
GESTÃO DA QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: UMA APLICAÇÃO AO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

ABSTRACT The issue of quality in services / health care has been a concern growing recently and, taking into account that the evaluation of user satisfaction is an indicator of quality, has been a strategy often used by managers and health professionals in the last decade. The assimilation of the perspective of the patient has the intention of better satisfying their needs and expectations, and is directly related to quality in services / health care. This paper's main objectives are: to know the Level of user Satisfaction with health services and to identify which factors are associated with the Level of Satisfaction. To attain these goals a non-experimental, transversal and correlational study was outlined, using the quantitative method. Questionnaires were applied to the selected sample of 60 inpatients of the General Surgery Service of the São José Hospital, and the stratified probabilistic was used as sampling technique, being, therefore, representative of the population based on Age and Gender. After analyzing the results, it was concluded that the Level of Satisfaction of inpatients of the above mentioned service is mainly High and that Age, Gender, Marital Status, Academic Qualifications, Profession, Previous Internship and having Health Professionals in the Family have no significant relation with the Level of Satisfaction.

PALAVRAS-CHAVE

Qualidade; gestão; satisfação; serviços de saúde; e cuidados de saúde

KEYWORDS

Quality; management; satisfaction; health services; and health care

JOÃO FREITAS GARCIA LUCAS MSc

MIGUEL D'ABREU VARELA PhD

INTRODUÇÃO

A sociedade atual tem cada vez mais conhecimentos e fácil acesso a informação e, por isso, se torna cada vez mais exigente face aos cuidados de saúde, e com expectativas cada vez mais elevadas quanto à sua efetividade (Mezomo, 2001).

Assim se percebe que qualidade tem de fazer parte da linguagem das organizações para que estas possam sobreviver. Das várias definições de qualidade se constata que quase todas acabam por se basear nas expectativas, necessidades, percepções e satisfação dos consumidores. (Mezomo, 2001)

Nesta perspectiva, a gestão tem um papel preponderante em termos de eficiência para que os cuidados de saúde tenham qualidade e, por isto, com vista a alcançar padrões de atendimento cada vez mais elevados, os gestores dos serviços de saúde têm que ter sempre presente a importância da melhoria da assistência à saúde através da implementação e consolidação de uma política de saúde de qualidade nas instituições de saúde. Assim, “a qualidade tem de passar a ser preocupação inserida no processo de gestão, quando se identificam desafios, se diagnosticam problemas, se fixam objectivos, se mobiliza para a acção, desenvolvendo projectos de melhoria.” (Neves, 2002, p. 163).

Além disto, a satisfação dos utentes face aos serviços/cuidados de saúde é considerada como um indicador importante da qualidade. Já Dona-

bedian (1980, 1988) considerava que a modificação do estado de saúde/doença atual numa perspectiva de ganhos em saúde podia ser atribuído à prestação de cuidados, mas também à satisfação demonstrada pelos utentes face aos cuidados que lhe eram prestados.

A satisfação é vista como um conceito multidimensional, subjectivo, relacionado com valores culturais, dinâmico e, por isso, de difícil definição. Contudo, para Paúl, Martin e Roseira (1999, p.18) “(...) resulta da avaliação feita pelo sujeito em função da realização das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos.”.

Assim, tendo em conta que a satisfação dos utentes é um dos indicadores da qualidade, os principais objetivos deste estudo são:

Conhecer o grau de satisfação dos utentes com os serviços/cuidados de saúde;

Identificar quais os fatores relacionados com o nível de satisfação dos utentes.

METODOLOGIA

Para cumprir os objectivos, delineou-se então um estudo do tipo não experimental, transversal e correlacional, sendo o método quantitativo o utilizado. O instrumento de recolha de dados foi o questionário. Foram aplicados questionários à amostra seleccionada, 60 utentes internados no Serviço de Cirurgia Geral (SCG) do Hospital de São José (HSJ) e a técnica de amostragem utilizada foi a probabilística estratificada.

Com esta dissertação procurou-se explicar os resultados através do exame das relações esta-

tísticas entre as variáveis seleccionadas, que permitiram formular as seguintes hipóteses:

- ✓ H1: O nível de satisfação dos utentes face aos serviços/cuidados de saúde está relacionado com a Idade;
- ✓ H2: O nível de satisfação dos utentes face aos serviços de saúde está relacionado com o Género;
- ✓ H3: O nível de satisfação dos utentes face aos serviços de saúde está relacionado com o Estado Civil;
- ✓ H4: O nível de satisfação dos utentes face aos serviços de saúde está relacionado com as Habilitações Literárias;
- ✓ H5: O nível de satisfação dos utentes face aos serviços de saúde está relacionado com a Profissão;
- ✓ H6: O nível de satisfação dos utentes face aos serviços de saúde está relacionado como o Internamento Anterior;
- ✓ H7: O nível de satisfação dos utentes face aos serviços de saúde está relacionado com ter Familiares Profissionais de Saúde;

Assim, e de acordo com os objetivos, elaborou-se como instrumento, um questionário constituído por 3 partes: Parte I: Dados socio-profissionais dos utentes internados no SCG do HSJ; Parte II: Dados pessoais sobre os utentes internados no SCG do HSJ; Parte III: Grau de Satisfação dos utentes internados no SCG do HSJ com os serviços/cuidados de saúde.

Para avaliação do Grau de Satisfação além de se aferir quantitativamente este valor, procedeu-se também à sua subdivisão em Alto e Baixo

para o aferir qualitativamente. Nesta investigação as preocupações éticas cingiram-se à autorização da instituição onde foram aplicados os questionários e o consentimento informado dos indivíduos.

QUALIDADE

Perante o novo cenário no mundo dos negócios, a qualidade torna-se imprescindível à sobrevivência de qualquer empresa, e, por isto, ao longo dos anos tem-se assistido a uma evolução para dar resposta às exigências crescentes em termos de qualidade dos produtos e serviços. (Carvalho & Cruz, 1998)

A “(...) insuficiência crescente dos processos tradicionais de controlo da qualidade levou a um alargamento progressivo do seu âmbito, desde a fase de contrato até à utilização do produto/serviço. Esta gestão completa do ciclo de vida do produto, para que tenha uma eficácia máxima, exige que cada função da empresa tome conta duma parte do objectivo global da qualidade. Mais ainda, que dentro de cada função da empresa todos sejam mobilizados nesse sentido. Só assim será possível ser melhor do que a concorrência.”, e “Podemos resumir da forma seguinte a evolução das formas de controlo da qualidade, desde a Segunda Guerra Mundial até aos nossos dias: Inspeção; Controlo da qualidade: inspeção + planeamento + análise de resultados + acções preventivas; Garantia da qualidade: funções do sistema + controlo da qualidade + auditoria; Gestão Total da Qualidade: garantia da qualida-

de + custos mínimos + mobilização de todos.”. (Ganhão & Pereira, 1992, pp. 31-32).

De acordo com Campos et al. (2010, p.11), “(...) a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman.”, uma vez que segundo Sale (1998, p. 44), “(...) erros, enganos, má prática podem ser sérios problemas em qualquer organização industrial, mas na saúde são muitas vezes devastadoras.”.

Assim, Avedis Donabedian adapta à saúde o conceito bem como as metodologias da qualidade (Donabedian, 1969) que foram difundidas a partir da indústria por autores como Deming, Juran, Crosby ou Ishikawa (Campos et al., 2010). Assim, a qualidade na saúde tem por base a filosofia da qualidade no setor industrial e assenta na premissa da melhoria contínua (Mezomo, 2001).

Mas o que é afinal a qualidade na saúde? Avedis Donabedian (1991) considera não ser fácil atribuir um significado preciso a esta qualidade, e define-a numa primeira abordagem como um processo em que a tecnologia e a ciência médica são aplicadas em busca da maximização dos benefícios e minimização dos riscos. Assim, Donabedian citado por Mezomo (2001, p. 73) afirma que a qualidade em saúde “(...) pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.”. Por sua vez, Mezomo (2001, p. 73) define qualidade

em saúde como “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes.”.

Segundo Campos et al. (2010, p. 12) um dos conceitos mais completos sobre este assunto é o proposto pelo Programa Ibérico em 1990, em que a qualidade nos cuidados de saúde assenta na “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes.”, o que “Implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e a obtenção de resultados através do melhor desempenho possível.” (Campos et al., 2010, p. 46).

Pela percepção das várias definições de qualidade em saúde se percebe que este não é de todo um conceito estático, considerando Hesbeen (2001, p. 115) que “(...) a percepção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana, e é, portanto, extremamente variável, ou evolutiva.”.

Desta forma para Imperatori (1999, p. 291) “A qualidade de um mesmo produto/ serviço pode ser diferente para diferentes clientes e pode ser diferente para o mesmo cliente em diferentes tempos ou condições.”. É, assim, difícil chegar-se a uma definição universal de qualidade, pois as pessoas são diferentes e portanto o que poderá ser qualidade para uma pode não se enquadrar nesse conceito para outra e o que poderá ser qualidade hoje pode não o ser amanhã.

Segundo Campos et al. (2010) apesar de qualidade não apresentar uma dimensão objetiva, os cidadãos em geral são capazes de identificar, ou pelo menos, sentir a qualidade do Sistema de Saúde. Pode cada um deles, individualmente, deixar sobressair o acessório e esquecer o principal, pode o carinho da assistência ser minimizado pelo brilho da tecnologia, pode a aparente eficiência dos cuidados dispensar a devida e necessária informação ao utente e família, mas ninguém se ilude, e, apesar de tudo, o utente reconhece a qualidade e o esforço dos que contribuem para os ganhos em saúde e acaba sempre por recompensá-los.

Contudo a melhoria contínua da qualidade tem sido difícil de implementar e aperfeiçoar pois esta exige uma mudança fulcral na maneira de pensar e de atuar que conduza à alteração de comportamentos, de práticas estabelecidas, de hábitos, e não só. A mudança implica que a qualidade seja aplicada de forma transversal a todos os procedimentos, sem exceção, desde o simples ato de atendimento, passando pela qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares, administrativos), até à qualidade dos equipamentos e sua performance. (Reinhardt, 1998; Neves, 2002; Pereira, 2003).

Também para a implementação de melhorias na qualidade dos serviços de saúde, de acordo com Pisco (2001), Neves (2002) e Ferreira e Lourenço (2003), a participação dos utentes constitui um fator de relevante importância. Na ótica destes autores, os recetores dos cuidados de saúde

de são quem efetivamente sentem os problemas ou necessidades a que se quer dar resposta e, naturalmente, quem melhor pode ajudar a descobrir as soluções mais apropriadas.

Por tudo o que já foi referido se percebe que existem vários aspetos que motivaram o desenvolvimento da qualidade na saúde, desde aspetos sociais e económicos, passando pelos aspetos financeiros, até aos aspetos tecnológicos. Assim, os aspetos sociais dizem respeito ao fato de os cidadãos e profissionais serem cada vez mais exigentes, quer em termos de qualidade de consumo, quer em termos de produção. As razões económicas prendem-se com a comparação custo/ benefício num mercado onde a concorrência pela qualidade é cada vez maior. Os motivos financeiros implicam diminuir custos, por isso, é importante fazer bem à primeira, evitando a negligência, a omissão e o supérfluo. E tendo em conta a constante inovação tecnológica, há que melhorar o desempenho de acordo com as novas tecnologias. (Imperatori, 1999 citando Frederico).

Nesta perspectiva da qualidade, de acordo com Lee *et al.* (2000), para que as organizações de saúde sejam bem sucedidas têm que implementar adequados instrumentos de medição da qualidade dos seus serviços, sem os quais se torna complicado criar linhas de atuação e estratégias para a gestão dos serviços prestados.

Segundo o Instituto da Qualidade em Saúde, "(...) já não basta fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados ade-

quadamente e se é obtida a melhor qualidade possível.”. (Pisco, 2001, p. 44)

Uma das dificuldades da avaliação da qualidade é a sua definição conceptual. Para Hesbeen (2001, p.160), “(...) a avaliação da qualidade consiste em formar uma opinião sobre o nível da prática dos cuidados e, em termos mais amplos, sobre os serviços oferecidos pelos profissionais à população.”. Este é um assunto bastante delicado porque leva a dizer o que está certo e o que não está.

Para se avaliar os serviços de saúde tem que se ter em conta a sua particularidade, pois, contrariamente aos produtos que podem ser facilmente medidos através de indicadores como o número de defeitos e a sua robustez (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988), os serviços de saúde não se medem tão objetivamente tendo mesmo associadas a ele três características específicas deste sector, sendo elas: intangibilidade, heterogeneidade e indissociabilidade dos atos de produção e consumo do serviço. (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985, 1988)

Quando o consumidor compra determinado produto, baseia a sua escolha nos vários indicadores tangíveis dos produtos, como: estilo, marca, cor, tato, rigidez, adequação às necessidades, etc. Contudo, na aquisição de serviços, são poucas as características tangíveis, e, na grande maioria dos casos, as evidências de tangibilidade dizem respeito às condições físicas, equipamento disponível e recursos humanos. Na ausência destas características tangíveis para avaliar a qualidade, os utentes reportam-se ao preço como fator

de avaliação de qualidade dos serviços. Assim, tendo em conta a intangibilidade deste sector, a organização de saúde tem dificuldade em compreender como é que os utentes percebem a prestação dos seus serviços bem como a sua qualidade. (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985)

Outra particularidade deste sector é a heterogeneidade pois a performance dos serviços altera-se diariamente, de cuidador para cuidador e de utente para utente. Assim, mais uma vez se percebe que a qualidade dos serviços prestados é muito difícil de avaliar, pois os consumidores de serviços têm prioridades e necessidades diferentes. Além disto, como é complicado garantir a estabilidade da prestação do serviço por parte dos prestadores, o serviço que o utente recebe pode ser completamente diferente daquele que a organização ambiciona oferecer. (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985)

Por fim, os serviços são atividades ou conjuntos de atividades ou processos em que a produção e o consumo são concomitantes, e, portanto, indissociáveis, pelo que a qualidade ocorre durante a prestação do serviço e aquando da interação entre o utente e o cuidador. (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985)

Neste contexto, com a finalidade de avaliar a qualidade dos cuidados de saúde surgiram vários modelos, motivo pelo qual é relevante considerar que o objeto da avaliação pode ser abordado sob diferentes ângulos e que toda a avaliação é a emissão de valores entre o encontrado e o desejado. Posto isto, para facilitar esta avaliação, Donabedian (1969, 1980), Clearly e McNeil (1988),

Ferreira (1991) e Mezomo (2001) sugerem que os cuidados de saúde sejam avaliados tendo em conta três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado dos mesmos; tendo sido Donabedian o responsável pela difusão desta tríade.

De acordo com Donabedian (1980, 1988), Clearly e McNeil (1988), Ferreira (1991) e Mezomo (2001) as medidas da estrutura relacionam-se com as características do local onde os cuidados são prestados e abrangem: os recursos materiais como os equipamentos e instalações; os recursos humanos disponíveis, a sua qualificação e variedade; as características organizacionais, como a estrutura organizacional da equipa de profissionais, a existência de funções de ensino e pesquisa, o tipo de supervisão exercida, os processos de revisão e métodos de pagamento e reembolso pelos cuidados prestados; o ambiente físico. Segundo estes autores, o processo engloba todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde aos utentes e a forma como estas são desenvolvidas aquando da prestação de cuidados, desde o diagnóstico, tratamento, até à reabilitação e educação do doente. Ou seja, do processo fazem parte todos os cuidados, os diretos, os não diretos e ainda os padrões de comportamento dos profissionais, pois mais importante do que o cumprimento mecânico e despersonalizado dos cuidados é a qualidade da ação de quem os executa. Todas as contribuições aos cuidados dadas pela família, também são agrupadas no processo. (Donabedian, 1980; Donabedian, 1988; Clearly & McNeil, 1988; Ferreira, 1991; Mezomo, 2001)

Além de tudo isto, o processo está intimamente relacionado com os resultados obtidos, e, é a constante avaliação de todas estas atividades e o refazer permanente das rotinas e procedimentos que garantem a qualidade dos resultados gerados e a sua contínua melhoria. (Donabedian, 1980; Donabedian, 1988; Clearly & McNeil, 1988; Ferreira, 1991; Mezomo, 2001). Já o resultado diz respeito às alterações que as ações e procedimentos realizados na prestação de cuidados, provocam no estado de saúde do indivíduo ou população. Estas mudanças podem referir-se ao estado dos serviços de saúde, ao conhecimento adquirido pelo utente e/ou família que podem influenciar a saúde no futuro e ao comportamento do indivíduo e/ou família que pode favorecer ou prejudicar a manutenção da saúde futura. Também a satisfação do utente com a prestação dos cuidados de saúde e seus efeitos são considerados resultados. (Donabedian, 1980; Donabedian, 1988; Clearly & McNeil, 1988; Ferreira, 1991; Mezomo, 2001)

Segundo Donabedian (1980) e Mezomo (2001), a avaliação só é exequível porque existe uma correlação entre estrutura, processo e resultado. E, de acordo com Mezomo (2001), tendo em conta que estas três dimensões estão interligadas, ou seja, não são elementos autónomos nem dissociados, mantendo mesmo uma certa linha de causalidade e efeito que é necessário avaliar com cuidado, há que utilizar um instrumento de avaliação que integre indicadores representativos das três categorias. Apenas assim será possível adotar medidas que venham a impedir a repetição de resultados não desejados.

Desta forma, de acordo com o último autor, os resultados não almejados têm concerteza uma origem que deve ser investigada e eliminada, na medida do possível. Isto porque, nem sempre os maus resultados são sinónimo de um baixo nível de qualidade dos cuidados de saúde prestados pois, em saúde, existem diversos fatores individuais, como, por exemplo, a idade dos utentes, a gravidade da situação ou da doença, assim como a carga psicossocial de cada utente, que, por si sós, podem influenciar os resultados.

Posto isto, a relação entre estrutura, processo e resultados nem sempre existe. Assim, a existência de uma estrutura adequada e a presença de bons processos nem sempre levam à obtenção de resultados com a qualidade esperada. E, da mesma forma, excelentes resultados podem ser alcançados sem que a estrutura ou o processo o sejam. (Mezomo, 2001)

Historicamente, a criação de padrões de qualidade era delegado aos médicos, logo, a qualidade era entendida em termos de competência técnica na prestação de cuidados de saúde. Assim, Donabedian sugeriu toda uma linha avaliativa centrada na qualidade das ações desempenhadas pelo profissional de saúde baseando-se em padrões técnico-científicos constituídos pela clínica. Para ele, o objetivo da avaliação da qualidade era perceber o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde na sua autogovernarão, de modo a impedir a exploração ou a incompetência dos profissionais e, através da monitorização da qualidade, executar uma vigilância contínua, de tal forma que desvios das

normas possam ser precocemente detetados e corrigidos (Donabedian, 1986)

Não obstante, a literatura recente tem vindo a enfatizar a perspetiva do utente nesta matéria, estabelecendo a relação entre as suas expectativas e a sua perceção da prestação dos cuidados. (O'Connor, Shewchuk e Carney, 1994; Pereira, Soares e McIntyre, 2001)

Segundo Hadded *et al.* (2000), relativamente a outras formas de avaliação da qualidade, a medição da satisfação do utilizador dos serviços de saúde traz alguns benefícios práticos, tais como, o facto de poder ser medida rapidamente após a prestação dos cuidados de saúde e de não implicar grandes custos.

Pode-se acrescentar ainda que, de acordo com Lee *et al.* (2000) e Mezomo (2001), é essencial que as organizações de saúde prestem cuidados de saúde de qualidade e facultem serviços de saúde também de qualidade que vão de encontro às expectativas dos cidadãos, mas, é igualmente relevante, que estas instituições valorizem as dimensões que os profissionais de saúde consideram relevantes para que se alcance a qualidade. Desta forma, é importante o aferir das perceções de qualidade dos cuidados prestados quer por parte dos utentes, quer por parte dos prestadores, quer para a organização da prestação de cuidados de saúde, para que se possa avaliar e medir a qualidade.

Assim, com o avançar dos tempos, os programas de Qualidade ganham uma nova amplitude porque têm em conta a necessidade das empresas produzirem mais e melhor a menores preços, os concorrentes, os clientes cada vez mais

exigentes apoiados por leis e códigos de defesa ao consumidor, e a satisfação destes mesmos clientes. E, com a aplicação destes programas, surgem os padrões ISO que agregam rigorosos parâmetros de avaliação da performance empresarial. (Garvin, 1992)

As certificações ISO são acordos documentados que contêm pormenorizações técnicas e outros critérios precisos com o objetivo de serem usados como regras, guias ou definições de características para assegurar que produtos, materiais, processos e serviços estejam em concordância com os seus pressupostos. (ISO, 2012)

A ISO inicia o desenvolvimento de novos padrões em resposta aos setores que expressam uma necessidade clara para eles. Os resultados obtidos do trabalho da ISO são divulgados como normas internacionais que funcionam como um quadro de referência. (ISO, 2012)

Campos *et al.* (2010) refere que outro aspecto importante é que em Portugal a avaliação da qualidade e da sua variabilidade quase não existe. Mesmo tendo em consideração as grandes reformas na saúde não houve uma avaliação do seu impacto ou se houve foi de forma insuficiente (ex: transformação dos hospitais em EPE, criação de centro hospitalares, unidades locais de saúde – OLS, unidades de saúde familiares – USF, agrupamentos de centros de saúde – ACE, unidades de cuidados continuados integrados – UCCI, etc.). Assim se percebe que para que se garanta a qualidade dos serviços/ cuidados de saúde é de extrema importância a avaliação dessa para que se possam introduzir alterações em busca da quali-

dade contínua dos cuidados/ serviços de saúde.

É crucial que haja qualidade na prestação de cuidados de saúde oferecidos à população tendo em conta as suas necessidades e tendo em vista a plena satisfação destas. Para que isto aconteça, é relevante um enorme empenho por parte da gestão.

E o que é afinal a gestão? Existem diversos conceitos de gestão que foram evoluindo ao longo dos tempos, e para Nunes (2010, p. 6) a definição de gestão deve incluir “(...) obrigatoriamente um conjunto de tarefas que procuram garantir a afectação eficaz de todos os recursos disponibilizados pela organização afim de serem atingidos os objectivos pré-determinados.”.

Contudo, na atualidade isto não basta. É necessário fornecer produtos ou serviços de qualidade que permitam satisfazer as necessidades dos seus clientes, sendo isto a missão de qualquer organização, seja ela uma empresa, um serviço público, um hospital, etc. (Ganhão & Pereira, 1992; Neves, 2002; Campos *et al.*, 2010)

Para que se compreenda a situação atual da gestão dos cuidados de saúde hospitalares em busca da qualidade é necessário abordar, segundo Escoval *et al.* (2010), quatro áreas de análise prioritárias: *Clinical governance* (CG); Acessibilidade e Equidade; Sustentabilidade; Continuidade de Cuidados e Cooperação Intersectorial.

CLINICAL GOVERNANCE (CG)

CG “É definido como o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam

pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de qualidade dos cuidados (...). Para tal, a CG (...), abrange todos os elementos da equipa de saúde e envolve-a num esforço conjunto na identificação de aspectos dos cuidados que necessitam de melhoria de qualidade, de segurança e na procura de soluções, implicando, também, a responsabilização dos profissionais pelos actos da sua prática clínica (...). (Escova *et al.*, 2010, p. 17)

A CG tem "(...) o objectivo de garantir cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, efectivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema." (Campos *et al.*, 2010, p. 24)

Porém, para que se garanta a qualidade na prestação de cuidados de saúde é necessária uma monitorização constante e permanente, e, acima de tudo, a qualidade deve ser vista como um elemento central da gestão organizacional, pois será a marca de garantia e segurança para os consumidores de serviços de saúde. (Escoval *et al.*, 2010, citando OPSS, 2001)

Em Portugal, a área da qualidade dos cuidados de saúde hospitalares foca-se principalmente "(...) na acreditação dos estabelecimentos em termos organizativos ou de infra-estruturas (como, por exemplo, na elaboração de planos de emergência) ou na certificação individual de determinadas áreas (serviços, etc.), em detrimento da componente clínica no processo de prestação de cuidados, a qual se baseia, essencial-

mente, na perspectiva dos processos e poucos resultados (por exemplo, na construção de normas de procedimento)". (Escoval *et al.*, 2010, p. 18, citando Delgado, 2009).

"No entanto, é importante salientar o sucesso alcançado pelos projectos de acreditação de hospitais e certificação de alguns serviços hospitalares em Portugal pelos referenciais ISO." (Escoval *et al.*, 2010, p. 18 citando França, 2008)

Além de tudo isto, a satisfação dos utentes, deve ser, na opinião de Donabedian (1988) indispensável à gestão e planeamento dos serviços de saúde, assim como o é aos critérios de qualidade. Assim, de acordo com Neves (2002) o "livro de reclamações" e a "caixa de sugestões", deveriam ser devidamente aproveitadas pela gestão, o que nem sempre acontece.

ACESSIBILIDADE E EQUIDADE

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos e, a acessibilidade representa a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação dos cuidados técnicos e científicos adequados à sua condição, em tempo útil, no local onde necessita, em quantidade e a um custo apropriados tendo como finalidade a melhoria do seu estado e a obtenção de ganhos em saúde. (Escoval *et al.*, 2010 citando OPSS, 2009 e Sakellarides, 2003)

Para facilitar o acesso aos serviços de saúde é importante ter um SI adequado e que permita também o envolvimento dos cidadãos nas decisões que envolvem a melhor satisfação das suas

necessidades, o que não acontece em Portugal, desincentivando assim escolhas informadas e potenciando o desperdício. (Escoval *et al.*, 2010)

As portas de entrada para os serviços de saúde são essencialmente as urgências e as consultas externas, e a dimensão do acesso pode ser avaliada segundo vários indicadores como, o peso das primeiras consultas no total de consultas, lotação praticada, número e tempo que os doentes esperam por uma cirurgia. (Escoval *et al.*, 2010)

Assim, de acordo com Escoval (2010), foram implementados vários programas para melhorar este aspeto, como a Consulta a Tempo e Horas, onde o objectivo é facilitar o acesso dos cidadãos à 1ª consulta hospitalar de especialidade e qual será o tempo de resposta do hospital; o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SI-GIC), “que tem como principal objectivo “minimizar o período entre o momento em que um doente é encaminhado para a cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível”, em função da respectiva patologia.”. (Escoval *et al.*, 2010, p. 20); “(...) a linha telefónica Saúde 24, com o objectivo de descongestionar os serviços de urgência (...)”; e foi colocada em prática “(...) uma estratégia de modernização do sistema de saúde ao nível dos cuidados de proximidade, designadamente, a requalificação dos serviços de CSP (...)”, “ (...) que tem possibilitado, por exemplo, um alargamento dos horários de atendimento e a possibilidade do doente obter uma consulta no próprio dia (...)”. (Escoval *et al.*, 2010, pp. 24, 32-33); a reconfigu-

ração a nível hospitalar também leva a um melhor acesso aos cuidados de saúde, aconselhando desta forma que as especialidades deverão concentrar-se em centros de elevada diferenciação e não em hospitais de cuidados agudos, permitindo que cirurgias de rotina e cuidados de ambulatório sejam transferidos dos hospitais gerais para a comunidade; e também também é relevante referir a criação e aceitação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde, que tem como principal objectivo a prestação de cuidados de saúde aos utentes pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo útil e aceitável tendo em conta a condição de saúde do utente, devendo ainda neste contexto definir-se tempos máximos de resposta garantidos e o direito de informação sobre este aspecto aos utentes. (Escoval *et al.*, 2010)

Não obstante, apesar de todos os esforços para melhorar a acessibilidade e a equidade, “(...) mantendo-se uma desigual distribuição de recursos humanos, dificuldades generalizadas no acesso à informação, barreiras à medicina familiar e na prestação de cuidados de saúde domiciliários e um recurso inadequado ao serviço de urgência, com prejuízo no acesso aos doentes que dele efectivamente necessitam, os problemas de acesso continuarão a ser uma realidade.”. (Escoval *et al.*, 2010, p. 33)

SUSTENTABILIDADE

Atualmente contata-se o crescimento das despesas a um ritmo substancialmente superior ao

do crescimento da riqueza do país. Isto deve-se, em grande parte, ao aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, bem como, às inovações tecnológicas.

Perante isto, “O contexto económico-financeiro e a consequente necessidade de equilíbrio orçamental implicam a introdução de medidas de controlo da despesa pública, visando uma redução do défice do Estado, com necessárias implicações na área da saúde, nomeadamente, na contenção dos investimentos e da despesa corrente do sector.” (Escoval *et al.*, 2010, p. 35) o que leva à dificuldade em assegurar o objetivo da equidade e a solidariedade no financiamento, e, por isso, há que ter em conta a sustentabilidade do SNS, para que este “(...) continue a garantir o melhor acesso aos cuidados de saúde com níveis de qualidade acrescidos, o financiamento em função da capacidade financeira dos cidadãos e uma distribuição equitativa dos recursos com base nas necessidades da população.” (Escoval *et al.*, 2010, pp. 24-25 citando Escoval, Matos, 2009)

Atualmente, “(...) Os recursos financeiros são alocados através de contrato-programa, no qual são fixados os objectivos por linha de produção e o pagamento é realizado com base na actividade realizada, de acordo com um preço-base por grupo de hospital, que faz com que os prestadores tenham a possibilidade de se focarem numa produção eficiente dos serviços definidos pelo comprador (Ferreira *et al.*, 2010 e EOHSP, 2007), no sentido de dar resposta às necessidades de saúde da população (...)”

“Este processo tem permitido a reafectação de recursos para intervenções mais custo-efectivas e contribuindo para o desempenho dos prestadores, através de incentivos financeiros à melhoria da qualidade e eficiência e o aperfeiçoamento dos mecanismos de monitorização, originando transparência e alguma competição entre os vários prestadores (Ferreira *et al.*, 2010). Tem também uma importante função na especificação das responsabilidades e benefícios para cada uma das partes e partilha de risco, no caso de ocorrência de eventos não expectáveis (Escoval, Matos, 2009).” (Escoval *et al.*, 2010, p. 25)

A criação de PPP para a requalificação das estruturas hospitalares entre 2009 e 2013 que incluíam a construção de novos hospitais, a empresarialização dos hospitais, o encerramento de blocos de parto em hospitais cuja afluência era muito reduzida, a criação de centros hospitalares, a constante atualização do preço das taxas moderadoras, a contratualização da atividade e a reestruturação dos serviços de urgência foram algumas medidas implementadas para assegurar a sustentabilidade financeira dos hospitais. (Escoval *et al.*, 2010)

Nos últimos anos verificou-se um aumento da proporção de médicos especialistas, bem como, o aumento do número de enfermeiros a nível hospitalar. (Escoval *et al.*, 2010, citando EOHSP, 2007). Contudo, tem-se adquirido pontualmente serviços médicos (individualmente ou empresas) através de expedientes de outsourcing pelo que se suspeita que há um aparente défice de recursos médicos no funcionamento hospitalar

sem que a sua real dimensão seja contabilizada. (Escoval *et al.*, 2010, citando Santana, 2009)

De acordo com Escoval *et al.* (2010) um dos fatores de ineficiência e desperdício do SNS é que a maioria dos recursos facultados aos hospitais são orientados para os serviços de urgência, ao invés de se investir na promoção da saúde e prevenção da doença para que a sustentabilidade se torne possível, daí a importância crescente da articulação entre os vários níveis de cuidados.

Atualmente, “(...) verificam-se significativas assimetrias regionais, em que persiste uma elevada concentração de profissionais de saúde qualificados nos hospitais situados em grandes centros urbanos e uma manifesta carência no interior. Além disso, a grande maioria dos profissionais de saúde pratica o pluriemprego com repercussões muito negativas sobre o desempenho individual e a eficiência global do sistema. Estas e outras questões determinam a fragilidade da actual gestão dos RH que requer um investimento significativo, principalmente nas componentes da formação, dos modelos de remuneração associadas ao mérito e a *accountability*.” (Escoval *et al.*, 2010, p. 37)

Escoval *et al.* (2010) refere que Simões, Barros e Pereira (2007) defendem, uma gestão estratégica dos recursos humanos da saúde tendo em conta as necessidades identificadas, bem como, uma actualização das realidades demográfica das profissões nesta área, como um factor importante para a sustentabilidade.

“No entanto, é sobejamente reconhecido que a prestação dos cuidados de saúde opera num

ambiente instável, em que as normas sociais, os padrões da doença e demográficos estão em constante mudança, o que requer uma constante adaptação. Um importante meio para melhorar a saúde e a equidade no acesso aos cuidados prestados e assegurar mais valor em saúde passa por garantir que a afectação de recursos é baseada nas necessidades e não em outros factores, como a capacidade em gerar lucros. Uma afectação estratégica baseada nas necessidades garante que o dinheiro é gasto onde e no que é necessário (Thomson, Foubister, Mosialos, 2009).” (Escoval *et al.*, 2010, p. 38)

“Outro aspecto a considerar na vertente da sustentabilidade, salientado pelo Tribunal de Contas, prende-se com o valor de convergência atribuído aos hospitais, concluindo esta entidade que esta verba fixa é indutora de ineficiência, pelo que a mesma deveria ser transformada em incentivos ao bom desempenho operacional.” (Escoval *et al.*, 2010, p. 39)

CONTINUIDADE DE CUIDADOS E COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL

“O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico, o aumento progressivo da esperança média de vida e, consequentemente, dos anos de vida sem saúde e do aumento da dependência funcional significam necessidades adicionais de cuidados. Para além disso, a grande maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos com consumo de cuidados superiores aos da população

em geral, que não necessitam de uma intervenção dirigida à cura de uma situação aguda, mas sim (...) com necessidades de apoio nas actividades básicas de vida e nos cuidados de reabilitação e de reinserção (...)” (Escoval *et al.*, 2010, p. 26 citando Costa, 2009).

Assim, “(...) um dos objectivos do sistema de saúde, (...) consiste na articulação dos cuidados hospitalares com outros prestadores de cuidados, entre eles os CSP e Cuidados Continuados Integrados (CCI), com necessidade de cooperação intersectorial e interinstitucional.” (Escoval *et al.*, 2010, p. 27)

“Neste sentido, foi criada a RNCCI cujo objectivo geral é a “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (DL nº 101/ 2006 de 6 de Junho), quer temporária, quer prolongada.”, bem como, “(...) reduzir a demora média e as readmissões não programadas no hospital, visando a adequação de recursos e a coordenação e comunicação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, conduzindo a uma maior satisfação do doente e família.” (Escoval *et al.*, 2010, p. 27)

Refira-se também, numa perspetiva de continuidade de cuidados, o modelo da Gestão Integrada da Doença aplicado, em Portugal, ao subgrupo alvo dos doentes com IRC em programas de diálise. Este modelo tem uma inovadora forma de pagamento que respeita um conjunto pré-determinado de indicadores e de resultados relacionados com critérios de qualidade próprios da doença, a relação direta entre o pagamento e

o cumprimento dos objectivos terapêuticos pré-estabelecidos e, por fim, a determinação de mecanismos de auditoria de informação, monitorização, acompanhamento e avaliação. (Escoval *et al.*, 2010 citando OPSS, 2010)

Nesta perspectiva de continuidade de cuidados, não poderemos deixar de falar das ULS (Unidades Locais de Saúde) que dão resposta em termos de cuidados primários, diferenciados e continuados à população. (Escoval *et al.*, 2010).

Torna-se assim premente que a organização arranje estratégias para solucionar os problemas atuais tendo em conta a qualidade, através da antecipação, adaptação permanente e flexibilidade. (Salgueiro, 2001).

Qualidade é assim percebida como um percurso e não uma meta a atingir, porque há sempre algo a melhorar. Aqui o grande desafio e a essência da organização prende-se com o que se deve oferecer ao utente e a forma como se deve oferecer. Isto revela características essenciais ao apropriado funcionamento da organização. (Fernandes, 2000, p. 23).

“Revela-se, contudo, necessário proceder com alguma cautela quando procuramos introduzir mudanças no sistema, uma vez que aqueles aspectos que funcionam bem não deverão ser afectados. Nesta medida, será útil identificar, com rigor, os pontos fortes e fracos que norteiam a prestação de cuidados de saúde, bem como as oportunidades disponíveis e os perigos que a ameaçam.” (Escoval *et al.*, 2010, p. 29) Tem-se vindo a realçar que de facto há uma preocupação crescente no decorrer dos últimos tempos

com “humanização” da saúde e consequente conforto do doente muito para além do mero tratamento clínico, o que segundo Varela (2005) deverá transformar o marketing no mediador entre o hospital e o utente.

De acordo com Varela (2005, p.64) citando Philip Kotler (1993), Marketing é “um processo social e administrativo pelo qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e o que desejam através da criação e troca de produtos e valor com outras pessoas.”.

Existe oestigma que as acções de Marketing poderim potenciar o aumento de consumo dos cuidados de saúde, mas, antes pelo contrário Marketing regula e organiza a procura de cuidados. “O marketing faz a gestão do mercado e adequa a organização a essa interpretação mantendo o utente satisfeito.” (Varela, 2005, p. 61).

O objectivo do Marketing é a satisfação das necessidades dos clientes, contudo o marketing objetiva também a manutenção do utente. “O cliente precisa estar satisfeito com o atendimento para que tenha vontade de retornar. E mais, é preciso que o cliente seja o verdadeiro propagador dos serviços prestados pelo hospital.”, pois “Uma empresa não funciona sem clientes, assim como um hospital não funciona sem pacientes/clientes.”. E para isso o hospital precisa fazer marketing...Precisa aprender a lidar com os utentes de forma mais humana; compreender os problemasdestes e seus familiares; perceber que as pessoas nãooficam doentes porque lhesapetece e mesmo quando estão doentes têm horários a cumprir...só assim conseguirá atuar devidamente no mercado. (Siqueira, 2000, p. 3)

Os hospitais públicos estão menos atentos às necessidades do mercado e pela sua natureza, são menos autónomos e flexíveis que o sector privado. “A sua missão é servir a comunidade como um todo, através de fundos públicos existindo menos razões ou incentivos para redução de custos e aumento de produtividade, pois os seus recursos não têm relação directa com a sua actividade.”. (Varela, 2005, p.63). Nesta área tão delicada que é a saúde, a maioria dos doentes não têm alternativa de consumo, pelo que a concorrência não obriga ao aumento dos níveis de qualidade e, desta forma, no sector público, a organização de saúde é que determina a natureza e a qualidade do serviço que disponibiliza. Além disso, os utentes não detêm ainda conhecimentos suficientes que permitam avaliar a competência dos serviços prestados pela instituição de saúde que utilizam, desconhecem os serviços oferecidos pelo hospital e o potencial tecnológico e profissional à sua disposição levando a que vá procurar a outros centros urbanos tratamento para o seu problema de saúde. (Varela, 2005)

O administrador hospitalar tem que se deparar com vários problemas e desafios e um dos maiores é a taxa e o preço, ou seja, é descobrir o ponto de equilíbrio entre o preço de mercado, o preço justo e o preço que o utente pode e está disposto a pagar pelos serviços de saúde hospitalares. Os serviços públicos enfrentam a escassez de recursos e grandes dificuldades orçamentais, pois estes serviços são pagos por meio de taxas e impostos com base na teoria do equilíbrio social e da equidade. A autonomia das administrações hos-

pitalares relativamente à gestão do preço e controlo de pagamento das taxas moderadoras é reduzida uma vez que cabe à Administração Pública este papel e o de fazer os utentes perceberem os benefícios sociais associados. Na realidade, refletem-se nas contas das organizações de saúde os preços e taxas desadequados dos grandiosos custos da saúde. Não obstante, apesar dos altos custos da tecnologia e inovação, para agravar a situação, nos serviços públicos não existem medidas para evitar os desperdícios, ou seja, não existem normas para o uso de materiais e medicamentos nos procedimentos médicos.

SATISFAÇÃO DO UTENTE COM OS SERVIÇOS/CAUIDADOS DE SAÚDE

A satisfação dos utentes tem sido reconhecida como parte fundamental dos cuidados, e há evidência de que a melhoria contínua da qualidade está diretamente relacionada com a satisfação dos utentes. Um utente insatisfeito com os cuidados de saúde mais facilmente abandona as indicações médicas, não recorre novamente aos serviços de saúde para se tratar, podendo mesmo mostrar melhorias pouco significativas por não continuar os cuidados, o que afeta de certa forma a qualidade dos serviços de saúde (Ferreira, Afonso, Raposo & Godinho, 2003).

Em Portugal a opinião do utente tem sido cada vez mais valorizada no domínio científico, e, assim se verifica que a opinião do utente é considerada em vários diplomas legais, dos quais se

destaca a Lei de Bases da Saúde (lei 48/90 de 24/8) que refere na Base II que "(...) os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes (...)" e "(...) é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e de planeamento no controle do funcionamento dos serviços (...)". Segundo a base V "(...) os cidadãos têm o direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses (...)" e a Base XXX diz que "(...) é igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente (...)". (Portugal. Ministério de Saúde, 1990)

Neste setor a opinião do consumidor é de relevante importância no que se prende com a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, identificação de problemas a corrigir ou de novas necessidades e expectativas dos utentes relativamente aos cuidados de saúde que lhe são prestados, bem como, na reorganização dos próprios serviços de saúde (McIntyre *et al.*, 2002). Assim, as expectativas e necessidades dos utentes assumem uma natureza particular, pois quando estes recorrem aos serviços de saúde na grande maioria das vezes encontram-se num estado de fragilidade e ansiedade, e, tendo em conta que também na grande maioria das vezes têm algum conhecimento prévio sobre esse serviço, esperam encontrar nele profissionais de saúde que lhe resolvam os problemas com competência técnica, simpatia, carinho e conforto. (Clearly & McNeil, 1988)

McIntyre e Silva (1999) concordam que a satisfação do cliente pode ser influenciada por múltiplos fatores como o estilo de vida, experiências anteriores com serviços e cuidados de saúde, as suas expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação, as expectativas futuras, os valores individuais e da sociedade. Assim se percebe a natureza multidimensional da satisfação do utente relativamente aos cuidados de saúde, e, por isso, a opinião destes tanto pode incidir sobre a componente técnica, sobre a componente interpessoal, ou mesmo, sobre a componente humana dos cuidados. Contudo existe uma particularidade do lado da procura que "(...) é o aumento das expectativas em relação à capacidade da medicina, as quais excedem muitas vezes a sua capacidade real. Para este fenómeno, muito contribuem as séries da televisão em ambiente hospitalar, que praticamente só mostram casos de sucesso, quando os médicos lidam quotidianamente com o insucesso." (Campos *et al.*, 2010, p.15)

Sabe-se assim que a satisfação do utente deve ser um resultado a obter na prestação de cuidados de saúde. Mas o que é então a satisfação? Satisfação diz respeito a um conceito alargado, de natureza multidimensional, subjectivo, dinâmico e associado a um forte valor cultural, pelo que está sujeito a mutações constantes, podendo por isto ser entendido de diferentes formas. (Ribeiro, 2003)

De forma breve Linder-Pelz (1992) diz que a satisfação diz respeito às atitudes resultantes de avaliações positivas das várias dimensões dos cuidados de saúde.

Neste contexto, evidencia-se a definição de cliente satisfeito da de cliente encantado. Assim, o cliente satisfeito é aquele que adquiriu um serviço ou produto que equivale ao que esperava, enquanto que o cliente encantado é aquele que adquiriu um serviço ou produto que excedeu as suas expectativas. Uma organização fideliza um cliente quando o encanta, isto é, quando transcende as suas expectativas. (Brito & Ramos, 2000)

Finalmente, tendo por base a satisfação do utente se percebe que este é "(...) a razão de ser da organização e, em função disso, suas necessidades devem ser identificadas, entendidas e utilizadas para que os produtos possam ser desenvolvidos de modo a criar o valor necessário para conquistá-los e retê-los. Por outro lado, para que haja continuidade nas operações da organização, esta também deve identificar, entender e satisfazer às necessidades da sociedade, cumprindo as leis, preservando os ecossistemas e contribuindo para o desenvolvimento das comunidades ao seu redor." (Junior *et al.*, 2005)

A satisfação do paciente é igualmente, na opinião de Emadi *et al.* (2009), um importante indicador da qualidade e desempenho dos cuidados de saúde, e a satisfação dos utentes é relevante por vários motivos: em primeiro lugar, os utentes satisfeitos têm maior tendência a manter relações sólidas com o seu prestador de cuidados; em segundo lugar, através da identificação da insatisfação, a gestão hospitalar tem a possibilidade de detetar e aperfeiçoar as falhas do sistema, tendo a alternativa de melhorar os

serviços prestados; em terceiro, os pacientes satisfeitos ficam predispostos a criar uma relação forte e duradoura com o profissional de saúde, conduzindo à obtenção de resultados melhores.

No contexto da avaliação da satisfação surge a fórmula: satisfação do cliente (S) = percepção do cliente (P) – expectativa do cliente (E). Os resultados possíveis de se obterem são: $P = E$, que significa que a satisfação do utente atingiu a sua expectativa; $P < E$, onde a satisfação do consumidor não atingiu o esperado; ou $P > E$, a satisfação do usuário ultrapassou as expectativas. (Huete, 1998)

A comunicação e a informação apropriadas às necessidades pessoais, sociais e culturais dos clientes intervêm bastante no bem-estar psicológico destes, ou seja, na acomodação à doença, na satisfação com os cuidados de saúde, na diminuição da dor, da ansiedade e do stress e na promoção da sensação de segurança. Por sua vez, a qualidade das aptidões interpessoais dos cuidadores e a comunicação eficaz originam melhores resultados no estado de saúde do utente do que a quantidade de indicações que lhe são fornecidas, pois “(...) não compreender ou não lembrar o que lhes foi dito parece resultar do facto de, frequentemente, os doentes não fazerem perguntas, mesmo quando têm dúvidas sobre a informação que lhes está a ser transmitida.” (Melo, 2005, p. 71). Contudo, “(...) não se pode entender qualidade só em termos de satisfação dos utentes e das suas necessidades expressas, isto porque eles podem não saber do que necessitam ou podem pedir investigações ou tratamentos inapropriados ou prejudiciais. Portan-

to a par do juízo dos utentes acerca do serviço, temos de incluir um juízo profissional do modo como o serviço deve satisfazer as necessidades dos utentes.” (Hespanhol, 2003, p.31)

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra é constituída por 60 utentes internados no SCG do HSJ, que estavam acidentalmente hospitalizados no dia da aplicação dos questionários, e após a determinação da dimensão da amostra foi necessário optar por um método de amostragem, tendo-se escolhido a amostragem probabilística estratificada, uma vez que se adapta bem aos objectivos do estudo. Os critérios de inclusão na amostra foram: estar internados no SCG do HSJ; ter idade igual ou superior a dezoito anos; saber ler e escrever; ter capacidade cognitiva e psicológica para responder ao questionário. Foi possível obter através do departamento de estatística do HSJ os dados acerca da população da qual foi desenhada a amostra. Assim se constata que as mulheres representam cerca de 59% da população (N) e os homens cerca de 41%. Da mesma forma se percebe que a maioria dos utentes têm idades compreendidas entre [71-80] anos e a minoria entre [00-20]. Através destes dados da população conseguiu-se construir o mapa amostral, em que a amostra desenhada é representativa da população com base na idade e no género.

DADOS SOCIO-PROFISSIONAIS DOS UTENTES INTERNADOS NO SCG DO HSJ:

- ✓ **Idade:** A Idade varia entre um intervalo mínimo de até 20, e um intervalo máximo de mais de 80, em que o intervalo de idades mais representativo é entre [71-80] com 18,3% dos inquiridos e o menos representativo é até 20 com apenas 3,3% dos utentes internados no SCG do HSJ.
- ✓ **Género:** Do total de inquiridos, obteve-se um total de 25 pessoas do sexo masculino (41,7%) e 35 pessoas do sexo feminino (58,3%).
- ✓ **Estado civil:** Do total dos 60 respondentes, a maior parte da amostra é casada/união de facto (36,7%), e a menor parte são indivíduos divorciados (16,7%).
- ✓ **Habilitações Literárias:** Em relação às Habilitações Literárias, 32 pessoas (53,3%) frequentaram a instrução primária; 22 pessoas (36,7%) têm instrução secundária; e 10,0%, correspondente a 6 pessoas, possuem um curso superior.
- ✓ **Profissão:** A distribuição das Profissões foi realizada com base em $n \geq 5$ e assim se constata que a maioria dos doentes está reformada (41,7%), pois apesar de 45,0% das observações corresponder a outras profissões este agrupa outras que não reformados e desempregados e nenhuma delas isoladamente detêm valor igual ou superior a 41,7%.

Como foi possível observar a amostra (n) é representativa da população (N), tendo sido considerada uma amostra estratificada com base na idade e género.

DADOS PESSOAIS SOBRE OS UTENTES INTERNADOS NO SCG DO HSJ:

- ✓ **Internamento Anterior:** Na amostra estudada, 37 pessoas (61,7%) já tinham estado internadas e 23 pessoas (38,3%) nunca estiveram internadas.
- ✓ **Serviço do Internamento Anterior:** Relativamente aos utentes com Internamento Anterior, a maioria (46,5%) já tinha estado internada no SCG, e a minoria (18,6%) em outros serviços. O total de n é inferior a 60 porque apesar de esta pergunta permitir a possibilidade de responder a mais do que uma das opções, apenas 37 pessoas já tinham estado internadas anteriormente.
- ✓ **Ter Familiar Profissional de Saúde:** Perante esta questão 18 indivíduos (30,0%) responderam afirmativamente e 42 (70,0%) responderam negativamente.
- ✓ **Grau de satisfação dos utentes internados no SCG do HSJ com os serviços/cuidados de saúde:** Na afirmação sobre Explicação do funcionamento do serviço, no início do internamento, a maioria dos inquiridos (27 pessoas – 45,0%) estão muito satisfeitos, como está representado. Quanto à afirmação sobre Instalações visualmente atrativas a minoria das pessoas (2) está muito insatisfeito (3,3%). Na afirmação Horário das visitas: 9

pessoas (15,0%) dizem estar nem insatisfeitas/ nem satisfeitas. Na afirmação Conforto do serviço 1,7% dos inquiridos respondeu satisfatoriamente (1 pessoa) e 35,0% insatisfatoriamente (21 indivíduos). Para a afirmação Segurança do serviço, ninguém se mostrou muito insatisfeito ou insatisfeito com este aspecto. Em relação à afirmação Ruído no serviço ninguém se mostrou muito insatisfeito, estando a maioria (25 pessoas) muito satisfeita (41,7%). Na afirmação Número de camas no quarto 21 dos inquiridos respondeu satisfatoriamente (35,0%) e 23 muito satisfatoriamente (38,3%). Na afirmação Qualidade da comida ninguém se mostra insatisfeito (0,0%) ou muito insatisfeito (0,0%). Para a afirmação Adaptação da comida aos gostos de cada um houve uma variação entre um mínimo de 2 pessoas muito insatisfeitas (3,3%) e um máximo de 25 pessoas muito satisfeitas (41,7%). Na afirmação Higiene e limpeza do serviço 45,0% dos inquiridos está satisfeito e 45, 0% dos inquiridos está muito satisfeito. Para a afirmação Informação fornecida pelos prestadores de cuidados apenas 7 indivíduos se mostraram nem insatisfeitos/ nem satisfeitos (11,7%). 41,0% dos inquiridos estão muito satisfeitos no que diz respeito à Simpatia dos profissionais de saúde. Na afirmação Capacidade e formação dos prestadores de cuidados 65,0% dos utentes respondeu muito satisfatoriamente e 0,0% muito insatisfatoriamente. Na afirmação Realização dos cuidados com boa vontade as respostas se centraram no

satisfeito (41,7%) e no muito satisfeito (58,3%). Para a afirmação Boa apresentação dos prestadores de cuidados apenas um doente refere estar nem insatisfeito/nem satisfeito (1,7%) e ninguém se encontra insatisfeito (0,0%) ou muito insatisfeito (0,0%). Na afirmação Atendimento personalizado 61,7% dos inquiridos está satisfeito e 36,7% está muito satisfeito. Para a afirmação Relacionamento com os prestadores de cuidados 37 pessoas estão muito satisfeitas com este relacionamento (61,7%). Relativamente à Disponibilidade dos prestadores de cuidados a maioria dos inquiridos se encontram muito satisfeitos (65,0%). Na afirmação Rapidez de resposta aquando da chamada do doente apenas 1 pessoa está insatisfeita (1,7%) e 3 nem insatisfeitas/ nem satisfeitas (5,0%). Na afirmação Ausência de dor aquando do tratamento 55,5% dos inquiridos respondeu de forma muito satisfeita e 0,0% de forma muito insatisfeita. Para a afirmação Apoio emocional prestado pelos profissionais de saúde 58,3% dos inquiridos respondeu muito satisfatoriamente e 36,7% satisfatoriamente. Na afirmação Atendimento de todas as necessidades por parte dos profissionais ninguém se encontra muito insatisfeito (0,0%) ou insatisfeito (0,0%). Para a afirmação Privacidade no serviço 10 pessoas encontram-se nem insatisfeitas/ nem satisfeitas (16,7%). 58,3% dos inquiridos estão muito satisfeitos com a Qualidade dos cuidados no geral. Para a afirmação Conforto no pós-operatório 46 pessoas encontram-se muito satisfeitas (76,7%).

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Com o objectivo de quantificar o Grau de Satisfação dos Utentes Internados no SCG do HSJ, atribuiu-se, como já foi referido anteriormente, a pontuação um às respostas muito insatisfeito, a pontuação dois às respostas insatisfeito, a pontuação três às respostas nem insatisfeito/ nem satisfeito, a pontuação quatro às respostas satisfeito e a pontuação cinco às respostas muito satisfeito.

Do mesmo modo, para obter uma escala qualitativa, atribuiu-se uma pontuação total igual ou inferior a três valores ao Grau de Satisfação dos Utentes Internados no SCG do HSJ com os serviços/cuidados de saúde Baixo, e uma pontuação total superior a três ao Grau de Satisfação dos Utentes Internados no SCG do HSJ com os serviços/cuidados de saúde Alto.

A distribuição da amostra quanto ao Grau de Satisfação varia entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, com uma média de 4,38 e um desvio padrão de 2. Este desvio padrão é muito grande devido ao número elevado (5) de opções de resposta que serviram para identificar o Grau de Satisfação Geral, correspondendo a 40% das observações.

Relativamente à avaliação qualitativa do Grau de Satisfação, apenas 2 utentes (3,3%) têm um Grau de Satisfação Baixo.

Nas hipóteses é necessário clarificar que a variável dependente é o Grau de Satisfação e as variáveis independentes são Idade; Género; Estado Civil; Habilitações Literárias; Profissão; Internamento Anterior e ter Familiares Profissionais de Saúde.

Com o objectivo de verificar as hipóteses descritas na metodologia, aplicou-se o modelo de regressão linear múltipla (Kazmier, 1999 e Spiegel, 19994). De acordo com Maroco (2003) quando o coeficiente de determinação (r) é igual a um o modelo em estudo ajusta-se perfeitamente aos dados, mas quando o coeficiente é igual a zero este ajuste não acontece. O valor a partir do qual já se considera aceitável o ajuste do modelo aos dados é superior a 0,5. Assim se percebe pela observação do quadro seguinte, que todos os valores estão muito próximos de zero, o que significa que não há correlação significativa entre as variáveis independentes (Idade, Género, Estado Civil, Habilitações Literárias, Profissão, Internamento Anterior e ter Familiares Profissionais de Saúde) e a variável dependente (Grau de Satisfação).

	Grau de Satisfação	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações Literárias	Profissão	Internamento anterior	Familiares profissionais
Grau de Satisfação	1,00							
Idade	-0,09	1,00						
Sexo	0,06	-0,01	1,00					
Estado Civil	-0,00	0,59	-0,10	1,00				
Habilitações Literárias	0,07	-0,59	0,04	-0,56	1,00			
Profissão	0,12	-0,16	0,00	-0,17	0,19	1,00		
Internamento anterior	0,05	-0,23	-0,25	-0,11	0,20	0,08	1,00	
Familiares profissionais de saúde	0,14	-0,22	0,07	-0,15	0,31	0,16	0,32	1,00

Tendo em conta que este estudo tem incorporadas várias variáveis independentes, o coeficiente de determinação tende a aumentar mesmo que estas tenham uma influência reduzida sobre a variável dependente. Por isto, o coeficiente de determinação ajustado (r^2) surge como indicador de qualidade do ajustamento. (Maroco, 2003)

Pela análise dos resultados obtidos expressos no Quadro 2, se verifica que o r^2 resultante da análise de dependência entre a Idade e o Grau de Satisfação é de 0,03. Este valor indica que a Idade explica em 0,3% a variabilidade da variável Grau de Satisfação, o que leva a comprovar que a relação entre estas duas variáveis não é significativa.

Relativamente ao valor r^2 resultante da análise de dependência entre o Género e o Grau de Satisfação (0,07), compreende-se que o pequeno valor obtido sugere de forma clara que a variável independente (Género) pouco influencia a variável dependente (Grau de Satisfação).

Quanto ao Estado Civil, também esta variável independente influencia pouco o Grau de Satisfação (variável dependente), pois o seu valor de r^2 é igual a 0,05.

A variável que menos faz variar o Grau de Satisfação é a Habilitações Literárias pois corresponde apenas a 0,1% da variabilidade da variável dependente.

O valor r^2 da análise de dependência entre a Profissão e o Grau de Satisfação é 0,08 o que leva a concluir que esta dependência não é significativa.

Analogamente se constata que também o facto de ter estado internado anteriormente pouco

influencia o Grau de Satisfação, uma vez que o valor r^2 é 0,02.

Relativamente ao valor r^2 resultante da análise de dependência entre o ter Familiares Profissionais de Saúde e o Grau de Satisfação (0,13), lembra que existe uma relação pouco significativa entre a variável dependente (Grau de Satisfação) e a variável independente (ter Familiares Profissionais de Saúde), uma vez que esse valor apenas explica 1,3% da variabilidade do Grau de Satisfação.

Pela leitura dos dados verifica-se que as sete variáveis independentes em estudo explicam 4,0% da variância do Grau de Satisfação. O Coeficiente de determinação ajustado e desvio padrão resultante da análise de dependência entre as variáveis independentes (Idade, Género, Estado Civil, Habilitações Literárias, Profissão, Internamento Anterior e Familiares profissionais de saúde) e a variável dependente (Grau de Satisfação):

Grau de Satisfação

	r^2	dp
Idade	0,03	0,05
Género	0,07	0,16
Estado Civil	0,05	0,09
Habilitações literárias	0,01	0,15
Profissão	0,08	0,11
Internamento anterior	0,02	0,18
Familiares Profissionais de Saúde	0,13	0,18

CONCLUSÃO

Qualidade é um conceito bastante utilizado no dia-a-dia das organizações, para que consigam

sobreviver e manter-se no mercado no longo prazo, pois são detentoras de clientes bem mais informados e exigentes do que no passado.

É consensual que a satisfação dos utentes é um indicador de qualidade e uma forma de a garantir. A sua avaliação é possível através da pesquisa, da investigação e da indagação, encontrando contributos que permitam autenticar e enaltecer os cuidados prestados no sector da saúde ou então corrigir desvios encontrados.

Nesta perspectiva a satisfação surge como uma componente da qualidade dos serviços/cuidados de saúde, sendo como é óbvio um resultado que se deseja obter no processo de prestação. Assim, nunca poderá existir um elevado nível de qualidade dos serviços/cuidados prestados se o utente estiver insatisfeito, pelo que o Grau de Satisfação dos utentes deverá ser encarado como um valor orientador da conduta dos prestadores de cuidados.

Contudo o nosso actual contexto económico-financeiro e a consequente necessidade de equilíbrio orçamental levam à adoção de medidas de controlo da despesa pública nomeadamente no sector da saúde com o objetivo de reduzir o défice de Estado. Isto leva a que, por vezes, a qualidade seja deixada de lado.

Mas há que reforçar que mais importante do que reduzir a despesa na saúde é combater o desperdício e acrescentar valor ao dinheiro que gastamos na saúde, o que na prática significa obter mais qualidade pelo mesmo dinheiro.

Desta forma esta dissertação teve como principal propósito identificar qual o grau de satisfa-

ção dos utentes internados no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de São José e identificar os factores que influenciam o mesmo.

Dos resultados previamente apresentados salienta-se que a amostra é probabilística estratificada e portanto representativa da população escolhida e que é maioritariamente composta por utentes com idade compreendida entre 71-80A, do sexo feminino, detentores do ensino primário, casados(as)/união de facto, reformados. A maioria já esteve internada anteriormente e não tem familiares profissionais de saúde. Dos utentes que já estiveram internados o SCG foi o que internou a maioria destes doentes.

A maioria dos utentes inquiridos demonstra um Alto Grau de Satisfação face aos serviços/cuidados de saúde prestados, aquando da classificação dos mesmos. Destacam-se os seguintes aspectos como detentores de maior Nível de Satisfação: capacidade e formação dos profissionais de saúde, simpatia, disponibilidade e boa apresentação dos mesmos e principalmente o conforto no pós-operatório.

O aspeto que deteve a maior percentagem de insatisfação, mas ainda assim pequena, foram instalações visualmente atrativas, segurança no serviço e a privacidade.

Relativamente às hipóteses testadas, todas elas se mostraram pouco significativas e por isso se conclui que as variáveis independentes (Idade, Género, Estado Civil, Habilitações Literárias, Profissão, Internamento Anterior e Familiares profissionais de saúde) pouco influenciam a variável dependente (Grau de Satisfação), ou seja, o Ín-

dice de Satisfação apresenta valores altos (4,38) independentemente das características de cada inquirido, não existindo portanto elementos que possam influenciar o Grau de Satisfação, sendo este praticamente unânime nas respostas obtidas e de forma indiferente consoante a idade, o género e demais características da amostra.

Terminado este estudo fica a constatação do contexto sócio-profissionais dos utentes inquiridos e o que influenciam o seu grau de satisfação face aos serviços/ cuidados de saúde, o que permitirá uma melhor abordagem e melhoria dos cuidados prestados e a correcção de possíveis falhas.

BIBLIOGRAFIA

Brito, C. & Ramos, C. (2000). *Comércio electrónico: relação com parceiros de negócio*. Porto: Sociedade Portuguesa de Inovação.

Carvalho, Ó. & CRUZ, C. V. (1998). *Qualidade: Uma Filosofia de Gestão* (3a ed.). Lisboa: Texto Editora.

Clearly, P. D. & McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry Chicago*, 25 (1).

Donabedian, A. (1969). Medical Care Appraisal – Quality and Utilization. *Guide to Medical Care Administration*, 11. New York: American Public Health Association.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1986). *Criteria and standards for quality assessment and monitoring*. QRB.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260 (1743).

Donabedian, A. (1991). *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. QRB.

Por fim fica a certeza que este estudo pode ser um contributo válido para uma melhoria qualitativa do serviço/cuidados de saúde prestados no SCG do HSJ. Com base neste é possível efetuarem-se estudos posteriores, como por exemplo, a tentativa de compreender a causa da insatisfação dos utentes nas áreas onde foi mais significativa e encontrar alternativas para melhorar a Qualidade da prestação de cuidados e consequentemente aumentar a Satisfação dos utentes com os serviços/cuidados de saúde.

Ferreira, P. L. (1991, Outubro). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (33).

Ferreira, P. L. & Lourenço, Ó. D. (2003). Avaliações subjectivas sobre qualidade saúde: um contributo para o estudo da equidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.

Ferreira, P. L., Afonso, P. B., Raposo, V. & Godinho, P. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os cuidados de Saúde Privados*. Lisboa: Edição Instituto do Consumidor.

Ganhão, F. N. & Pereira, A. (1992). *A Gestão da Qualidade: como implementá-la na empresa*. Lisboa: Editorial Presença.

Garvin, D. A. (1992). *Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva*. São Paulo: Qualitymark.

Hadded et al. (2000). Patient perception of Quality Following a Visit in a Primary Health Care Unit. *Family Practice*, 17 (1).

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hespanhol, A. (2003, junho). Directores de Centros de Saúde apoiam estudo. *Revista Qualidade em Saúde* (7).

Huete, L. (1998). *Serviços & Lucros*. Lisboa: Edições AESE.

- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.
- Junior, I. M., Cierco, A. A., Rocha, A. V. & Mota, E. B. (2005). *Gestão da qualidade: série gestão empresarial* (6a ed.). Rio de Janeiro: FGV Editora.
- Kazmier, L. (1999). *Estatística Aplicada a La Administración y a la Economía*. McGraw-Hill.
- Lee, H., Delene, L.M., Bunda, M. A. & Kin, C. (2000). Methods of measuring health-care service quality. *Journal of Business Research*, (48).
- Linder-Pelz, S. (1992). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16 (5).
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- McIntyre, T. & Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Relatório Final Sumário*. ARS – Norte e Universidade do Minho.
- McIntyre, T., Pereira, G., Silva, S., Fernandes, S., Correia, J., McIntyre, E. (2002). *A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*. Porto: Edição Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente; CCRN – Comissão da Coordenação da Região do Norte.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão de Qualidade na Saúde: princípios básicos*. Brasil. Manole.
- Neves, A. (2002). *Gestão da Administração Pública*. Cascais: Editora Pergaminho, Lda.
- O'Connor, S., Shewchuk, R. & Carney, L. (1994). The great gap. *Journal of Health Care Marketing*, 14 (2).
- Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49.
- Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1).
- Paúl, C., Martin, I. & Roseira, L. (1999). *Comunidade e Saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Edições Afrontamento.
- Pereira, L. F. (2003, junho.). *Qualidade: Ferramenta fundamental para a nova estratégia para a saúde*. *Revista Qualidade em Saúde*, (7).
- Pisco, L. (2001, Outubro). Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde. *Revista Qualidade em Saúde*, (5). Lisboa: Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde (1990). *Decreto Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, Série I, nº 195).
- Reinhardt, U. E. (1998). Quality in consumer – driven health systems. *Journal for Quality in Health Care*, 10 (5). NJ, USA: Woodrow Wilson School of Public and International Affairs and Department of Economics - Princeton University.
- Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada para concurso de provas públicas para professor coordenador na área científica de ciências de enfermagem. Porto.
- Spiegel, M. (1994). *Estatística*. McGraw-Hill.
- Varela, M. (2005). A função Marketing no sector de serviços de saúde: que necessidades e que aplicações possíveis? *Galileu – Revista de Economia e Direito, Universidade Autónoma de Lisboa/ Universidade de Coimbra*, 10 (1).

WEBGRAFIA

- Campos, L., et al. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Q2.pdf> (acedido a 24/01/2012)
- Emadi, N., et al. (2009). Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services in Qatar. *Middle East Journal of Family Medicine*, 7 (9). Disponível em: http://www.mejfm.com/mejfmOct09_vol7-iss9/patients.htm (acedido a 02/06/2011).
- Escoval, A., et al. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016: Cuidados de Saúde Hospitalares. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf> (acedido a 24/01/2012)
- ISO (2012). *International Standards for Business, Government and Society*. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home.htm> (acedido a 05/06/2012)

Nunes, Paulo (2010). Ciências Económicas e Empresariais: Gestão. Disponível em: <http://www.knoow.net/cienciaeconempr/gestao/gestao.htm> (acedido a 01/08/2010).

Pereira, M., Soares, V. & McIntyre, T. (2001). Satisfação do Utente e Atitudes Face aos Médicos e Medicina: Um Estudo Piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2). Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a05.pdf> (acedido a 24/01/2012)

Siqueira, I. (2000). *Um hospital precisa de marketing?* Disponível em: [http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/367B59D25D5B54B103256FC7003FB32C/\\$File/Um%20hospital%20precisa%20de%20marketing.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/367B59D25D5B54B103256FC7003FB32C/$File/Um%20hospital%20precisa%20de%20marketing.pdf) (acedido a 06/07/2012)