perguntas Fechadas	<ul style="list-style-type: none"> • É fácil aplicar análises estatísticas para analisar as respostas. • Muitas vezes, é possível analisar os dados de maneira complexa. 	<ul style="list-style-type: none"> • A informação das respostas pode ser pouco “rica”. • As respostas podem conduzir a conclusões simples demais.

Fonte: Martins (2013)

3.7.1. Estrutura do Questionário

A construção do questionário teve como base a revisão de literatura realizada sobre o tema da dissertação, tendo em conta os objetivos, as questões da pesquisa e o problema de pesquisa. Nesta perspetiva o questionário elaborado encontra-se dividido em três partes:

- **Introdução do questionário:** Para Hill e Hill (*cit. in* Martins, 2012) é usual colocar-se uma pequena introdução no início da primeira página do questionário. Na introdução devem estar incluídos aspetos como um pedido de cooperação no

preenchimento do questionário, a razão da aplicação do questionário, o nome da instituição e uma declaração formal da confidencialidade das respostas.

- **Aplicação do questionário:** Conjunto de questões fechadas, referentes aos elementos que afetam na qualidade dos serviços de saúde, aplicadas na escala de Likert.
- **Dados gerais:** questões sobre a caracterização do inquirido, dados demográficos, profissionais e as habilitações literárias.

Na tabela 5 está exposto os indicadores que foram utilizados no questionário. A construção do questionário teve como base o estudo efetuado por Abrantes (2015).

Tabela 5 - Indicadores Associados às Variáveis

Variável	Indicadores
Qualidade Geral	Qualidade geral do serviço prestado pelo Hospital
Instalações	Facilidade em se dirigir às instalações (acessos) Limpeza e higiene das instalações Conforto e comodidade Equipamentos disponíveis nas instalações Visualização de sinaléticas/ indicações
Admissão	Eficiência, profissionalismo e simpatia do técnico que fez admissão às urgências Tempo de espera para ser atendido
Triagem	Profissionalismo, simpatia e atenção do técnico que fez a avaliação do estado de saúde
Médicos	Profissionalismo e simpatia dos médicos que atenderam o utente Sensibilidade para os problemas do utente

	Informação fornecida sobre a condição do utente e os cuidados a seguir
Enfermeiros	Profissionalismo e simpatia demonstrado pelos dos enfermeiros Sensibilidade para os problemas do utente Resposta ás necessidades dos utentes informação fornecida sobre a condição do utente e os cuidados a seguir
Exames ou Tratamentos	Profissionalismo e simpatia dos técnicos de saúde responsáveis Tempo de espera
Internamento	Tempo de transferência para a zona de internamento Informação fornecida Facilidade nas visitas ao utente Privacidade sentida pelo utente
Reclamações	Identificação dos utentes que reclamaram Forma como foi resolvida uma efetiva reclamação – para os que reclamaram
Intenções de Comportamento	Probabilidade de voltar a escolher o Hospital em caso de necessidade Recomendação a familiares, amigos e colegas

O questionário encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte é constituída por questões que dizem respeito às dimensões da qualidade dos serviços de urgência do hospital. Estas questões foram operacionalizadas utilizando a já referida escala de Likert de 5 pontos. As questões deste grupo tiveram como propósito analisar quantitativamente o grau de concordância dos inquiridos face à relação que se estabeleceu entre as dimensões que compõem o modelo de análise. A segunda parte é constituída por questões destinadas à caracterização sociodemográfica dos inquiridos

3.8. Processo de Amostragem

De acordo com Pinheiro et al (2009, cit in Wima, 2013) a população é o conjunto constituído por todos os indivíduos que representam pelo menos uma característica comum, cujo comportamento é pertinente analisar.

A amostra pode ser definida como um subconjunto, uma parte selecionada da totalidade de observações abrangidas pela população, através da qual se faz inferência sobre as características da população (Pintos,2013).

Definir a dimensão da amostra nem sempre é uma tarefa simples. Segundo Carmo e Ferreira (2009) a dimensão aceitável da amostra varia com o tipo de investigação.

Existem dois tipos de amostragem, conforme o exposto abaixo:

- **Amostragem probabilística:** É aquela em que todos os elementos da população têm probabilidade conhecida, diferente de zero, de ser incluídos na amostra, o que garante a representatividade da amostra em relação à população.
- **Amostragem não-probabilística:** é aquela em que a escolha dos elementos da amostra é feita de forma não-aleatória. A escolha é intencional ou por conveniência, considerando as características particulares do grupo em estudo ou ainda o conhecimento que o pesquisador tem daquilo que está investigando.

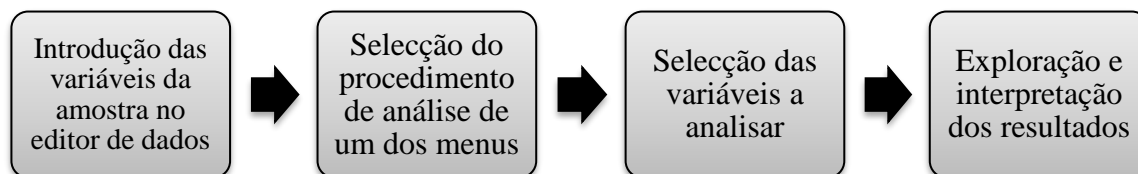
Nesta dissertação a metodologia aplicada teve carácter descritivo com a aplicação de levantamento a uma amostra não-probabilística por conveniência constituída por 147 respondentes que utilizaram ou acompanharam alguém ao serviço de urgências do Hospital Padre Américo. O processo de recolha de dados durou 60 dias. O questionário foi realizado com as ferramentas do Google Forms e o seu preenchimento foi anónimo e confidencial.

3.9. Método de Análise de Dados

O software Statistical Package for Social Science® (SPSS) para o Windows é uma poderosa ferramenta que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados, em poucos segundos (Pereira *cit. in.* Fonseca, 2015). Desta forma para o tratamento e análise dos dados recolhidos foi utilizado este software.

A análise estatística em SPSS realiza-se em quatro fases (Maroco, 2003). A figura 8 demonstra como decorre a análise.

Figura 8 - Análise dos Dados



Fonte - Adaptado de Maroco (2003)

Relativamente à análise de dados, em primeiro lugar irá fazer-se análise de confiabilidade (alfa de Cronbach), uma análise da estatística descritiva (frequência e médias), análise fatorial de componentes principais, análise de regressão múltipla, teste t de diferença de médias e análise de variância (ANOVA).

3.10. Conclusão

Neste capítulo apresentou-se o quadro metodológico e operacional da investigação, bem como o processo e as etapas da investigação. Trata-se de um estudo com design descritivo, que recorre ao método quantitativo e ao questionário como instrumento de recolha de informação.

De modo a sustentar a investigação, fez-se o enquadramento teórico e conceptual sobre o fenómeno a investigar, que permitiu definir o problema e auxiliar na investigação empírica.

Com esta base, e diretamente relacionado com os objetivos da investigação, foi possível estruturar o questionário a administrar a uma amostra, não probabilística por conveniência. No próximo capítulo serão apresentados os resultados obtidos no questionário.

Capítulo IV- Avaliação da Qualidade no Hospital Padre Américo

4.1. Introdução

Neste capítulo é feita a caracterização da amostra e posteriormente da avaliação da confiabilidade da escala utilizada (Alfa de Cronbach), a análise dos dados, através do recurso a estatística descritiva (média e desvio padrão), procedendo-se, ainda outras análises: análise fatorial de componentes principais, regressão linear múltipla, e comparação de médias Teste T e ANOVA, no sentido de ir ao encontro dos objetivos delineados.

No final do capítulo, serão discutidos os resultados alcançados.

4.2. Caracterização da Amostra

De acordo com Maroco (2003) a amostra deve ser constituída para que as conclusões obtidas a partir da caracterização da amostra sejam generalizáveis para a população teórica. Esta é descrita com base nas características sociodemográficas (idade, género, empregabilidade e escolaridade).

O estudo em questão envolveu uma amostra de 147 indivíduos, na qual apenas 115 recorreu ou acompanhou alguém ao Hospital Padre Américo nos últimos 12 meses (tabela 6).

Tabela 6 - Resumo de processamento

		N	%
Casos	Válido	115	78,2
	Excluídos ^a	32	21,8
	Total	147	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

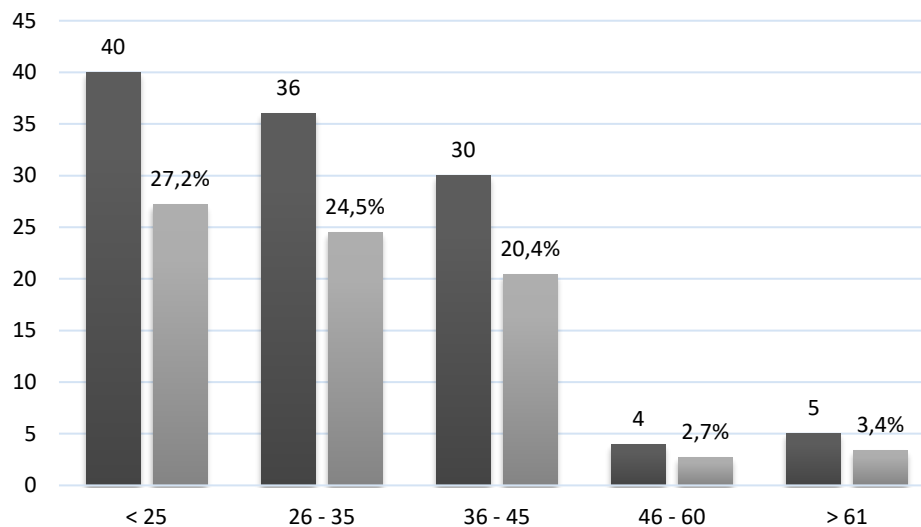
Como se pode verificar no gráfico 1 o género feminino está ligeiramente mais representado na amostra (60), com 52% dos casos, sendo que o género masculino contou com 55 respondentes (48%).

Gráfico 1 - Género da Amostra



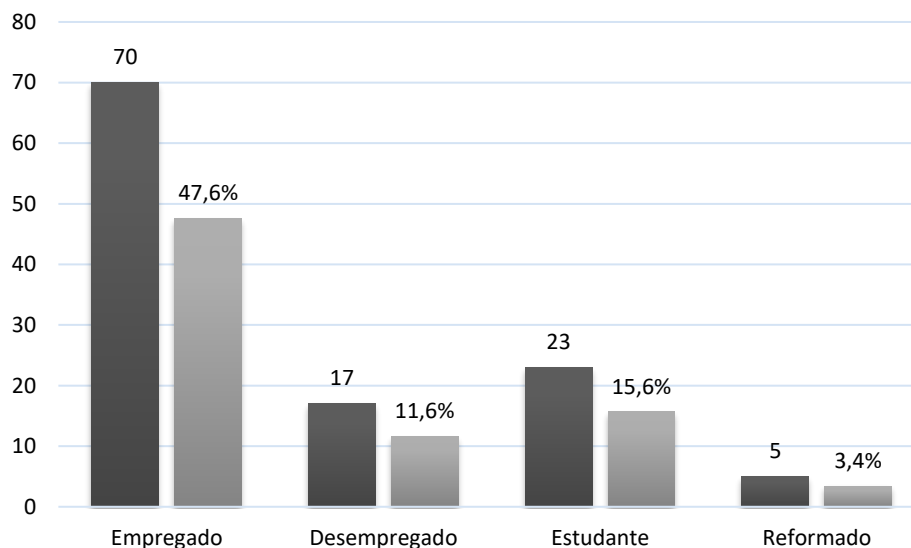
A amostra apresenta uma amplitude que varia entre os utentes com menos de 25 anos e os com mais de 61 anos de idade, sendo que os mais representados foram os respondentes com menos de 25 anos (40 inquiridos) e os que tem a idade compreendida entre os 26 e os 35 anos de idade (36 inquiridos). Todavia, por uma questão operacional criaram-se 5 grupos etários (gráfico 2), no qual se consta que o escalão etário “36 - 45” apresenta 30 inquiridos, seguindo do escalão etário dos “> 61” (5 inquiridos) e, por fim, o escalão “46 - 60” apresenta 4 inquiridos.

Gráfico 2- Idade da amostra



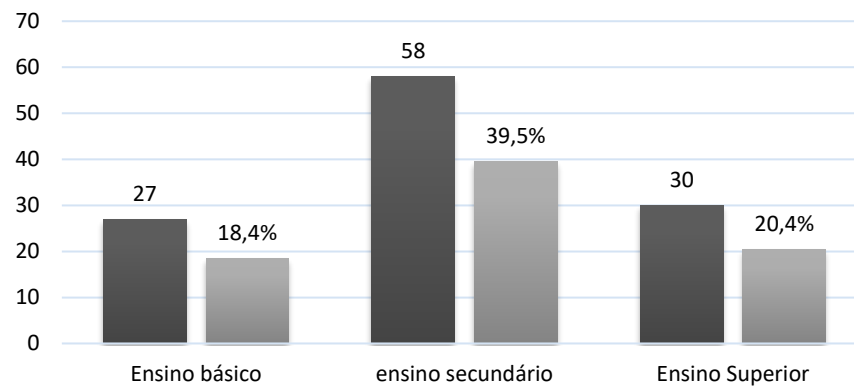
A grande maioria dos respondentes encontra-se empregado (47,6%), havendo apenas 17 inquiridos desempregados (11,6%), 23 estão a estudar (15,6%) e 5 inquiridos já se encontram reformados (3,4%), tal como se pode verificar no gráfico 3.

Gráfico 3 - Empregabilidade da Amostra



Quanto ao grau de ensino, através do gráfico 4 verifica-se que a maioria dos respondentes possui habilitações académicas ao nível do Ensino Secundário (39,5%), de seguida do Ensino Superior (20,4%) e por último ao nível do Ensino Básico (18,4%).

Gráfico 4 - Escolaridade da Amostra



4.3. Confiabilidade da Escala

O Alfa de Cronbach é uma medida da consistência interna de uma escala e é usualmente usado como uma estimativa da fiabilidade de um teste psicométrico para uma amostra de respondentes (Pereira e Patrício, 2013). Os valores do Alfa de Cronbach devem ser interpretados de acordo com a tabela 7.

Tabela 7 - Valores do Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Consistência Interna
< 0,60	Inadmissível
0,60 – 0,70	Fraca
0,70 – 0,8	Razoável
0,8 – 0,9	Boa
> 0,9	Muito Boa

Fonte: Pereira e Patrício, 2013

Nesse caso verificou-se que o valor estimado do Alfa de Cronbach é de 0,967, para todos os 31 itens da medida, indicando que a escala tem uma consistência interna muito boa (Tabela 8).

Tabela 8 - Resultado do Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de itens
,967	31

4.4. Estatísticas Descritivas

A estatística descritiva, de acordo com Ferreira (2005), tem como objetivo a descrição dos dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população.

Para Pinto et al. (2012), a estatística descritiva procura descrever e analisar um determinado fenómeno e reúne os passos iniciais do processo estatístico. Com este género de teste, é possível efetuar uma descrição dos dados, de modo a compreender-se melhor os resultados obtidos. Assim sendo, após a caracterização da amostra, o passo seguinte é descrever os dados obtidos.

4.4.1. Qualidade Geral

Na primeira questão do questionário pretendeu-se saber se os inquiridos tinham utilizado ou acompanhado alguém aos serviços de urgência do Hospital Padre Américo. Através desta questão determinou-se quem continuava ou não a responder. Quem respondeu não apenas respondeu à pergunta seguinte.

De seguida objetivou-se perceber qual a perceção geral dos serviços prestados na urgência do Hospital Padre Américo. Como se pode verificar na tabela 9, 46 (31,3%) dos inquiridos responderam que consideram a qualidade boa, 45 (30,6%) responderam razoável, 27 (18,4%) consideram fraca, 20 (13,6%) acham que a qualidade é muito boa e apenas 9 (6,1%) consideram-na excelente.

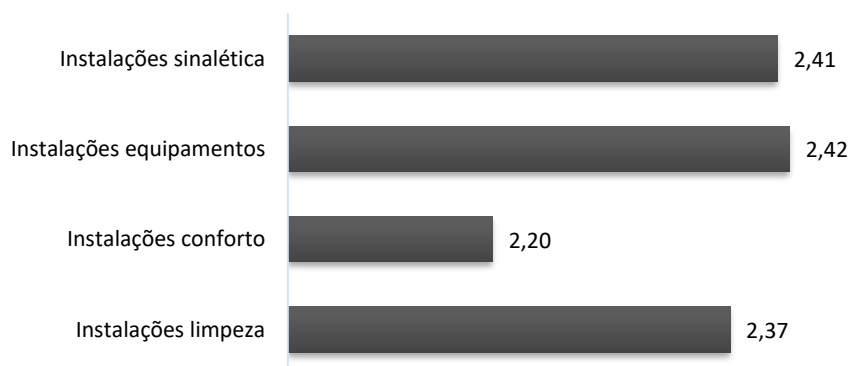
Tabela 9 - Qualidade Geral

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Fraca	27	18,4	18,4	18,4
	Razoável	45	30,6	30,6	49,0
	Boa	46	31,3	31,3	80,3
	Muito Boa	20	13,6	13,6	93,9
	Excelente	9	6,1	6,1	100,0
	Total	147	100,0	100,0	

4.4.2. Instalações

A avaliação da qualidade das instalações é perspectivada através de um conjunto de cinco fatores: acessos para a Urgência, limpeza, conforto, equipamentos utilizados e a sinalética/indicações existentes.

Os valores médios obtidos para cada parâmetro encontram-se no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Valores Médios - Instalações

Escala - 1 – Fraco / 2 – Razoável / 3 – Bom / 4 – Muito Bom / 5 – Excelente

Os dados do gráfico mostram que os fatores “equipamentos” e “sinalética” são os de maior média, com valores de 2,42 e 2,41. Por outro lado a questão do “conforto” apresenta uma média de 2,20.

4.4.3. Admissão

Tomando em consideração a experiência como utente, a avaliação da qualidade aquando da admissão ao serviço perspectiva-se em termos da eficiência, profissionalismo, simpatia demonstrados pelos técnicos e do tempo de espera para ser atendido.

Como se pode verificar, através do gráfico 6, os parâmetros profissionalismo e eficiência apresentam uma média de 2,43 pontos e a simpatia 2,42. Por outro lado, o tempo de espera para ser atendido regista o menor valor médio (1,97 pontos),

Gráfico 6 - Valores Médios - Admissão

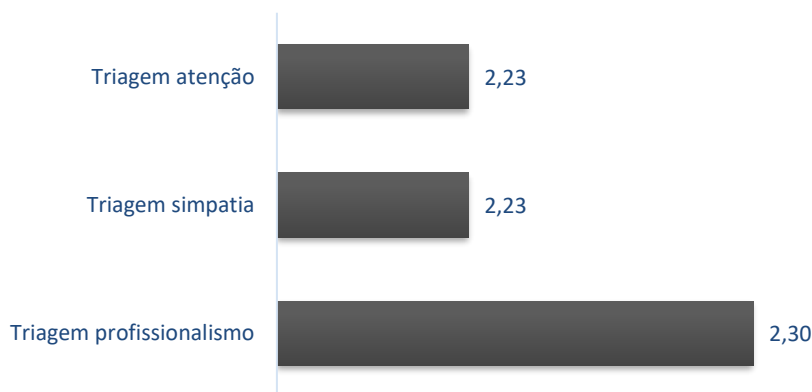


Escala: 1 – Fraco / 2 – Razoável / 3 – Bom / 4 – Muito Bom / 5 – Excelente

4.4.4. Triagem

Através da análise do gráfico 7 é possível verificar que os parâmetros que avaliam a qualidade da triagem são a atenção, a simpatia e o profissionalismo demonstrado pelos técnicos. Para os utentes a atenção e simpatia estão avaliados de igual forma, com uma média de 2,23. Um pouco acima, encontra-se o profissionalismo (2,30).

Gráfico 7- Valores Médios - Triagem



Escala: 1 – Fraco / 2 – Razoável / 3 – Bom / 4 – Muito Bom / 5 – Excelente

4.4.5. Médicos

Considerando a experiência como utente, a avaliação da qualidade percebida dos médicos é perspectivada em termos de cinco critérios: o profissionalismo, a simpatia, a sensibilidade para os problemas expressados pelos utentes e a informação fornecida (forma como explicaram a condição e as explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados).

Gráfico 8 - Valores Médios - Médicos



Escala: 1 – Fraco / 2 – Razoável / 3 – Bom / 4 – Muito Bom / 5 – Excelente

Através do gráfico 8 verificamos que o profissionalismo dos médicos se destaca com uma média mais elevada, com 2,57.

A sensibilidade para os problemas e a simpatia dos profissionais de saúde apresentam uma média igual (2,48).

Ligeiramente mais baixo está a informação fornecida com uma média de 2,46.

4.4.6. Enfermeiros

A avaliação da qualidade destes profissionais, como se verifica no gráfico 9, é realizada através da perspetiva da informação fornecida, na resposta às chamadas e sensibilidades dos utentes, da simpatia e do profissionalismo.

Gráfico 9 - Valores Médios - Enfermeiros



Escala: 1 – Fraco / 2 – Razoável / 3 – Bom / 4 – Muito Bom / 5 – Excelente

Todos os critérios analisados apresentam uma média acima de 2,50. Com pior resultado está a informação fornecida com 2,54. A resposta às chamadas apresenta uma média de 2,57; a sensibilidade para os problemas 2,60; a simpatia 2,62 e com um valor elevado está o profissionalismo com uma média de 2,68.

4.4.7. Exames ou Tratamentos

No que diz respeito à avaliação dos exames ou tratamentos realizados pelos utentes é possível visualizar, no gráfico 10, que o tempo de espera apresenta a média mais baixa (2,12).

A simpatia demonstrada pelos técnicos regista uma média de 2,55 e o profissionalismo regista um valor superior (2,63).

Gráfico 10 - Valores Médios - Exames ou Tratamentos



Escala: 1 – Fraco / 2 – Razoável / 3 – Bom / 4 – Muito Bom / 5 – Excelente

4.4.8. Internamento

A avaliação do internamento é observada através do tempo de transferência, na informação fornecida, na facilidade das visitas e da privacidade.

Através do gráfico 11 verificamos que o tempo de transferência e a informação fornecida apresentam a mesma média (3,11). Ligeiramente acima está a privacidade com 3,12 e a facilidade nas visitas destaca-se com uma média de 3,18.

Gráfico 11 - Valores Médios - Internamento



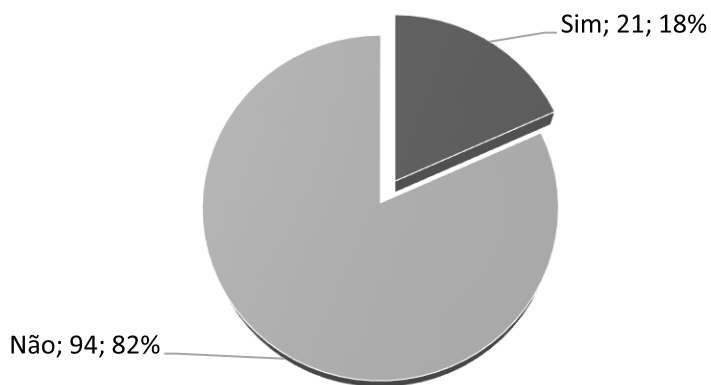
Escala: 1 – Fraco / 2 – Razoável / 3 – Bom / 4 – Muito Bom / 5 – Excelente

4.4.9. Reclamações

As “reclamações” procuram medir, principalmente, a perceção do utente sobre a forma como o hospital consegue resolver uma reclamação apresentada.

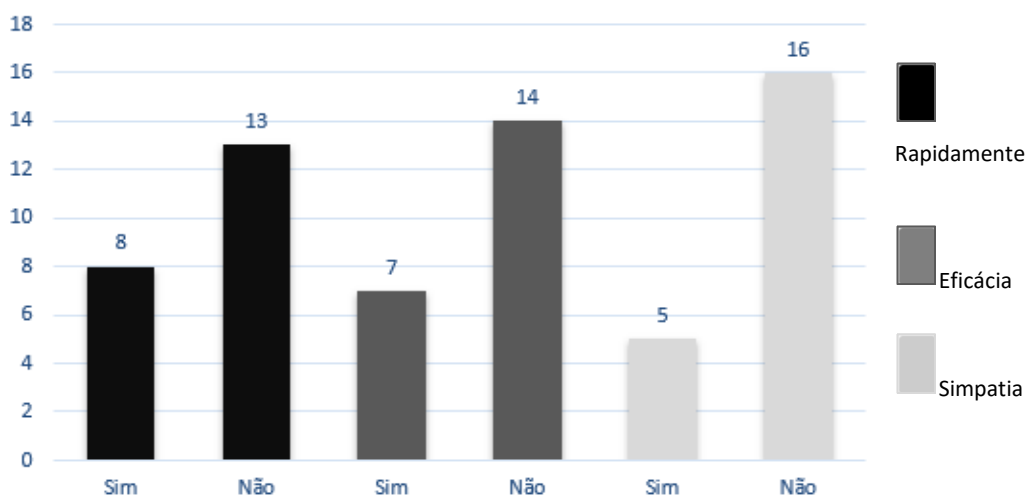
Os utentes quando questionados se alguma vez apresentaram por escrito ou verbalmente uma reclamação aos serviços dos Hospital 82 % afirma que não (gráfico 12).

Gráfico 12 - Apresentação de Reclamação



Dos 18% de utentes que afirmam ter apresentado uma reclamação, verifica-se através do gráfico 13 que 13 utentes afirmam que a reclamação não foi resolvida rapidamente, 14 que não foi executada com eficácia e 16 sem simpatia.

Gráfico 13 - Resolução da Reclamação



4.4.10. Intenções de Comportamento

No que se refere à intenção de os utentes voltar a usar os serviços a grande maioria (41,5%) tem uma resposta neutra, ou seja, encontra-se indeciso. Com intenções negativas verifica-se que 2,7% de certeza que não volta e 8,8% provavelmente não.

Em contrapartida, 15,6% dos utentes provavelmente voltara a utilizar os serviços e 9,5% de certeza que sim (tabela 10).

Tabela 10 - Intenção de Voltar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	De certeza que não	4	2,7	3,5	3,5
	Provavelmente não	13	8,8	11,3	14,8
	Neutro	61	41,5	53,0	67,8
	Provavelmente sim	23	15,6	20,0	87,8

	De certeza que sim	14	9,5	12,2	100,0
	Total	115	78,2	100,0	
Omisso	Sistema	32	21,8		
Total		147	100,0		

No que se refere a recomendar os serviços de urgências do hospital a familiares, amigos ou conhecidos observa-se que a maioria (40,1%) também tem uma opinião imparcial, ou seja, encontram-se hesitantes.

De forma negativa, 9,5% utentes afirma que de certeza que não recomenda e 6,1% que provavelmente não. No entanto, 16,3% menciona que provavelmente que sim e 6,1% que de certeza que sim (tabela 11).

Tabela 11 - Recomendação

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	De certeza que não	14	9,5	12,2	12,2
	Provavelmente não	9	6,1	7,8	20,0
	Neutro	59	40,1	51,3	71,3
	Provavelmente sim	24	16,3	20,9	92,2
	De certeza que sim	9	6,1	7,8	100,0
	Total	115	78,2	100,0	
Omisso	Sistema	32	21,8		
Total		147	100,0		

4.5. Fatores que Influenciam a Qualidade dos Serviços de Saúde

A análise Fatorial dos Componentes Principais (AFCP) é um conjunto de técnicas estatísticas que tem como objetivo simplificar as relações complexas e diversas que, por hipótese, existam entre um grupo de variáveis observadas. A simplificação é alcançada através da determinação de fatores comuns que fazem a ligação entre variáveis supostamente independentes, reduzindo assim, a dimensão dos dados, sem a existência de

perda de informação (Cruz, 2012). Assim sendo, com o objetivo de reduzir a complexidade de interpretação dos dados, aplicou-se a AFPC no sentido de simplificar/reduzir as trinta e uma variáveis independentes num menor número – fatores. Estes fatores/novas variáveis descrevem igualmente os dados recolhidos, expressando o que existe de comum nas variáveis originais.

De forma a verificar se estão reunidas as condições para que a análise seja efetuada realizou-se o teste da esfericidade de Bartlett e de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). Estes indicam o grau de ajuste dos dados à análise fatorial. Os valores obtidos que sejam próximos de 1 designam que o método de análise fatorial é adequado para o tratamento dos dados. Por outro lado, valores menores que 0,5, indicam a inequação do método (Maroco, cit in. Borges, 2014).

Os valores do teste de KMO devem de ser analisados de acordo com a tabela 12

Tabela 12 - Valores de KMO

Teste de KMO	Análise Fatorial
< 0,50	Inaceitável
0,50 – 0,60	Má
0,60 – 0,70	Razoável
0,70 – 0,80	Média
0,80 – 0,90	Boa
0,90 – 1	Muito Boa

Fonte: Pereira e Patrício (2013)

O resultado do teste KMO, como indica a tabela 13, é de 0,90, o que indica que a análise de componentes principais pode ser feita. O teste de esfericidade de Bartlett indica que as variáveis são correlacionáveis, o que pode ser confirmado pela análise do nível de significância (Sig. = 0,000), que é inferior a 0,05, confirmando assim, a correlação existente entre as variáveis.

Tabela 13 - Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,900
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	4827,505
	gl	378
	Sig.	,000

De forma a descobrir quais os fatores que resumem os dados (isto é, o(s) grupo(s) de variáveis “que caminham de mão dada”) foi utilizado o método dos componentes principais.

Na tabela 14 é apresentada a variância total explicada pelas dimensões obtidas, onde se verifica que o teste se segregou em 5 fatores. Esses cinco (5) fatores obtidos, explicam 83,775% da variância dos dados iniciais.

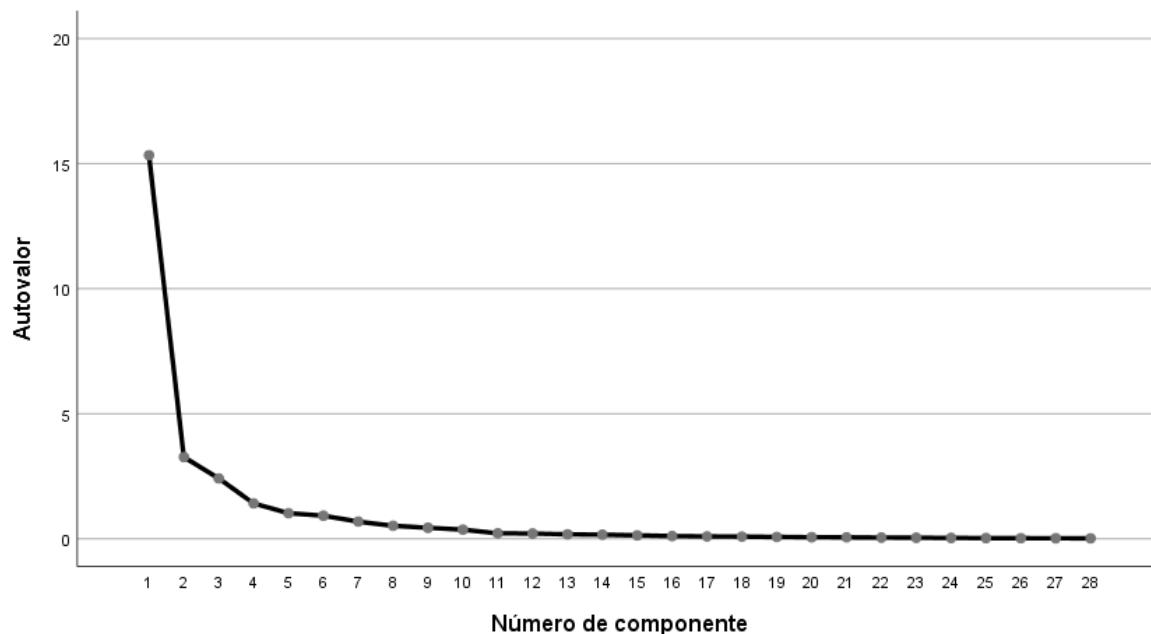
Tabela 14 - Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	15,338	54,777	54,777	15,338	54,777	54,777	6,954	24,835	24,835
2	3,268	11,673	66,451	3,268	11,673	66,451	4,908	17,522	42,357
3	2,414	8,620	75,070	2,414	8,620	75,070	4,420	15,786	58,143
4	1,416	5,058	80,128	1,416	5,058	80,128	4,015	14,340	72,483
5	1,022	3,649	83,775	1,022	3,649	83,775	3,162	11,293	83,775
6	,923	3,297	87,073						
7	,689	2,460	89,533						

De forma a confirmar a variância explicada, desenha-se o gráfico de escarpa (figura 9), onde se verifica que a partir do momento que o declive deixa de ser acentuado, a componente seguinte deixa de ser significativa para explicar a variância dos dados. Desse modo, é possível averiguar que o primeiro componente se destaca completamente de todos

os outros. De referir ainda que a diferença do quinto para o sexto, altura em que deixa de ser considerado fator pelo teste, a diferença é relativamente pouca.

Figura 9 - Gráfico de Escarpa



Na tabela 15 apresenta-se os fatores extraídos das componentes principais pelo método exposto acima.

Tabela 15 - Matriz dos 5 componentes principais

	Componente				
	1	2	3	4	5
Instalações acessos				,784	
Instalações limpeza				,779	
Instalações conforto				,817	
Instalações equipamentos				,779	
Instalações sinalética				,842	
Admissão eficiência	,796				
Admissão profissionalismo	,796				
Admissão simpatia	,783				
Admissão tempo de espera	,614				
Triagem profissionalismo					,765

Triagem simpatia					,712
Triagem atenção					,752
Médicos profissionalismo	,801				
Médicos simpatia	,810				
Médicos sensibilidade problemas	,789				
Médicos informação fornecida	,788				
Enfermeiros profissionalismo		,765			
Enfermeiros simpatia		,758			
Enfermeiros sensibilidade problemas		,782			
Enfermeiros resposta às chamadas		,708			
Enfermeiros informação fornecida		,751			
Exames profissionalismo		,646			
Exames simpatia		,662			
Exames tempo de espera					,686
Internamento tempo transferência			,913		
Internamento informação fornecida			,913		
Internamento facilidade visitas			,905		
Internamento privacidade			,899		

Como verificado na tabela 15, as variáveis estão relacionadas em 5 fatores. De forma a especificar cada fator e a sua relação com o inquérito por questionário, dividiram-se as questões e a sua incidência por fator, tendo-se atribuído nomes a cada um dos fatores retidos (Tabela 16).

Tabela 16 - Fatores da Variância

1	2	3	4	5
Admissão e Médicos	Enfermeiros e Exames	Internamento	Instalações	Triagem e Tempo de Espera (Exames)
Eficiência da Admissão	Profissionalismo dos enfermeiros	Tempo de espera da transferência	Acessos às instalações	Profissionalismo dos técnicos
Profissionalismo da Admissão	Simpatia dos enfermeiros	Informação fornecida	Limpeza	Simpatia dos técnicos
Simpatia da Admissão	Sensibilidade para os problemas demonstrado pelos enfermeiros	Facilidade nas visitas	Conforto	Atenção demonstrada pelo técnico

Tempo de Espera da Admissão	Resposta dos enfermeiros às chamadas dos utentes	Privacidade	Equipamento	Tempo de espera dos exames
Profissionalismo dos Médicos	Informação fornecida pelos enfermeiros		Sinalética/Indicações	
Simpatia dos Médicos	Profissionalismo dos técnicos dos exames			
A sensibilidade para os problemas demonstrado pelos médicos	Simpatia dos técnicos dos exames			
Informação fornecida pelos médicos				

4.6. Atributos da Qualidade

De forma a verificar se os cinco fatores, previamente encontrados, explicam em grande medida (ou não) a qualidade é feita uma análise de regressão. Este tipo de análise permite avaliar a relação entre variáveis independentes e uma dependente, com a possibilidade de se efetuarem previsões (Tabachnick e Fidell, 2001). Quanto maior for a correlação maior será a previsão (Malhotra, *cit. in* Cruz, 2012).

Para aferir o contributo das variáveis independentes nos fatores que influenciam a qualidade utilizou-se a regressão linear e obtiveram-se os resultados apresentados nas tabelas que se seguem.

Tendo como variável dependente: “Qual a sua perceção sobre a qualidade geral dos serviços prestados na urgência do HPA”, ou seja, a qualidade geral e como variáveis independentes os cinco fatores (admissão e médicos, enfermeiros e exames, internamento, instalações e triagem e tempo de espera (exames)) resultantes da análise fatorial, foi realizada a regressão linear múltipla.

Tabela 17 - Resumo do Modelo - Qualidade Geral

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,760 ^a	,577	,558	,688

Como se verifica na tabela 17 a proporção da variância é explicada pelo R ajustado que é igual a 0,558. Conclui-se que estes 5 fatores explicam aproximadamente 56% a qualidade geral dos serviços do Hospital Padre Américo.

Tabela 18 - Variável Dependente – Qualidade Geral

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	2,591	,064		40,418	,000
	Admissão e Médicos	,671	,064	,649	10,417	,000
	Enfermeiros e Exames	,157	,064	,152	2,439	,016
	Internamento	,216	,064	,209	3,347	,001
	Instalações	,243	,064	,235	3,767	,000
	Triagem e Tempo de Espera (Exames)	,191	,064	,185	2,965	,004

a. Variável Dependente: Qualidade geral

A análise à coluna Beta da tabela 18 permite concluir que a variável “admissão e médicos” é a que individualmente mais contribui para a qualidade geral dos serviços do Hospital, logo de seguida a variável “instalações”. A contribuição individual das 2 variáveis independentes é confirmada pelo seu significado estatístico na equação - a coluna “Sig.”, que para cada variável é zero (Tabachnick e Fidell, 2001).

Da mesma forma que se realizou a regressão para os fatores que influenciam a qualidade geral dos serviços de urgência do HPA, analisa-se agora a intenção de voltar a usar os serviços e a intenção de recomendarem o hospital a terceiros.

Tabela 19 - Resumo do modelo – Intenção de Voltar

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,640 ^a	,409	,382	,737

Tendo em conta o R ajustado 0,382 da proporção, a variância é explicada pelo modelo, ou seja, conclui-se que estes fatores explicam apenas 38,2% que o utente tem intenção de voltar a usar os serviços (tabela 19).

Tabela 20 - Variável Dependente - Intenção de Voltar

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	3,261	,069		47,448	,000
	Admissão e Médicos	,433	,069	,462	6,277	,000
	Enfermeiros e Exames	,159	,069	,169	2,297	,024
	Internamento	,068	,069	,073	,985	,327
	Instalações	,112	,069	,120	1,627	,107
	Triagem e Tempo de Espera (Exames)	,360	,069	,384	5,209	,000

a. Variável Dependente: Tenciona voltar

Na tabela 20, verifica-se que somente os fatores 1 (Admissão e Médicos), 2 (Enfermeiros e Exames) e 5 (Triagem e Tempo de Espera (Exames)) são os que explicam que o utente tem intenções de voltar. Os demais fatores não contribuem significativamente para a explicação da variável dependente.

Tabela 21 - Resumo do modelo – Recomendação

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,765 ^a	,586	,567	,688

Analisando a tabela 21, verifica-se que os 5 fatores explicam 56,7% a intenção de recomendar os serviços a terceiros.

Tabela 22- Variável Dependente - Recomendação

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	3,043	,064		47,407	,000
	Admissão e Médicos	,605	,064	,579	9,390	,000
	Enfermeiros e Exames	,198	,064	,189	3,064	,003
	Internamento	,240	,064	,230	3,727	,000
	Instalações	,142	,064	,135	2,198	,030
	Triagem e Tempo de Espera (Exames)	,397	,064	,380	6,164	,000

a. Variável Dependente: Recomendação

A tabela 22 demonstra que os fatores 1 (Admissão e Médicos), 3 (Internamento) e 5 (Triagem e Tempo de Espera (Exames)) são os que contribuem significativamente para a recomendação.

4.7. Análise de Diferenças das Percepções da Qualidade dos Serviços de urgência do HPA

O teste t compara as médias de uma variável para dois grupos de casos independentes, ou seja, grupos entre os quais não há relação no que toca a pessoas ou objetos (Pereira, 2004)

Nas tabelas 23 e 24, comparam-se as médias da qualidade geral, da intenção de voltar a usar e de recomendar o serviço para dois grupos de casos independentes. Observa-se que não há diferença de percepção ($\text{sig} > 0,05$) entre o género masculino e feminino, ou seja, a qualidade geral, a intenção de voltar e recomendar não varia com o género.

Tabela 23 - Teste t – Género

	Genero	N	Média	Erro Desvio	Erro padrão da média
Qualidade geral	Feminino	60	2,42	1,062	,137
	Masculino	55	2,78	,975	,132
Tenciona voltar	Feminino	60	3,18	1,097	,142
	Masculino	55	3,35	,726	,098
Recomendação	Feminino	60	2,88	1,195	,154
	Masculino	55	3,22	,832	,112

Tabela 24 - Resultado do Test T - Género

			Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
			Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior	
Qualidade geral	Variâncias iguais assumidas		2,065	,153	-1,914	113	,058	-,365	,191	-,743	,013
	Variâncias iguais não assumidas				-1,922	112,999	,057	-,365	,190	-,742	,011
Tenciona voltar	Variâncias iguais assumidas		5,722	,018	-,926	113	,356	-,162	,175	-,509	,185
	Variâncias iguais não assumidas				-,942	103,110	,348	-,162	,172	-,503	,179
Recomendação	Variâncias iguais assumidas		5,557	,020	-1,729	113	,086	-,335	,194	-,718	,049
	Variâncias iguais não assumidas				-1,756	105,647	,082	-,335	,191	-,713	,043

De forma a verificar diferenças entre a apresentação de reclamações em relação à qualidade geral dos serviços, da intenção de voltar a usar os serviços e de o recomendar foi utilizado, novamente, o teste t.

Tabela 25 – Teste t - Apresentação Reclamação

	Apresentação reclamação	N	Média	Erro Desvio	Erro padrão da média
Qualidade geral	Sim	21	2,57	1,076	,235
	Não	94	2,60	1,030	,106
Tenciona voltar	Sim	21	2,76	,995	,217
	Não	94	3,37	,892	,092
Recomendação	Sim	21	2,81	1,030	,225
	Não	94	3,10	1,048	,108

Tabela 26 - Resultado do Test T - Apresentação Reclamação

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Qualidade geral	Variâncias iguais assumidas	,150	,699	-,097	113	,923	-,024	,251	-,521	,472
	Variâncias iguais não assumidas			-,094	28,770	,925	-,024	,258	-,551	,503
Tenciona voltar	Variâncias iguais assumidas	,002	,967	-2,776	113	,006	-,610	,220	-1,046	-,175
	Variâncias iguais não assumidas			-2,588	27,628	,015	-,610	,236	-1,094	-,127
Recomendação	Variâncias iguais assumidas	,042	,838	-1,135	113	,259	-,286	,252	-,786	,213
	Variâncias iguais não assumidas			-1,147	29,966	,260	-,286	,250	-,796	,223

Através das tabelas 25 e 26 verifica-se que existe diferenças de percepção (sig. > 0,05) com a apresentação de reclamação. É possível confirmar que quem não apresentou reclamações ao serviço de urgências do HPA têm maiores intenções de voltar a usar os serviços. A qualidade geral e a intenção de recomendar não varia com a apresentação de reclamação.

Nas tabelas que se seguem foi utilizado a análise de variância (ANOVA) para testar as diferenças entre diversas situações. As análises de variância permitem identificar diferenças entre vários grupos em relação a uma variável independente (Tabachnick e Fidell, 2001). Os testes foram realizados com as variáveis independentes (qualidade geral, intenção voltar e recomendação) e as variáveis dependentes (empregabilidade, escolaridade e idade).

Na tabela 27 é possível verificar que os atributos analisados não apresentam diferenças entre os grupos em relação à empregabilidade dos utentes, pois todos os valores da coluna “Sig” apresentam um valor superior a 0,05, que de acordo com Pallant (2005), significa a inexistência de diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 27 – Diferenças de percepção da qualidade relativamente à escolaridade

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Qualidade geral	Entre Grupos	5,802	4	1,451	1,376	,247
	Nos grupos	115,989	110	1,054		
	Total	121,791	114			
Tenciona voltar	Entre Grupos	2,052	4	,513	,575	,681
	Nos grupos	98,122	110	,892		
	Total	100,174	114			
Recomendação	Entre Grupos	4,752	4	1,188	1,089	,366
	Nos grupos	120,031	110	1,091		
	Total	124,783	114			

Através da tabela 28 é possível verificar que não existe diferenças no que diz respeito ao nível de escolaridade dos utentes.

Tabela 28 - Escolaridade como Variável Independente

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Qualidade geral	Entre Grupos	2,534	2	1,267	1,190	,308
	Nos grupos	119,257	112	1,065		
	Total	121,791	114			
Tenciona voltar	Entre Grupos	3,898	2	1,949	2,267	,108
	Nos grupos	96,276	112	,860		
	Total	100,174	114			
Recomendação	Entre Grupos	1,133	2	,567	,513	,600
	Nos grupos	123,649	112	1,104		
	Total	124,783	114			

Tal como a empregabilidade e a escolaridade não apresentam diferenças entre grupos a idade também não apresenta (tabela 29).

Tabela 29 - Idade como Variável Independente

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Qualidade geral	Entre Grupos	5,802	4	1,451	1,376	,247
	Nos grupos	115,989	110	1,054		
	Total	121,791	114			
Tenciona voltar	Entre Grupos	2,052	4	,513	,575	,681
	Nos grupos	98,122	110	,892		
	Total	100,174	114			
Recomendação	Entre Grupos	4,752	4	1,188	1,089	,366
	Nos grupos	120,031	110	1,091		
	Total	124,783	114			

4.8. Relação entre Qualidade Geral e Intenções de Comportamento

O coeficiente de correlação de Pearson é um método estatístico e paramétrico (obedecem aos parâmetros da distribuição normal), que permite avaliar a existência de uma relação linear entre variáveis quantitativas contínuas, isto é, como estas variam conjuntamente. Se a Correlação de Pearson estiver entre 0 e 0,3 é considerada uma correlação Fraca, entre 0,3 e 0,6 e considerada Média, entre 0,6 e 0,9 e Forte e entre 0,9 e 1 é considerada uma correlação muito forte (Borges, 2014).

Verifica-se na tabela 30 que existe uma correlação positiva média, sendo estatisticamente significativa ($Sig. \leq 0,05$), entre a qualidade geral e a intenção de voltar a usar os serviços de urgência do HPA.

Observa-se também correlações positivas fortes, sendo igualmente estatisticamente significativa ($Sig. \leq 0,05$), entre a qualidade geral e a intenção de recomendação dos serviços.

Tabela 30 - Correlações entre Variáveis

		Qualidade geral	Tenciona voltar	Recomendação
Qualidade geral	Correlação de Pearson	-	,527**	,666**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
Tenciona voltar	Correlação de Pearson	,527**	-	,766**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
Recomendação	Correlação de Pearson	,666**	,766**	-
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	

Foram realizadas duas análises de Regressão Linear usando como variáveis dependentes a intenção de voltara a usar dos serviços de urgência e a intenção de os recomendar.

Tabela 31 - Resumo do Modelo - Tenciona Voltar a Usar os Serviços

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,527 ^a	,278	,272	,800

Como mostra a tabela 31, a proporção da variância é explicada pelo R ajustado que é igual a 0,272. Deste modo, é possível concluir que a qualidade geral com a experiência do utente explica aproximadamente 27% da intenção de voltar a usar os serviços de urgência do HPA (Tabela 32).

Tabela 32 - Variável Dependente - Tenciona Voltar a Usar os Serviços

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	2,021	,202		10,002	,000
	Qualidade geral	,478	,072	,527	6,600	,000

Relativamente à relação entre a qualidade geral e a intenção de recomendar os serviços a familiares os amigos os resultados são os seguintes.

Tabela 33 - Resumo do Modelo - Tenciona Recomendar os Serviços

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,666 ^a	,443	,438	,784

Na tabela 33, conclui-se que a variável analisada explica aproximadamente 44% a intenção de recomendar os serviços de urgência a alguém.

Tabela 34 - Variável Dependente - Tenciona Recomendar os Serviços

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	1,298	,198		6,550	,000
	Qualidade geral	,674	,071	,666	9,478	,000

Da tabela anterior confirma-se que a avaliação da qualidade geral dos serviços explica cerca de 44% a intenção de recomendar os serviços.

4.9. Discussão dos Resultados

Os resultados anteriormente apresentados visam identificar quais são as dimensões determinantes da avaliação da qualidade e a sua importância relativa, aferir as intenções de comportamento dos utentes, a relação entre a avaliação da qualidade e as intenções de comportamento dos utentes e se há diferenças de percepção da qualidade e das intenções de comportamento relativamente a características sociodemográficas.

Em relação á percepção geral dos serviços de urgência do Hospital Padre Américo, 31,3% dos utentes consideram-na boa, 30,6% razoável e 18,4% tem uma percepção fraca. Apenas 6,1% a considera excelente. De acordo com Pereira (2003) para qualquer utente é fundamental percecionar a qualidade.

Na avaliação das instalações os valores obtidos não são os mais favoráveis, uma vez que a média de resposta não ultrapassa os 3 valores. Os atributos com maior ponderação são os equipamentos, a sinalética e a limpeza. O conforto é o que apresenta o valor mais baixo. Em estudos anteriores, como o de Brito (2015), o indicador relativo ao conforto também apresenta um dos valores mais baixos. Tal como refere com Batista (2010) as condições físicas é um dos critérios que emergem quando se fala em qualidade de um serviço de saúde.

No que concerne ao tempo entre a chegada ao hospital e até ser observado por um especialista, a avaliação dos utentes também não é a mais positiva. Tanto na admissão como na triagem o tempo de espera é fraco, apresentado uma média que não ultrapassa os 2 pontos. Os restantes atributos apresentam uma média razoável. O tempo de espera no estudo de Pereira *et al.* (2008) também apresenta a média mais baixa em relação aos restantes atributos a serem avaliados.

A avaliação dos utentes em relação aos médicos e enfermeiros apresentam uma média um pouco mais elevada das anteriores. Em ambos o profissionalismo apresenta a média mais elevado e a informação fornecida o mais baixa. Este resultado vai ao de encontro do estudo de Pereira *et al* (2008), em que a avaliação dos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e técnicos foi, no geral, muito positiva.

Na avaliação dos atributos aquando da realização de exames ou tratamentos, o profissionalismo e a simpatia apresentam uma média acima de 2,50 pontos. O tempo de espera mais uma vez exhibe o valor mais baixo. O mesmo acontece no estudo de Brito (2015).

Com valores tão desfavoráveis era espectável que os utentes apresentassem uma reclamação verbal ou por escrito acerca do descontentamento, no entanto, apenas 18% dos utentes apresentaram uma reclamação. No que diz respeito à resolução desta, a maioria considera que a reclamação apresentada não foi resolvida rapidamente, com eficácia e com simpatia.

Ao analisarmos os dados anteriores através da variância total explicada verifica-se que os determinantes que influenciam a qualidade dos serviços de urgência do HPA são a admissão e médicos, os enfermeiros e exames e a triagem e o tempo de espera (exames).

Um aspeto tradicionalmente associado à qualidade é a intenção de voltar a usar e a recomendação dos serviços. No nosso estudo constatamos que os fatores que explicam que o utente tem intenções de voltar a usar os serviços de urgência do HPA são os fatores 1 (admissão e médicos), 2 (enfermeiros e exames) e 5 (triagem e tempo de espera (exames)), encontrados através da variância total explicada.

No mesmo ponto de intenção de voltar a usar os serviços, é possível afirmar que quem não apresenta reclamações ao serviço de urgências do HPA têm maiores intenções de os voltar a usar. No entanto, a recomendação dos serviços não varia com a apresentação de reclamação.

Ao analisar as diferenças existentes na qualidade geral do serviço de urgência do hospital e das intenções de comportamento (voltar e recomendar os serviços) em relação às características sociodemográficas verifica-se que não existe diferenças em relação ao género, à idade, à empregabilidade e à escolaridade. No estudo de Machado (2012) apenas a variante do género não apresenta diferenças. Relativamente às outras variáveis sociodemográficas observam-se diferenças na satisfação entre grupos em determinadas dimensões.

Em seguida serão lembradas e comentadas as hipóteses da pesquisa.

- H1: As dimensões de avaliação da qualidade são as instalações, admissão, triagem, médicos, enfermeiros, exame/tratamentos, internamento, reclamação.

Conclusão: Esta afirmação é parcialmente confirmada uma vez que somente os fatores da admissão, médicos, enfermeiros, exames e triagem influenciam a qualidade geral percebida pelos utentes.

- H2: A qualidade do serviço está positivamente relacionada com a intenção de recomendação.

Conclusão: Parcialmente confirmada, conclui-se que a qualidade do serviço explica aproximadamente 44% a intenção de recomendar os serviços de urgência a alguém.

- H3: A qualidade do serviço está positivamente relacionada com a intenção de voltar.

Conclusão: Parcialmente confirmada, através dos resultados obtidos conclui-se que a qualidade geral com a experiência do utente explica, apenas, aproximadamente 27% da intenção de voltar a usar os serviços de urgência do HPA.

- H4: Existem diferenças na avaliação da qualidade e nas intenções de comportamento relativamente a características sociodemográficas.

Conclusão: Não confirmada, não foram encontradas diferenças na percepção da qualidade geral e nas intenções de comportamento dos utentes relativamente a características sociodemográficas (género, idade, escolaridade e empregabilidade).

Verifica-se, portanto, que das 4 hipóteses analisadas, três estão parcialmente confirmadas e uma não está confirmada.

4.10. Conclusão

Neste capítulo foram apresentados os resultados das análises dos dados coletados, bem como a discussão desses resultados e as respetivas conclusões. No próximo capítulo é apresentada a Conclusão desta dissertação.

Capítulo V – Conclusão

Neste capítulo apresentam-se as conclusões relativas ao trabalho de investigação desenvolvido, cujo objetivo principal é a avaliação da qualidade do serviço de urgência prestado aos utentes do HPA. Abordam-se os contributos deste estudo ao nível da investigação científica e realizam-se considerações quanto às suas implicações práticas, apresentam-se as limitações do estudo e sugerem-se linhas de investigação futura.

Relativamente à questão central da investigação – “Quais os determinantes que influenciam a qualidade dos serviços de urgência do HPA?” – podemos concluir que os fatores da qualidade confirmados na amostra são a admissão e médicos, os enfermeiros e exames e a triagem e tempo de espera (exames).

Relativamente á avaliação dos atributos da qualidade dos serviços, concluímos que, de uma forma geral, os utentes não se encontram satisfeitos, uma vez que, as médias às questões colocados no questionário são baixas, não ultrapassam os 3 pontos, com a exceção do internamento. Com a avaliação mais baixa destaca-se o tempo de espera.

No entanto este descontentamento pode dever-se a critérios pessoais dos utentes, pois quem se desloca a um serviço de urgência encontra-se ou acompanha alguém doente, pelo que a sua avaliação vai ser imparcial.

No que diz respeito às características sociodemográficas, não existem diferenças nos graus da qualidade dos utentes e nas intenções de comportamento relativamente ao género, idade, nível de escolaridade e empregabilidade.

No que concerne a intenção de voltar a usar os serviços de urgência, verifica-se que quem não apresenta reclamação tem uma maior intenção de voltar, no entanto, a reclamação não influencia a recomendação dos serviços a familiares.

O presente trabalho contribui para saber de que forma é que quem frequenta os serviços do HPA avalia a prestação do serviço. Além disso, permite avaliar se o descontentamento dos utentes influencia a qualidade e as intenções de voltar e recomendar o hospital.

Relativamente às recomendações, após as análises dos resultados obtidos, recomenda-se aos gestores do Hospital Padre Américo que, em primeiro lugar, avaliem e melhorem o fator com uma percentagem mais baixa, o tempo de espera. Para combater este fator poderá ser necessário a contratação de mais profissionais de saúde, de forma a que o atendimento seja feito de uma forma rápida. Um aspeto que também se considera importante é a organização na triagem, recomendando que avaliem melhor a forma como encaminham os utentes conforme a gravidade do problema, de forma a que estes não estejam em zonas erradas a sobrelotar o lugar. Ainda, o eficaz e rápido tratamento das reclamações poderá servir como ferramenta de retenção dos utentes. Por fim, recomenda-se que os gestores do HPA aprofundem estudos como estes de forma a monitorização as perspetivas dos utentes, facilitando a identificação das necessidades e lacunas, conseqüentemente aumentando a qualidade dos serviços, neste caso específico, serviços de saúde.

Espera-se desta forma com os resultados desta investigação apoiar as tomadas de decisão da gestão hospitalar de forma a aumentar sobretudo o contato com os utentes e conhecimento das suas perceções e expetativas na tentativa de aumentar a qualidade do serviço de saúde, pois, para Batista (2010), é indiscutível a importância da qualidade e a satisfação dos utentes com os serviços que lhes são prestados e é urgente que este aspeto seja considerado como um direito adquirido e exigido por quem procura um serviço e reconhecido também por quem presta esse serviço.

Como limitações ao estudo, considera-se a não colaboração no desenvolvimento do projeto de investigação por parte da administração do Hospital. Como consequência a amostra obtida considera-se pequena, pelo que, uma amostra de maior dimensão teria possibilitado uma maior variabilidade de resultados, em termos sociodemográficos e no que se refere à descrição da utilização dos serviços nos últimos 12 meses.

Para estudos futuros recomenda-se que sejam abordados um maior número de casos podendo expandir a amostra e obter um maior número de dados, ou seja, ser feita uma análise com um número maior de consumidores, contemplando uma população mais diversificada e utilizando um questionário mais específico em relação à qualidade serviço que pretende ser analisado, evitando assim um enviesamento das respostas.

Espero que o estudo possa ser um ponto de partida e motivação para novos estudos e para a implementação de avaliações regulares como forma não só de monitorizar ações corretivas como também destacar os bons desempenhos, independentemente do tipo de unidade de saúde em questão.

Bibliografia

Abrantes, V. G. (2012). *A Qualidade dos Serviços de Saúde - Análise Comparativa de Diferentes Percepções*. Universidade da Beira Interior. Covilhã

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

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

Batista, R. (2010). *Qualidade percebida pelos utentes das Ipss de Oliveira do Hospital*. Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Aveiro.

Borges. L. A. (2014). *As atitudes dos consumidores relativamente a publicidade nas redes sociais e impacto no comportamento de compra*. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Brito, T. R M. A. (2015). *Qualidade em Saúde – Satisfação do Utente com o Serviço de Urgências do Hospital de Santa Maria*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa

Bosi, M.; Uchimura, K. (2007). *Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care?*. Revista de Saúde pública (Em linha). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>. [Consultado a 07 de Fevereiro de 2014].

Buttle, F. (1996), “*Servqual: Review, Critique, Research Agenda*”, European Journal of Marketing, 30, 1, 8-32.

Campos, L., Portugal, R. & Borges, M. (2009). *A Governação dos Hospitais*. Casa das Letras.

Capricho, L. e Lopes, A. (2007). *Gestão da qualidade*. Lisboa, Editora RH.

Cooper, D.R. e Schindler, P. S. (2001). *Metodos de pesquisa em Administracao*. 7ªed. São Paulo. Bookman.

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

Crosby, P. (1979). *Quality is free*. New York: New American Library. (Em linha). Disponível em: http://www.amazon.com/Quality-Free-Philip-B-Crosby/dp/B000GRE2Y2#reader_B000GRE2Y2. [Consultado a 10 de Fevereiro de 2019].

Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: Edições Almedina.

CRUZ, Vera et al (2012). *Redes sociais como estratégia de marketing turístico: o facebook e a região norte do estado do piauí-brasil*. (Em linha). Disponível em: http://www.eumed.net/rev/turydes/13/redes_sociais_estrategia_marketing_turistico.pdf. [Consultado a 10 de janeiro de 2019].

Decreto-Lei 140/2004 de 8 de junho. (Em linha). Disponível em: <http://www.ipq.pt/backhtmlfiles/dl140.htm>. 22-03-2012:22:08 [Consultado a 15 de março de 2019].

DGS (2019). Departamento da Qualidade na Saúde – Uma cultura de melhoria contínua da qualidade. (Em linha). Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>. [Consultado a 07 de janeiro de 2019]

Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea (2001). Academia das Estrelas. Lisboa: Verbo.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Michigan Health Administration Press Ann Arbor.

Donabedian, A. (1988) *The Quality of Care, How can it be assessed?*, The Journal of the American Medical Association.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 83 (4), 691–729. (Em linha). Disponível em <http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>. [Consultado a 05 de dezembro de 2018]

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

Ferreira, P. (2005). *Estatística descritiva e inferencial*. Fernando Pessoa, Porto.

Fonseca, J. L. C. (2015). *Fatores de satisfação e fidelização no processo de compra online – Um estudo de caso na Universidade Lusófona do Porto*. Faculdade de Ciências Económicas, Sociais e da Empresa. Porto.

Fortin, F. M. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. Loures

Gomes, P. (2004). *A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação*. Cadernos de Biblioteconomia Arquivística e Documentação Cadernos BAD.

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

Gonçalves, M. M. S. (2014). *A Qualidade dos Serviços das Farmácias Comunitárias - A perceção dos utentes e prestadores*. Faculdade de Economia do Porto. Porto.

Graça, L. (1999). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade*. Lisboa: Direção de Saúde.

Grönroos, C. (1984). *A service quality model and its marketing implications*. European Journal of Marketing.

Gummesson, E. (2002). *Total relationship marketing*. Amsterdam: Butterworth Heinemann, 2ª Ed.

Fonseca, F. A. P. G. B. (2008). *A Relação da Qualidade do Serviço com a Satisfação do Consumidor nos Serviços de Transportes Públicos - O Caso do Metro do Porto*. Universidade Católica do Porto. Porto

Hall, M. & Press, I. (1996). *Keys to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facility study*. Hospital & Health Services Administration.

Kotler, P. et al. (2002). *Principles of marketing*. 3rd European edition. Madrid, Prentice Hall.

Lovelock, C. e Gummesson, E. (2004). *Whither services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives*. Journal of Service Research.

Machado, A. (2003). Marketing de Serviços (Em linha). Disponível em <http://www.docstoc.com/index.aspx> [Consultado a 27 de dezembro de 2018]

Maia, M.; Salazar, A.; Ramos, P. (2008). *A adequação dos modelos Servqual e Servperf na medição da qualidade do serviço: O caso RAR imobiliária* (Em linha). Disponível em <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2232551> [Consultado a 05 de março de 2019]

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 1ª Edição, Edições sílabo. Lisboa

Martins, A.; Silveira J. (2012) *A influência das redes sociais no comportamento do consumidor online*. (Em linha). Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6443.pdf>. [Consultado a 03 de dezembro 2018]

Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual*. 2nd edition. Sydney, Open University Press.

Pereira, C., Vilares, M., Santos, M., Coelho, P. S., Holanda, S., & Magalhães, S. (2009). *Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde em parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.

Pereira, L. F. (2003), *Qualidade: Ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde*. Qualidade em Saúde. N°7. Junho, p-3-8

Pintos, S. (2013). *Análise do Processo de Recrutamento e Seleção de Pessoas para Empresas Públicas de Benguela – Angola*. (Em linha). Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3690/1/tese.pdf>. [Consultado a 06 de novembro de 2018]

Pires, A.; Santos, A. (1996). *Satisfação dos Clientes. Um objetivo estratégico de gestão*. Lisboa: Texto Editora.

Quader, M. (2009). *Manager and patient perceptions of a quality outpatient service: measuring the gap*. Journal of Services Research, 9 (1), 109-137.

Ribeiro, A. L. A. (2005). *O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 16, 53-60.

Salomi, G.; Miguel, P.; Abackerli, A. (2005). *SERVQUAL X SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos*. Gestão e Produção.

Silva, E. L.; Menezes, E. M. (2005). *Metodologia da Pesquisa e Elaboracao de Dissertacao*. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis

Silva, S. F. B. (2012). *Personalidade e Comportamentos de Consumo*. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Tabachnick, B. e Fidell, L. (2001). *Using multivariate statistics*. 4th edition. USA, Pearson Education Company.

Vieira, V. A. (2002). *As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing*. Revista FAE, Curitiba, v.5, n.1, p.61-70.

WIMA, Ambrósio (2013). *Estratégias de Formação Orientadas para o Desenvolvimento do Capital Humano. Estudo sobre a Percepção dos Trabalhadores nas Empresas Públicas da Província de Benguela*. (Em linha). Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4187/1/TESE%20MESTRADO%20VERS%C3%83O%20FINAL_Ambr%C3%B3sio%20Wima.pdf. [Consultado a 17 de janeiro de 2019]

World Health Organization [WHO] (2000). *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

A Qualidade dos Serviços de Saúde do Hospital Padre Américo

No âmbito de uma dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que lhe tomará cerca de 3 minutos. O estudo tem como principal objetivo avaliar a qualidade dos serviços de saúde do Hospital Padre Américo, situado na cidade de Penafiel. Todas as respostas são anónimas e confidenciais, sendo os dados tratados em conjunto.

Desta forma, agradeço que preencha o questionário caso já tenha recorrido ou acompanhado alguém aos serviços de urgência desta unidade de saúde.

Agradeço desde já a participação e a eventual partilha deste questionário.

***Obrigatório**

1. 1- Nos últimos 12 meses recorreu ou acompanhou alguém aos serviços de urgência do Hospital Padre Américo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Após a última pergunta desta secção, pare de preencher este formulário.*

2. 2- Qual a sua perceção sobre a qualidade geral dos serviços prestados na urgência do Hospital Padre Américo? *

Marcar apenas uma oval.

Fraca

Razoável

Boa

Muito boa

Excelente

Não aplicável

Instalações

3. 3- Por favor, avalie a qualidade das instalações do hospital *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Não Aplicável
Acessos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conforto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinalética/indicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Admissão

4. 4- Por favor, avalie a qualidade dos serviços prestados no momento da sua admissão *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Não Aplicável
Eficiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissionalismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de Espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Triagem

5. 5- No processo de triagem, como classificaria os seguintes aspetos: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Não Aplicável
Profissionalismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Médicos

6. 6- Por favor, avalie a qualidade dos serviços prestados pelos médicos *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Fraca	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Não Aplicável
Profissionalismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilidade para os Problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação Fornecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enfermeiros

7. 7- Por favor, avalie a qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Fraca	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Não aplicável
Profissionalismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilidade para os problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resposta às suas chamadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação fornecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Exames ou Tratamentos

8. 8- Quando realizou exames ou tratamentos como classifica os seguintes aspetos: *
 Marcar apenas uma oval por linha.

	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Não Aplicável
Profissionalismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de Espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Reclamações

10. 10- Alguma vez apresentou uma reclamação verbal ou por escrito aos serviços do Hospital? *
 Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não Após a última pergunta desta secção, passe para a pergunta 12.

11. 11- A sua reclamação foi resolvida: *
 Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não aplicável
Rapidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com eficácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Intenções de comportamento

12. 12- Tenciona voltar a usar os serviços do Hospital Padre Américo? *
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
De certeza que não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De certeza que sim

13. 13- Recomendaria a algum familiar, amigo ou colega recorrer aos serviços do Hospital? *
 Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
De certeza que não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De certeza que sim

Características do Entrevistado

14. 14- Indique o seu género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

15. 15- Indique a sua idade *

Marcar apenas uma oval.

- < 25
 26 - 35
 36 - 45
 46 - 60
 > 61

16. 16- Qual das seguintes descrições se adequa à sua situação atual? *

Marcar apenas uma oval.

- Empregado
 Desempregado
 Estudante
 Reformado

17. 17- Qual o seu grau de escolaridade? *

Marcar apenas uma oval.

- Ensino Básico
 Ensino Secundário
 Ensino Superior