



**MARIA ALDINA  
TAVARES FIGUEIREDO  
LÍBANO**

**O ENVOLVIMENTO DO CIDADÃO-CLIENTE PARA  
A QUALIDADE HOSPITALAR**





**MARIA ALDINA  
TAVARES FIGUEIREDO  
LÍBANO**

**O ENVOLVIMENTO DO CIDADÃO-CLIENTE PARA  
A QUALIDADE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Governança, Competitividade e Políticas Públicas, realizada sob a orientação científica da Doutora Cláudia Sofia Magalhães de Carvalho, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Portucalense.

Dedico este trabalho ao meu marido e às minhas filhas,  
pela compreensão dos muitos momentos de ausência,

Aos meus pais, por precisarem do meu apoio,  
e não ter estado presente.

## **o júri**

Presidente

Doutor José Manuel Lopes da Silva Moreira  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Arguente

Doutor Luís Miguel Domingues Fernandes Ferreira  
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Orientadora

Doutora Cláudia Sofia Magalhães de Carvalho  
Professora Auxiliar da Universidade Portucalense

## **agradecimentos**

Gostaria de agradecer à Universidade de Aveiro pela formação proporcionada neste mestrado, e à Professora Doutora Cláudia Carvalho o apoio e a orientação dada, sem a qual não teria sido possível este longo caminho.

Agradeço também à Dr<sup>a</sup> Sandra Bastos a colaboração prestada e o incentivo dado.

Os meus agradecimentos a colegas de mestrado que me fizeram chegar os seus apoios.

Os meus agradecimentos a todos os participantes neste estudo, pela disponibilidade dispensada.

À minha família, amigos e colegas de profissão com quem não pude partilhar muitos momentos.

## palavras-chave

Avaliação da Satisfação; Qualidade em Saúde; Qualidade Hospitalar.

## resumo

Assistimos a mudanças a nível da Administração Pública cujo paradigma dominante se centra na Governança em que o cidadão é o foco pretendendo-se que tenha legitimidade na escolha e na tomada de decisões passando a ter um papel ativo na qualidade dos serviços públicos. É neste sentido que o cidadão-cliente pode desempenhar um papel fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares.

O objetivo deste estudo é analisar como é que o cidadão-cliente dos serviços de saúde é envolvido na sua avaliação e qual é o seu contributo para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares. Este estudo é de carácter exploratório, de natureza qualitativa e enquadra-se no estudo de caso como método de pesquisa. O estudo centra-se nos hospitais públicos do Distrito de Aveiro. O trabalho empírico consistiu na recolha de dados a partir de entrevistas aos gestores hospitalares e por meio de *focus groups* a cidadãos-clientes tendo-se igualmente procedido a uma análise aprofundada de relatórios públicos.

Encontraram-se diferentes realidades na forma como o cidadão-cliente é auscultado. Os hospitais efetuam estudos de avaliação de satisfação mas de forma aleatória, os estudos sistematizados são efetuados pelo Ministério da Saúde. As dimensões de qualidade mais valorizadas pelo cidadão-cliente vão ao encontro dos estudos de âmbito nacional, embora se detem particularidades dado o carácter circunscrito do estudo. A intervenção do cidadão-cliente contribui para a melhoria da qualidade mas a sua participação ainda é incipiente e ainda existe receio de retaliação, pelo que se verificam valores elevados do índice de satisfação de clientes e poucas reclamações.

Com efeito o cidadão-cliente não utiliza os instrumentos que lhe são disponibilizados de forma ativa para contribuir para a melhoria da qualidade hospitalar e as organizações hospitalares por sua vez não realizam estudos sistemáticos.

Tendo em consideração os resultados deste estudo, podemos concluir que o envolvimento do cidadão-cliente em órgãos de gestão hospitalar como contributo para a melhoria da qualidade ainda constitui uma área a investir.

Assim os resultados desta investigação leva-nos a sugerir que os gestores das organizações hospitalares possam aplicar uma metodologia de avaliação de satisfação regularmente uma vez que constitui um indicador de qualidade. Por outro lado, é necessário fomentar uma cultura de divulgação dos elogios e das reclamações cumprindo com os requisitos éticos. Outra sugestão é a divulgação interna e externa dos resultados periodicamente dos estudos de avaliação de satisfação, dos elogios e reclamações, bem como o posicionamento do hospital em relação aos resultados de âmbito nacional.

**keywords**

Satisfaction Assessment; Health Care Quality; Hospital Quality.

**abstract**

We have been witnessing changes within the Public Administration which dominante paradigm focuses on governance, with a citizen-oriented approach. In this new model, citizens are a key-player with a voice regarding choice and decision making, having an active role in the services' quality. In this sense, citizen-clients can play a key role in improving hospital services' quality.

The aim of this research is to analyse how the citizen-client is involved in health care services' assessment and what is his/her contribution towards the improvement of hospital quality services. Methodologically it is a case-study, with an exploratory nature, based in qualitative data. This research focuses on public hospitals in the district of Aveiro. Empirical data was collected through interviews with hospital managers, focus groups discussions and deep analyses of public reports.

We found different realities how hospitals listen to citizen-client. Hospitals carry out random satisfaction assessment studies, and systematized studies are only conducted by the Health Ministry. The most valued quality dimensions referred by the citizen-clients are parallel to those mencioned in studies with a nationwide dimension; however, there are particularities due to the restricted nature of the study. The intervention of the citizen-client contributes to the improvement of the services' quality but his participation is still scarce and there is still fear of retaliation. Therefore, there are high levels of client satisfaction and few complaints.

In fact, citizen-client do not use the available tools to actively contribute to the improvement of hospital service quality; on the other hand hospitals do not engage in systematic quality evaluation processes.

Taking into account the results of this research, the involvement of the citizen-client in the hospital board of management can contribute to the improvement of the services' quality and it is, therefore, a method worthwhild investing.

The results of this research lead us to suggest that managers of hospital organizations could implement a methodology for regular assessment of satisfaction as a quality indicator. Moreover, it is necessary to foster a culture of disclosure of complaints and compliments always complying with ethical requirements. Another suggestion is the periodical internal and external disclosure of complaints and compliments and of the results of satisfaction assessment studies, allowing the comparison with nationwide results.



# ÍNDICE

Índice de Quadros .....	X
Índice de Figuras .....	Xi
Índice de Gráficos .....	Xii
Siglas e Abreviaturas .....	Xiii

<b>Capítulo 1 – Introdução.....</b>	<b>1</b>
-------------------------------------	----------

## **PARTE I – Revisão da Literatura**

<b>Capítulo 2 – Do Paradigma de Governação à Governação Clínica.....</b>	<b>7</b>
2.1 – Introdução .....	7
2.2 – A Governação como o novo paradigma da Administração Pública .....	7
2.3 – Governação em Saúde e Governação Clínica.....	10
2.4 - Síntese.....	14
<b>Capítulo 3 – Qualidade dos Serviços: o conceito e a sua evolução.....</b>	<b>17</b>
3.1 – Introdução .....	17
3.2 – A Evolução do Conceito de Qualidade.....	17
3.3 – Qualidade nos Serviços.....	20
3.4 – Modelos de Avaliação de Satisfação.....	22
3.5 – Ferramentas para a Melhoria da Qualidade.....	26
3.6 – Síntese .....	28
<b>Capítulo 4 - Qualidade nos Serviços de Saúde.....</b>	<b>29</b>
4.1 – Introdução .....	29
4.2 – O Conceito de Qualidade em Saúde.....	29
4.3 – Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde.....	32
4.4 – A Avaliação da Satisfação como Indicador de Qualidade.....	34
4.5 - A Melhoria Contínua da Qualidade nos Serviços de Saúde.....	39
4.6 – Síntese.....	41

<b>Capítulo 5 - O Cidadão-Cliente e a Qualidade dos Serviços Hospitalares</b>	<b>43</b>
5.1 – Introdução .....	43
5.2 – A voz do cidadão-cliente para a qualidade hospitalar.....	43
5.3 - O Envolvimento do cidadão-cliente: tipologias.....	50
5.4 – Síntese.....	54

## **PARTE II – Estudo Empírico**

<b>Capítulo 6 – Apresentação do Caso de Estudo.....</b>	<b>57</b>
6.1 – Introdução .....	57
6.2 – Apresentação do SNS.....	57
6.3 – Hospitais Públicos do Distrito de Aveiro.....	59
<b>Capítulo 7 – Metodologia de Investigação.....</b>	<b>61</b>
7.1 – Introdução .....	61
7.2 – Objetivo e Questões de Investigação .....	61
7.3 – Opções metodológicas .....	62
7.4 – Caracterização dos Entrevistados.....	69
7.5 – Caracterização dos <i>Focus Groups</i> .....	69
<b>Capítulo 8 – Apresentação e Análise dos Dados.....</b>	<b>73</b>
8.1 – Introdução .....	73
8.2 – Análise Documental.....	73
8.2.1 – Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nos Serviços de Urgência .....	74
8.2.2 – Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nas Consultas Externas .....	75
8.2.3 – Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nos Internamentos .....	76
8.2.4 – Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação na Cirurgia de Ambulatório .....	78
8.2.5 – Reclamações, Tipologias e propostas de melhorias.....	79
8.3 – Análise das Entrevistas e <i>Focus Groups</i> .....	83

8.3.1 – Avaliação da satisfação nos Hospitais do Distrito de Aveiro.....	84
8.3.2 – Dimensões de qualidade valorizadas pelo cidadão-cliente.....	91
8.3.3 – Mecanismos de envolvimento do cidadão-cliente com os serviços hospitalares para a MCQ .....	94
8.3.4 – Participação do cidadão-cliente no órgão de gestão hospitalar.....	98
8.4 – Principais Resultados da Análise dos Dados.....	100
<b>Capítulo 9 – Conclusão.....</b>	<b>107</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>115</b>
<b>Anexos:</b>	
Anexo 1 – Guião da Entrevista aos gestores hospitalares.....	125
Anexo 2 – Guião da Entrevista para os <i>Focus Groups</i> .....	127

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Características da Administração Pública Tradicional, Nova Gestão Pública e Governação .....	9
Quadro 2 – Indicadores associados das Variáveis Latentes no Modelo de Internamentos .....	37
Quadro 3 – Dimensões da abertura da administração ao cidadão .....	52
Quadro 4 – Hospitais Públicos do Distrito de Aveiro .....	59
Quadro 5 – Caracterização dos Hospitais do SNS do Distrito de Aveiro em 2011 .....	60
Quadro 6 – Resumo dos dados recolhidos .....	68
Quadro 7 – Caracterização do <i>Focus Group</i> 1 (FG1) .....	69
Quadro 8 – Caracterização do <i>Focus Group</i> 2 (FG2) .....	70
Quadro 9 – Caracterização do <i>Focus Group</i> 3 (FG3) .....	70
Quadro 10 – Média do Índice de Satisfação nos Serviços de Urgência .....	75
Quadro 11 – Média do Índice de Satisfação nos Serviços de Consulta Externa .....	76
Quadro 12 – Média do Índice de Satisfação nos Serviços de Internamento .....	77
Quadro 13 – Média do Índice de Satisfação na Cirurgia de Ambulatório .....	79
Quadro 14 – Tipificação de problemas .....	81
Quadro 15 – Causas de reclamações .....	82
Quadro 16 – Melhorias implementadas nos hospitais em função das reclamações .....	83
Quadro 17 – Síntese das questões e áreas temáticas das entrevistas .....	84
Quadro 18 – Gestão da Qualidade nos hospitais públicos do Distrito de Aveiro .....	85

Quadro 19 – Método de avaliação da satisfação utilizado pelos hospitais .....	<b>87</b>
Quadro 20 – Responsável na avaliação da satisfação do cidadão-cliente nos hospitais .....	<b>89</b>
Quadro 21 – Divulgação dos resultados da avaliação de satisfação .....	<b>90</b>
Quadro 22 – Avaliação da qualidade hospitalar pelo cidadão-cliente .....	<b>91</b>
Quadro 23 – Dimensões de qualidade avaliadas pelo cidadão-cliente .....	<b>93</b>
Quadro 24 – Percepção do cidadão-cliente sobre os Mecanismos e Instrumentos de envolvimento para a MCQ .....	<b>95</b>
Quadro 25 – Fatores impeditivos de envolvimento do cidadão-cliente para a MCQ .....	<b>96</b>
Quadro 26 – Percepção do gestor sobre o envolvimento do cidadão-cliente para a MCQ.....	<b>97</b>
Quadro 27 – Percepção sobre a participação do cidadão-cliente no órgão de gestão Hospitalar.....	<b>98</b>

### **Índice de Figuras**

Figura 1 – Componentes chaves da governação clínica.....	<b>12</b>
Figura 2 - Modelo do Processo de Serviço.....	<b>22</b>
Figura 3 - Qualidade Percebida do Serviço.....	<b>23</b>
Figura 4 - Qualidade Total Percebida.....	<b>25</b>
Figura 5 - A tríade do encontro de serviços.....	<b>26</b>
Figura 6 – Estrutura de modelo de satisfação dos Internamentos dos Hospitais em 2009.....	<b>36</b>
Figura 7 – Ciclo de Deming.....	<b>40</b>
Figura 8 - Modelo para a construção do conhecimento para a melhoria.....	<b>41</b>

Figura 9 - Estrutura organizacional de serviços.....	44
--	----

### **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 - Percentagem dos intervenientes dos <i>Focus Groups</i> por Género.....	70
Gráfico 2 - Média de idades dos intervenientes nos <i>Focus Groups</i> por Género.....	71
Gráfico 3 – Distribuição por profissão dos intervenientes nos <i>Focus Groups</i> .....	71
Gráfico 4 - Resultados da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação no Serviço de Urgências, nos anos 2008 e 2009.....	74
Gráfico 5 - Resultados da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nas Consultas Externas, anos 2008 e 2009.....	76
Gráfico 6 – Resultados da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação no Internamento, em 2008 e 2009.....	77
Gráfico 7 – Resultados da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação na Cirurgia de Ambulatório.....	78
Gráfico 8 – Número de Reclamações por Hospital do Distrito de Aveiro no triénio 2008-2010.....	80

## **Siglas e Abreviaturas**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
ARSLVT, IP – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público  
CA – Conselho de Administração  
CAF – *Common Assessment Framework*  
CC – Cidadão-Cliente  
DGAP – Direção Geral da Administração Pública  
DGAEP – Direção Geral da Administração e do Emprego Público  
EFQM – *European Foundation for Quality Management*  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
ERS – Entidade Reguladora da Saúde  
EUROPEP – *European Project on Patient Evaluation of Primary Care*  
F – Feminino  
GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo  
H - Hospital  
Hosp - Hospital  
IAPO - *International Alliance of Patients Organizations*  
IGAS – Inspeção Geral de Atividades em Saúde  
ISO – *International Standardization Organization*  
M – Masculino  
MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade  
NHS – *National Health Service*  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PCA – Presidente do Conselho de Administração  
PNS – Programa Nacional de Saúde  
QI – Questão de Investigação  
SA – Sociedade Anónima  
SPA – Setor Público Administrativo  
SU – Serviço de Urgência  
TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação  
UNL – Universidade Nova de Lisboa  
WebQDA – *Web Qualitative Data Analysis*





## Capítulo 1 - Introdução

A qualidade tem vindo a ser alvo de vários estudos em diversas áreas do conhecimento, no entanto a sua aplicação e os conceitos inerentes continuam a ser motivo de investigação nomeadamente em áreas específicas como é o caso da saúde. Dada a interação entre os serviços prestados e o seu recetor, bem como o ambiente onde se prestam cuidados de saúde, gera-se uma rede complexa de atividades. A interação entre o utilizador dos serviços de saúde e o prestador (desde o profissional de saúde até ao gestor da organização), traduz o pedido da prestação de um serviço, uma resposta e inevitavelmente, a sua avaliação. Quem necessita de um serviço tem uma determinada expectativa e posteriormente vivencia a oferta, o que se traduz na perceção do serviço obtido com consequências na sua avaliação.

Atualmente, os serviços de saúde estão atentos à satisfação dos seus clientes, nomeadamente no caso dos hospitais, que em geral avaliam a satisfação através de questionários e disponibilizam meios para as reclamações, sugestões ou elogios. O processo de comunicação com o cidadão também evoluiu nomeadamente através dos seus *sites* institucionais e ainda através dos gabinetes de utentes, com efeito é da avaliação da satisfação que as organizações de saúde podem obter indicadores para promoverem a melhoria contínua da qualidade suportada pela opinião de quem experiencia os cuidados de saúde: o cidadão-cliente.

Esta investigação centra-se no âmbito da qualidade nos serviços de saúde e na compreensão sobre o envolvimento do cidadão-cliente na melhoria da qualidade dos serviços hospitalares. Mais concretamente, o objetivo deste estudo é analisar como é que o cidadão-cliente dos serviços de saúde é envolvido na sua avaliação, e qual é o seu contributo para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares.

Dado o carácter exploratório deste estudo, optou-se por uma metodologia de natureza qualitativa recorrendo ao estudo de caso, com múltiplas unidades de análise. O estudo centra-se a nível de todas as organizações hospitalares públicas do Distrito de Aveiro. Utilizou-se a entrevista como principal técnica para a recolha dos dados. Numa primeira fase efetuaram-se entrevistas a pessoas com responsabilidades na gestão e na implementação de programas de qualidade dos seus hospitais, e numa segunda fase

auscultou-se o cidadão-cliente dos serviços hospitalares recorrendo à técnica de entrevista a grupos focais (*focus groups*). Procedeu-se também a uma rigorosa análise documental das publicações da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), da Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), sobre a avaliação de satisfação dos utentes, de forma a obter a triangulação de dados.

É utilizada neste estudo a terminologia “cidadão-cliente”, porque consideramos relevante o termo “cidadão” como foco subjacente ao paradigma de Governação Pública. Moreira e Alves (2010) distinguem a evolução da Administração Pública, em que de uma Administração Pública tradicional, burocrática que se centra na legislação, evoluiu-se para a Nova Gestão Pública, com reflexos sobre a qualidade dos serviços. Atualmente, temos uma Administração Pública orientada para o cidadão, para a Gestão do Valor Público: a Governação. Por outro lado, o termo “cliente”, associa-se à Nova Gestão Pública, indissociável à avaliação da satisfação dos serviços, neste caso particular dos serviços de saúde. No entanto, importa referir que o termo “cidadão-cliente” é também utilizado pela Estrutura Comum de Avaliação (CAF, *Common Assessment Framework*), ferramenta desenvolvida a nível da União Europeia com o objetivo de ajudar as organizações públicas a compreenderem e a utilizarem técnicas de gestão de qualidade, de forma a melhorarem o seu desempenho (DGAP, 2002). Como nos refere Rocha (2009, p. 114) “o cidadão-cliente é o centro das preocupações do serviço público, consistindo a qualidade em satisfazer as necessidades explícitas do cliente”. O cidadão é pois o indivíduo com direitos e deveres e que pode assumir uma participação ativa no âmbito dos serviços, neste caso na área da saúde, e simultaneamente cliente, porque avalia esses mesmos serviços em função das necessidades de procura. Todavia, Rodrigues (2011, p. 168) diferencia os diferentes estatutos dos destinatários dos serviços públicos, e neste sentido a terminologia cidadão-cliente é aquele que “quando há uma transação paga, mas tem acesso a várias opções de escolha de qualquer serviço público ou privado”. Ora este conceito ainda não está alicerçado em Portugal mas é justamente motivo de análise na atualidade das políticas de saúde.

Este estudo tem também subjacente o conceito de Governação Clínica, cuja origem se centra no “*Clinical Governance*”, já implementado no Sistema Nacional de Saúde Inglês, e também referido na proposta do Programa Nacional de Saúde 2011-2016. Este conceito salienta como prioritário a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e a

centralidade no cidadão, o que nos leva a ponderar nos processos e instrumentos disponíveis ao cidadão-cliente, para contribuírem na melhoria da qualidade a nível hospitalar.

Esta dissertação está dividida em duas partes. A primeira parte centra-se na revisão da literatura. Assim no Capítulo 2 faz-se a contextualização deste estudo, situando-se na atualidade dos conceitos de Governação, Governação em Saúde e Governação Clínica. No terceiro capítulo, aborda-se o conceito de qualidade e a sua evolução, a qualidade nos serviços, incidindo nos modelos de avaliação de satisfação e nas ferramentas para a melhoria contínua da qualidade. No quarto capítulo, é efetuada uma abordagem mais específica da qualidade, na área da saúde, em que se pretende focar a avaliação da satisfação como um indicador de qualidade para as organizações de saúde hospitalares e o processo de melhoria contínua de qualidade. O quinto capítulo aborda alguns mecanismos que permitem o envolvimento do cidadão-cliente, com as organizações, nomeadamente hospitalares, e as várias tipologias.

A segunda parte deste estudo, centra-se na investigação empírica. No Capítulo 6 apresenta-se o caso de estudo. O Capítulo 7 apresenta o objetivo do estudo bem como as duas principais questões de investigação e as questões secundárias orientadoras do estudo. Este capítulo também evidencia e fundamenta as opções metodológicas da investigação e a caracterização dos intervenientes. O Capítulo 8, apresenta os dados obtidos da análise documental e dos resultados das entrevistas aos gestores dos hospitais e aos *focus groups*. Neste capítulo à medida que se expõem os dados, faz-se também a sua análise. Finalmente no Capítulo 9, apresentam-se as conclusões deste trabalho, bem como as suas limitações, deixando algumas sugestões para futuros trabalhos de investigação.



**PARTE I**  
**Revisão da Literatura**



## **Capítulo 2 – Do Paradigma de Governação à Governação Clínica**

### **2.1 – Introdução**

Este capítulo tem como objetivo situar o atual contexto da Administração Pública e a sua evolução para um novo paradigma, o da Governação. A Governação tem como principal foco o cidadão: na escolha, tomada de decisão, autonomia, responsabilização e transparência na sociedade civil, o que é explicitado na Secção 2.2. Na secção seguinte (Secção 2.3), são abordados os conceitos de Governação em Saúde e de Governação Clínica, a fim de situar os serviços de saúde neste contexto. O capítulo encerra-se com a Secção 2.4, onde é apresentada uma breve síntese dos conteúdos abordados.

### **2.2 – A Governação como o novo paradigma da Administração Pública**

O termo Governação tem origem na palavra inglesa “*Governance*” que em Portugal está associado a “governo da sociedade” (Campos *et al.*, 2009). O conceito tem origem nas mudanças dos paradigmas da Administração Pública que se têm vindo a verificar, em que de uma administração pública burocrática centralizada no modelo weberiano, modelo rígido desenvolvido na década de 1930, assente na lógica da aplicação da lei, se passou para a Nova Gestão Pública, tendo subjacente modelos de gestão empresarial aplicados à Administração Pública. Atualmente, dado o contexto nacional e internacional, surge a necessidade de fomentar o valor público e a autonomia do cidadão, surgindo a Gestão do Valor Público como novo desafio do século XXI. Esta nova visão relaciona-se com a necessidade da administração pública ser mais responsável no controlo financeiro, e centrar-se mais nas necessidades do cidadão, permitir maior transparência e flexibilidade de escolha (Moreira & Alves, 2008).

O termo “Governação” tem vindo pois a ser utilizado por investigadores da ciência política e de economistas, desde a década de 90 do século passado, em que se pretende dar ênfase a uma gestão pública mais eficiente, efetiva e com maior controlo financeiro (Campos *et al.*, 2009). É inerente às mudanças observadas na Reforma da Administração

Pública, não exclui a transição do paradigma da Administração Pública para o paradigma da Nova Gestão Pública, mas conduz a uma nova reflexão e atitudes, nomeadamente dos gestores públicos que como nos referem Moreira e Alves (2008, p. 105): “Para que a Administração Pública promova (em vez de entrar) o desenvolvimento, os gestores públicos terão cada vez mais não só de promover a eficiência dos seus serviços mas também criar condições para que os cidadãos possam exercer reais capacidades de escolha, com reflexos positivos na qualidade e adequação dos serviços e na autonomia das pessoas”.

Do conceito de cliente inerente à Nova Gestão Pública, evoluiu-se para o conceito de cidadão-cliente dada a focalização nas questões da sociedade próprias do novo paradigma, Governança. O ênfase no conceito de cidadão aumenta à medida que se evidencia cada vez mais o direito de participação e de tomada de decisão nas políticas públicas. Estamos perante um novo modelo de gestão pública, segundo Moreira e Alves (2010, p. 35) “os novos modelos tenderão a ser orientados por uma de missão do serviço público menos centrada no Estado e mais na Sociedade Civil”. O conceito de Governança vem alertar para o facto de se fazer mais com menos desperdício, em que a sociedade civil passa a ser protagonista no seio da Administração Pública. Estes mesmos autores referem-se a: “um olhar diferente para a gestão pública que implica: assumir os riscos positivos que a inovação oferece; rentabilizar de forma mais consistente o uso das TIC, sobretudo na área de eGovernment; partilhar mais; mudar os comportamentos e a velha cultura autoritária; apoiar a liderança; medir o impacto social e o valor público da atuação dos serviços, são alguns meios para atingir esse fim” (ibidem, p. 37).

Dogson *et al.* (2002) citado no relatório do OPSS (2006, p. 9) definem governança “como o conjunto de ações e de meios adotados por uma sociedade para promover a ação coletiva e para lançar soluções também coletivas na procura de objetivos comuns”.

O Quadro 1 apresenta as mudanças que se têm verificado na Administração Pública e a sua evolução até à abordagem atual, em se pretende uma gestão pública mais integradora em termos das várias disciplinas do conhecimento, mais humanização dos serviços, com capacidade de gerir conflitos entre a autonomia dos cidadãos e a melhoria da qualidade dos serviços (Moreira & Alves, 2010). A Gestão do Valor Público dá ênfase ao que é específico de cada organização, não tanto em relação à sua capacidade de sobrevivência face ao lucro, mas essencialmente pela sua missão (Stocker, *in* Moreira,



Alves & Jalali, 2008). A Administração Pública Tradicional caracteriza-se pela orientação para a legislação, assenta em mecanismos jurídico-legais e os gestores têm como objetivo principal o cumprimento de regras e procedimentos em conformidade com a lei. Deste modelo evoluiu-se para a orientação sobre o serviço, em que os gestores definem estratégias competitivas para concretizar objetivos que são alvo de avaliação. A Governação Pública centra-se no cidadão, e tem como objetivo principal a qualidade de vida e a autonomia dos cidadãos, e dá ênfase à alternativa de serviços e poder de escolha.

**Quadro 1 - Características da Administração Pública Tradicional, Nova Gestão Pública e Governação**

	<b>Administração Pública Tradicional</b>	<b>Nova Gestão Pública</b>	<b>Governação-Gestão do Valor Público</b>
<b>Chave Pública</b>	A legislação	O serviço	O cidadão
<b>Objetivo Gestores</b>	Conformidade legal assegurada por cumprimentos de regras e procedimentos	Definição de meios competitivos para cumprir objetivos que implicarão avaliação	Qualidade de vida, autonomia dos cidadãos, diversidade organizacional e escolha entre alternativas
<b>Perspetiva</b>	Estado	Setor público	Sociedade civil
<b>Mecanismo de control</b>	Hierárquico	Mercado	Parcerias e redes cívicas
<b>Lógica</b>	Jurídico-legal(1)	Económica (2) com base em incentivos e resultados	Cívica, reconhece os limites de 1 e 2, incentivando várias formas de participação ativa
<b>ETHOS Público</b>	Monopólio (M) do setor public	M leva a ineficiência? Ênfase no serviço ao cliente/consumidor	Valores partilhados e alinhamento entre pluralismo e copetição

Fonte: Moreira & Alves (2010, p. 47)

Este quadro permite obter uma visão dos conceitos de Administração Pública Tradicional, Nova Gestão Pública e Governação e evidencia as principais diferenças que se têm vindo a assistir na Administração Pública. Salienta-se pois a evolução da centralidade dada à legislação e ao seu cumprimento na Administração Pública Tradicional, passando depois para o modelo da Nova Gestão Pública cujo foco se situa no mercado, no cliente e em resultados. Atualmente o foco central da Administração Pública é o cidadão, neste sentido podemos considerar a Governação como um novo paradigma, em que se salienta o papel da sociedade civil. O cidadão desempenha um papel primordial na exigência de

transparência, da prestação de contas e da sua participação nas decisões de políticas públicas. Apesar de podermos considerar estes aspetos sob ponto de vista da evolução da Administração Pública, não é de excluir mesmo assim a coexistência de algumas características destes modelos na atualidade.

### **2.3 - Governação em Saúde e Governação Clínica**

A Governação em Saúde centra-se na interação entre o governo e as organizações, bem como na forma como se relacionam com os cidadãos. Os padrões de Governação foram introduzidos no Serviço Nacional de Saúde inglês em 1994, e assentam em certos princípios como nos refere Campos *et al* (2009, p. 23): “princípios da responsabilidade (sujeição ao escrutínio parlamentar, julgamento público e códigos de conduta), probidade (padrões de honestidade e integridade na relação com os doentes, pessoal e fornecedores e no uso da informação adquirida), e transparência (em relação às atividades do NHS, para promover a confiança no pessoal, doentes e público), incidindo sobre os aspetos não clínicos da prestação de cuidados”. Ainda segundo o mesmo autor este conceito assume relevância sempre que haja um défice na participação dos cidadãos para a responsabilização do desempenho das organizações e do estado.

A Governação em Saúde, ainda segundo o relatório da OPSS (2006, p. 14), “diz respeito às ações e aos meios adotados por uma sociedade para se organizar com vista à promoção e à proteção da saúde da sua população”. Governação em Saúde, significa definir a visão de um sistema de saúde, qual o seu rumo, bem como a regulação e contratualização dos serviços de saúde. No entanto, interessa-nos focar a governação num âmbito mais restrito, neste caso a nível hospitalar em que o conceito “Governação Clínica” assume particular relevância, uma vez que pretendemos realçar a importância dada à prática clínica, e à qualidade dos serviços prestados. Esta, é motivo de avaliação da satisfação do utilizador dos serviços de saúde, neste caso particular, o utilizador dos serviços hospitalares, o cidadão-cliente.

O relatório OPSS (2006, p. 16), refere-se à Governação Clínica, como um “sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica,

auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos atos da sua prática clínica”. Este conceito teve origem no sistema nacional de saúde inglês (NHS), em 1997, com o objetivo estratégico de modernizar o sistema de saúde, e a aproximação à melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. A Governança Clínica (*Clinical Governance*), surge após se terem verificado problemas graves nos serviços de saúde em Inglaterra publicitados na década de 1990, que deram origem ao Inquérito de Bristol que decorreu entre 1998 e 2001. Este inquérito revelou a morte desnecessária de 30 crianças com menos de um ano, submetidas a cirurgia cardíaca num hospital de Bristol, ao longo de 10 anos, tendo-se então questionado a capacidade de monitorização e a garantia da qualidade e segurança dos cuidados (Campos, *et al.*, 2009).

Em Portugal, a Governança Clínica está em franco desenvolvimento, sendo exemplo deste facto a preocupação da definição de boas práticas, da aplicação de programas de melhoria contínua e o foco na segurança dos doentes. O Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, (Ministério da Saúde, 2010, p. 16), refere-se à Governança Clínica como: “políticas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde constituem hoje um imperativo nacional, que implica necessariamente uma alteração na forma como os hospitais têm vindo a ser estruturados, no sentido de encontrar soluções para identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade e a satisfação dos cidadãos utilizadores e dos profissionais de saúde”. A Governança Clínica insere-se pois no contexto de governação dos hospitais, e por sua vez de uma forma mais global na governação do sistema de saúde, cujas decisões sobre estruturas e processo têm como alvo o doente, a sua segurança e a melhoria da qualidade, não perdendo de vista o combate ao desperdício e à sustentabilidade do sistema (Campos *et al.*, 2009).

A melhoria contínua da qualidade centra-se, pois, nos processos, estrutura e resultados, cuja centralidade no doente se reflete na segurança e qualidade dos serviços prestados. Ainda segundo Sakellarides (*in* Campos *et al.*, 2009, p. 108), “A Governança Clínica é por excelência um processo de integração de capacidades e competências visando obter melhores resultados para os doentes”. Os resultados obtidos para a melhoria da qualidade e satisfação do cidadão-cliente advêm do esforço das organizações na integração das múltiplas variáveis e dimensões de qualidade intervenientes na prestação de serviços

de saúde. Como aspetos essenciais da Governação Clínica, Campos *et al.* (2009) referem várias dimensões como a segurança do doente com a implementação da gestão do risco clínico, a melhoria e a manutenção da qualidade, a responsabilização profissional e também da organização com forte liderança, bem como uma cultura aberta, de participação de partilha de boas práticas, como é explicitado na Figura 1:

**Figura 1 – Componentes chaves da Governação Clínica**



Fonte: Campos *et al.*, (2009, p. 27)

Em saúde, a qualidade assume particular relevância essencialmente nos procedimentos dado que envolve “a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe” e engloba dimensões como a segurança, eficiência, efetividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e respeito (ARSLVT, I.P., 2009, p. 3). Estamos perante uma cultura na área da saúde que se impõe, e que conduz a um maior envolvimento do cidadão como cliente dos serviços de saúde.

O documento “A Organização Interna e a Governação dos Hospitais”, emitido pelo Ministério da Saúde em Junho de 2010, bem como a proposta dos objetivos do Programa Nacional da Saúde para 2011-2016, também na continuidade do anterior plano 2004-2010, preconiza a participação do cidadão no sector da saúde. Salienta a importância desta questão, dando voz à cidadania através das organizações da sociedade civil e ao próprio cidadão, de forma a que se fomente e estimule a participação e a tomada de decisão, mas também na necessidade de melhoria de humanização dos serviços de saúde.

A Governação em Saúde e Governação Clínica têm vindo a ser abordadas pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (OPSS)<sup>1</sup>, relativamente às implicações na relação entre o utente dos serviços de saúde e o sistema de saúde em Portugal (OPSS, 2001). A necessidade de maior participação e de maior envolvimento do cidadão através de mais informação e participação na formulação de políticas públicas é também salientada conforme orientações da OCDE (2001), no documento “*Citizen as partners: information, consultation and public participation in policy-making*”. Este manual orienta para a adoção de estratégias de forma a que os governos estreitem relações com os cidadãos e aponta para mecanismos facilitadores na sua implementação, nomeadamente ao referir a necessidade de interação, informação e de participação ativa, numa relação bidirecional.

No entanto, a nível dos hospitais a Governação em Saúde, ainda não evidencia uma cultura de avaliação da qualidade e segurança dos cuidados que se prestam, embora Portugal seja reconhecido a nível internacional pela melhoria dos seus indicadores de saúde (Campos, *et al.*, 2009). Verifica-se ainda alguma insatisfação dos utilizadores do SNS, nomeadamente em relação ao tempo de espera por consultas, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados de saúde primários segundo o estudo de Cabral e Silva (2009), que compara resultados obtidos entre 2001 e 2008, em que são analisadas variáveis cujos resultados são evidenciados por região em Portugal. Salienta-se no entanto neste estudo que há um aumento da satisfação em relação à qualidade do funcionamento dos serviços públicos de saúde entre 2001 e 2008. O relatório *Euro Health Consumer Index* (2009) refere também Portugal como estando situado a nível intermédio na avaliação através do Índice Europeu de Consumidores dos Serviços de Saúde, sendo um dos melhores na introdução de ferramentas eletrónicas, na área de transplantes, na diminuição da mortalidade infantil e na informação clínica (este índice de avaliação é composto por 38 indicadores). Num total de 33 países europeus, Portugal ficou classificado em 21º. Os aspetos menos bons foram o desempenho no acesso, isto é na facilidade em obter serviços de saúde no momento da procura e tempos de espera para os obter.

A Governação Clínica, cujo foco se centra na melhoria contínua da qualidade na saúde e na necessidade de uma maior envolvimento do cidadão, defende um novo modelo de gestão hospitalar em que “a centralidade do doente, que deveria constituir o pivot da

---

<sup>1</sup> O Observatório Português dos Sistemas de Saúde, analisa objetivamente a governação, a administração, os seus efeitos no sistema de saúde português e pronuncia-se sobre estas temáticas. e elabora relatórios periódicos, que são de acesso público.

reorganização, não foi suficientemente valorizada, impedindo a evolução para novos modelos organizacionais em si mesmos capazes de gerar novas dinâmicas de gestão” (Ministério da Saúde, 2010, p. 2). Neste sentido, e tendo também em consideração a proposta do Plano Nacional de Saúde para 2011-2016, Campos, Carneiro e Saturno (2010), referem no poster apresentado no 3º Fórum Nacional de Saúde, no âmbito da qualidade em saúde, que: “A qualidade deve ser pensada no âmbito da Governança do Sistema de Saúde, entendido por nós como o enquadramento que garante, aos vários níveis do Sistema de Saúde, que as decisões sobre estruturas e processos, têm como principal objetivo garantir cuidados de saúde de qualidade aos doentes e neles centrados, de acordo com o estado da arte, que sejam acessíveis, seguros, efetivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema”.

O conceito de Governança vem justamente dar ênfase a nível dos cuidados de saúde, na necessidade de maior envolvimento do cidadão utilizador dos serviços de saúde hospitalares, em termos de cidadania, de contribuição, participação, e de decisão, dando voz nas organizações de saúde, para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, e respetivos cuidados. O envolvimento do cidadão-cliente dos serviços de saúde pode ser referenciado como dando valor e importância na sua participação e tomada de decisão no âmbito de questões da saúde que lhe digam respeito. A questão do envolvimento do cidadão-cliente dos serviços de saúde, está diretamente relacionado com o modelo de centralidade do doente, isto é passou-se a valorizar o doente em si, a sua opinião, e a sua voz nas decisões a tomar sobre os tratamentos da sua doença, nomeadamente através das narrativas acerca das suas experiências anteriores e como voz ativa para melhorar a resposta aos cuidados que lhe são prestados, contribuindo para o processo de melhoria contínua da qualidade nas organizações de saúde nomeadamente a nível hospitalar, do qual a organização só tem a beneficiar aceitando o doente como parceiro.

## **2.4 – Síntese**

Este capítulo teve como objetivo situar o presente trabalho no atual contexto da Administração Pública como ponto de partida e efetuar a interligação aos conceitos de

Governança, Governança em Saúde e Governança Clínica. O cidadão é o foco da Governança e por inerência também na área da saúde. Não é possível abordarmos a qualidade dos serviços de saúde e como o cidadão-cliente se envolve sem compreender os conceitos de Governança em Saúde e Governança Clínica. O cidadão constitui o foco na centralidade dos cuidados e nos processos de melhoria contínua com o objetivo de obter resultados favoráveis ao doente, nomeadamente na segurança, gestão do risco e qualidade dos cuidados prestados. É justamente porque a Governança Clínica situa o doente no centro, que é pressuposto dar-lhe a possibilidade em participar, intervir com a sua opinião, e a sua voz na melhoria da qualidade dos serviços hospitalares. Uma vez que a Governança Clínica tem como objetivo a qualidade dos serviços de saúde, pretende-se no próximo capítulo abordar o conceito de qualidade e algumas das suas perspetivas.





## **Capítulo 3 – Qualidade dos Serviços: o conceito e a sua evolução**

### **3.1 – Introdução**

Este capítulo tem como objetivo analisar o conceito de qualidade e a sua avaliação. Apresenta-se na primeira Secção 3.2 o conceito e a sua evolução ao longo do tempo e do ponto de vista de varios autores. Na Secção 3.3, apresenta-se o conceito de qualidade nos “serviços” uma vez que se torna essencial diferenciar a qualidade de serviços da qualidade de produtos. A Secção 3.4 refere-se aos principais Modelos de Avaliação de Satisfação e aos seus autores. Na Secção 3.5 apresenta-se algumas ferramentas de gestão utilizadas nas organizações para a Melhoria da Qualidade. Termina-se este capítulo na Secção 3.6 com uma síntese dos principais aspetos abordados.

### **3.2 – A Evolução do Conceito de Qualidade**

O conceito de qualidade não é um conceito objetivo e consensual, e também não é novo. Tem sido alvo de vários estudos, e o seu conceito ou definição varia segundo os autores que têm vindo a debruçar-se e a investigar esta área, em função do processo, do produto, e do tipo de organização, em apreciação. Pode ser considerado um valor num dado contexto social ou mesmo organizacional, e integra sobretudo em termos de resultado de conceção de um produto ou serviço, a procura da perfeição, de resultados satisfatórios para quem procura o produto ou serviços. Ao abordar este conceito, pretendemos compreender a sua definição e evolução histórica.

A primeira fase centrou-se na inspeção do produto, nos anos 30 do século passado, a principal preocupação residia na avaliação final do produto e das suas características. Posteriormente passa-se para o controlo de padrões e a monitorização do processo de produção, nos anos 30 a 50, da avaliação final sobre o produto, a preocupação centra-se agora na cadeia da sua criação. Surge, nos anos 50 a 80, a fase da garantia da qualidade, com o controlo total desde o planeamento à conceção do produto, tendo em consideração a satisfação do cliente. A partir da década de 80, até à atualidade, o conceito de qualidade

evolui para a de Gestão da Qualidade Total (Lopes & Capricho, 2007). Assim hoje a qualidade centra-se numa perspetiva mais abrangente, já não se restringe ao produto e à sua criação, mas implica a satisfação dos clientes na sua aquisição. A Gestão da Qualidade Total é uma integrante estratégica das organizações, cuja cultura se centra na melhoria contínua da qualidade que envolve todos os intervenientes, colaboradores das organizações.

Salientam-se alguns autores cujos contributos ao longo da história constituem ainda hoje referências significativas para o desenvolvimento e a aplicação do conceito de qualidade, e da sua gestão nas organizações. Crosby (1979) defende a meta dos zeros defeitos e define qualidade como estando em conformidade aos requisitos. Refere que fica sempre mais barato fazer bem à primeira vez e que a medição do desempenho é apenas o custo da qualidade, o padrão de desempenho é o defeito zero. Definiu uma cultura de prevenção do defeito como garantia de qualidade.

A qualidade para Feigenbaum, corresponde ao que o cliente determina, na sua experiência com o produto ou serviço, é também uma forma de gestão da organização, com a participação de todos e orientada para o cliente. A qualidade permite evitar erros no processo de produção e evitar correções à posterior, permite o caminho para a produtividade e melhoria contínua. Este autor aborda o controlo total da qualidade como uma ferramenta não só técnica mas como sendo um método de gestão e tornando-a uma prática na organização, tem pois uma visão sistémica das organizações (António & Teixeira, 2007).

Deming (1992), faz uma abordagem no âmbito estatístico, mede a qualidade e confronta o desempenho com as especificações. Segundo este autor passou a haver a necessidade de mudança nos sistemas e nos processos de gestão, para obter qualidade, uma vez que os processos se concentravam na gestão, era necessário focar a atenção para o atendimento das necessidades do cliente e na melhoria contínua, sobretudo no âmbito da competitividade entre organizações. O consumidor é a parte mais importante da linha de produção, e refere que se deve procurar as reações deste e assim melhorar o produto, o que se traduz no processo de comunicação entre quem produz e o consumidor.

Juran (1990) é conhecido pela “trilogia”: a qualidade traduz-se pelo planeamento, controlo e melhoria. A qualidade é a aptidão ao uso, centra-se nas necessidades dos clientes, quer internos, quer externos, bem como na melhoria dos processos e produtos.

Para este autor a qualidade, está diretamente relacionada não só com o planeamento mas com o planeamento estratégico da própria organização, em que o desempenho do produto está ligado e condiciona a satisfação. As deficiências dos produtos conduzem a reclamações e exigências, que constituem prejuízos para as organizações.

Ishikawa, salienta a relevância do controlo de qualidade em toda a organização, e que se torna necessário definir objetivamente as características padrão de qualidade, de forma a que seja compreendido por todos os consumidores (Lopes & Capricho, 2007).

De referir ainda a introdução do conceito de competitividade do produto relacionada com a qualidade, isto é, o que torna um determinado produto competitivo. Garvin (1987) define oito dimensões por considerar que se a qualidade deve ser gerida, primeiro deve ser compreendida de um ponto de vista mais pormenorizado, conduzindo as empresas a uma gestão direcionada para a competitividade, garantindo o lucro e reduzindo os prejuízos. Segundo este autor estas dimensões constituem uma ferramenta de análise estratégica porque o cliente assume o aspeto central da organização: o “desempenho” refere-se às características básicas e operacionais de um produto, combina elementos com base no produto mas também do utilizador; as “características”, esta dimensão refere-se às características secundárias que suportam e complementam a oferta do produto; a “fiabilidade”, é a dimensão que remete para a probabilidade do mau funcionamento do produto, num determinado tempo, e a possibilidade de ter defeitos; a “conformidade”, corresponde ao grau ou às características dos produtos em função dos padrões pré-estabelecidos, aproxima-se à abordagem de Juran, em que é relevante a adequação do produto às suas especificações; a “durabilidade”, isto é a vida útil de um produto, por terem implicações económicas e técnicas; o “serviço” prestado, o atendimento, dado que os consumidores percebem a rapidez, a cortesia e a facilidade sobre a reparação do produto; a “estética”, que se refere à aparência do produto, apela ao aspeto sensorial do produto; a “qualidade percebida”, aponta para a perceção subjetiva da qualidade associada à marca do produto.

No que se refere à “Gestão da Qualidade Total”, que surge na década de 80 até aos nossos dias, evidencia-se a evolução das várias perspetivas e contributos dos vários autores sobre esta temática. Deming, Juran, e Ishikawa, debruçaram-se sobre a necessidade de ir ao encontro das expectativas do consumidor como sendo o fim último das organizações (Lopes & Capricho, 2007). Ou seja, a Qualidade Total não existe sem a implementação do

seu controlo. O conceito de Gestão de Qualidade Total, integra os vários atores das organizações traduz a diminuição das várias estruturas hierárquicas, e tem reflexos a nível da tomada de decisão, em que anteriormente se destacava a figura da gestão de topo como único decisor e com este modelo, passa-se a verificar um envolvimento dos funcionários na tomada de decisão. Carr e Littman (1990) citado por Rocha (2006, p. 19), referem-se a esta nova visão da qualidade, tendo em consideração as seguintes características: “Insistência nos consumidores”, “não tolerância de erros”, “prevenção de problemas”, “decisões com base em factos”, “planeamento estratégico”, “trabalho em grupo”, “estrutura descentralizada e horizontal”, “melhoria contínua”.

Verifica-se pois, que uma das principais mudanças consiste na forma de pensar do gestor de topo, que deve conduzir a uma gestão mais participativa, e por outro lado, à particular atenção na diminuição de custos, pelo facto de deixar de existir a tolerância ao erro. Enquanto que na perspectiva da qualidade tradicional era aceitável o facto dos erros serem reduzidos com o tempo, aumentando no entanto os custos também devido às atividades de inspeção e de controlo do processo. Na qualidade total, investe-se na prevenção do erro, no planeamento e na melhoria, com o objetivo de obter defeito zero. De um modelo tradicional em que imperava a ideia da qualidade associada a custos, com Deming inicia-se uma nova abordagem, em que se tem em conta as necessidades e expectativas dos consumidores como ponto de partida para a melhoria da qualidade. As organizações devem promover um contínuo processo de melhoria dos seus produtos ou serviços. A qualidade está associada essencialmente a duas componentes: a satisfação das necessidades e expectativas dos consumidores, e ser oferecida a um preço a que este esteja disposto a pagar (Pires, 2007).

### **3.3 – Qualidade nos Serviços**

Ao falarmos sobre qualidade, levanta-se a questão da necessidade de diferenciar serviços relativamente aos produtos tendo em consideração que o presente trabalho vai incidir no âmbito de serviços de saúde, nomeadamente no contexto hospitalar, em que o envolvimento do cidadão-cliente na avaliação dos serviços prestados constitui um indicador de qualidade. Segundo Pinto (2003, p. 31), o conceito de serviço corresponde “à

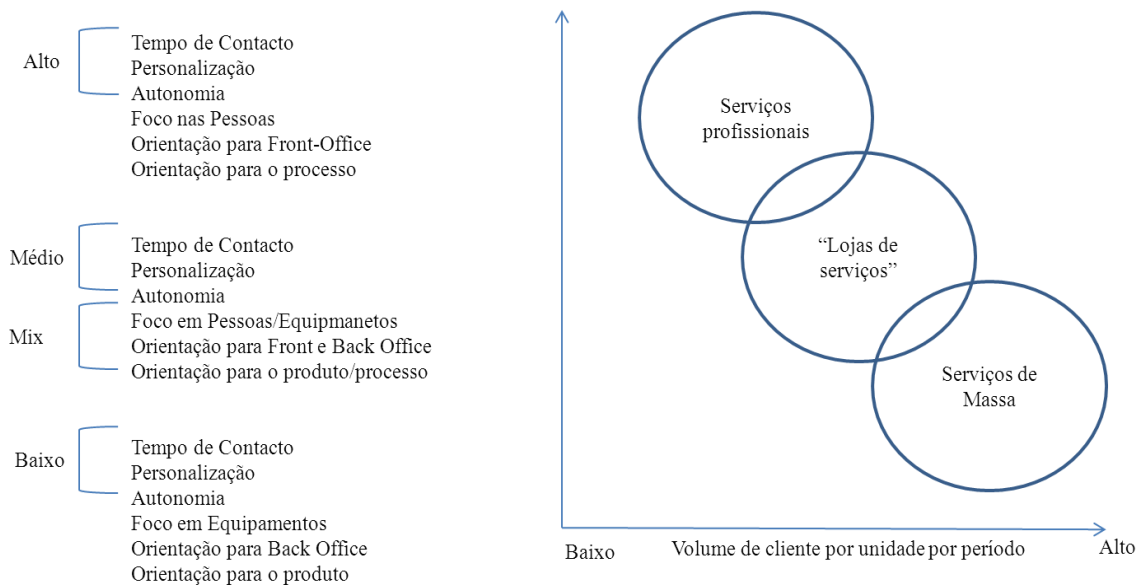
definição da oferta do serviço que a organização produz e que é relevante para o cliente”. Uma das características associadas ao conceito de “serviço”, é o facto do seu consumo ser simultâneo ao da sua produção, em que uma das principais implicações se revela pela espera do cliente, como nas filas de espera por exemplo. A sua procura é variável, o que também implica um desafio na gestão dos mesmos, bem como na avaliação e intervenção para a melhoria da qualidade. A presença do cliente é vista como um elemento participante no processo do serviço, portanto a visão de que este é uma peça fundamental como parte ativa, o que implica e afeta o desempenho do sistema dos serviços (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000).

Sob o ponto de vista da gestão dos serviços, vários autores apresentam tipologias diversas, em função da diferenciação entre serviços e das suas particularidades, desde a importância dada às pessoas, ao grau de oferta, ao grau de intangibilidade, à amplitude de decisão do pessoal de contacto, à focalização no produto ou processo e ao número de clientes servidos (Pinto, 2003). Efetivamente, os serviços não são comparáveis aos produtos ou objetos, uma vez que a relação que se estabelece entre fornecedor e cliente é diferente. Desde logo, uma das principais características centra-se na intangibilidade dos serviços porque se associa a um desempenho e não a um objeto propriamente dito. A produção de um serviço é simultânea ao seu consumo, e implica uma interação entre o cliente e quem presta o serviço, verificando-se a participação e integração do consumidor no processo.

No presente estudo interessa particularmente ter em consideração o denominado “serviço profissional”, sendo esta uma das categorias que Silvestro (1999) classificou, para além do “*Service Shop*” (lojas de serviços), e dos “Serviços de Grande Consumo”. Os serviços profissionais são aqueles que estão orientados para o processo, cujo tempo de contacto é longo, e que se traduz em que grande parte pelo *front office* (pessoal da linha-de-frente). Neste tipo de serviço, verifica-se uma grande exigência de resposta às necessidades dos clientes. Os *service shop*, encontram-se entre os serviços profissionais e os serviços de grande consumo ou serviços de massa. Os serviços de grande consumo ou serviços de massa são serviços orientados para o produto, predomina o desenvolvimento de trabalho por detrás do produto em si, e o pessoal que está em contacto com o cliente tem pouco poder de decisão. A Figura 2, esquematiza a diferença entre esta classificação de serviços. Este aspeto torna-se fundamental para a compreensão da relação entre o prestador

de serviços e o utilizador. Na área da saúde por exemplo, encontramos o “serviço profissional”, dado o tempo de contato, a personalização dos cuidados e a autonomia na prestação dos serviços.

**Figura 2 - Modelo do Processo de Serviço**



Fonte: Silvestro (1999, p. 401)

Quanto maior for o tempo de contacto, o atendimento personalizado, e a autonomia na prestação dos serviços, teremos serviços classificados como profissionais. Neste a relação é entre cliente e funcionário enquanto que nos serviços de massa, a relação é mais entre cliente e a organização.

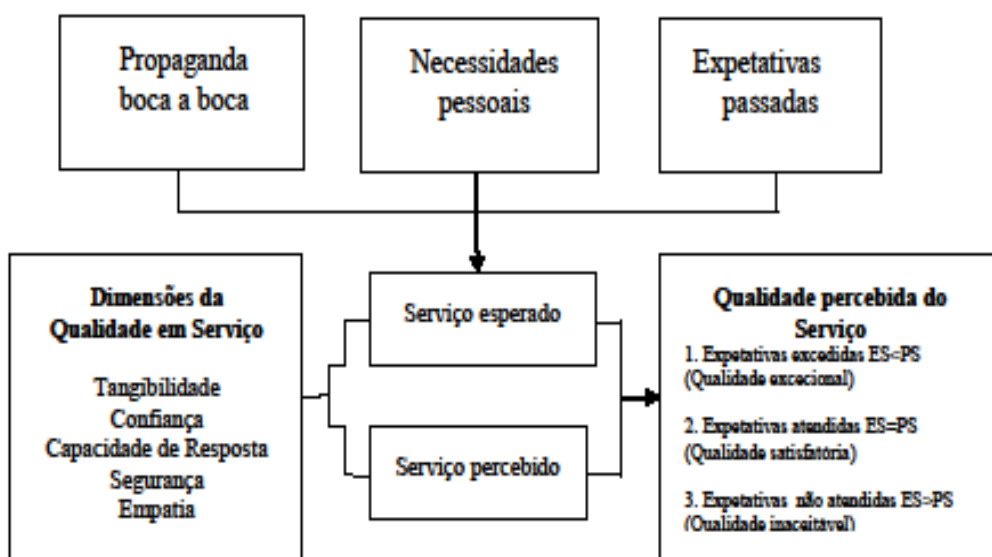
### 3.4 – Modelos de Avaliação de Satisfação

Dada as características dos serviços, a qualidade percebida pelo cliente passa pela avaliação do serviço prestado. A satisfação advém da comparação entre a expectativa e a percepção do desempenho, isto é a satisfação é considerada como função do efeito das

expectativas, que se modifica pela desconfirmação percebida a não confirmação da expectativa (Oliver, 1980).

Salienta-se que no âmbito da avaliação da satisfação do cliente, Parasuraman, Zeitham e Berry (1991) conceberam e foram aperfeiçoando, uma escala de avaliação de serviços, denominada SERVQUAL, que permite através de um questionário identificar as percepções e expectativas dos clientes e identificaram cinco dimensões da qualidade dos serviços: Tangibilidade, Confiança, Capacidade de Resposta, Segurança e Empatia: a “Tangibilidade”, avalia a aparência das instalações, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação; a “Confiança”, corresponde à capacidade de prestar os serviços de forma independente e precisa; a “Capacidade de Resposta”, avalia a disponibilidade para ajudar os clientes e prestar um serviço rápido; a “Garantia”, traduz o conhecimento e cortesia dos trabalhadores e a sua capacidade em transmitir confiança; e “Empatia”, corresponde à atenção individualizada da organização aos seus clientes. Os autores referem-se às expectativas como sendo o serviço esperado pelo cliente, é o que “deveria ser”. É nesta diferença, entre o serviço esperado e o serviço percebido, que se traduz a avaliação da satisfação do utilizador dos serviços, conforme ilustrado na Figura 3. Ao separar o nível do serviço desejado do nível do serviço adequado, encontra-se a zona de tolerância.

**Figura 3 – Qualidade Percebida do Serviço**



Fonte: Adaptado de Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000)

A medição da qualidade percebida pelo cliente é efetuada através da diferença entre a percepção e a expectativa, daqui resulta uma diferença denominada de “*Gap*”. Se esta diferença se situar no zero, significa que as percepções se situam ao mesmo nível das expectativas, a qualidade percebida pelos clientes é satisfatória. Se o “*Gap*” for negativo significa que as expectativas do cliente não estão a ser atendidas. Quanto maior for a amplitude, maior será a diferença sentida pelo cliente entre o que esperava dos serviços e o que efetivamente recebeu (*Accounts Commission for Scotland, 1999*). Os resultados desta avaliação permitem aos gestores das organizações tomarem medidas no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos serviços.

Cronin e Taylor (1992) desenvolveram uma ferramenta de avaliação de desempenho dos serviços, denominado SERVPERF, e que se baseia apenas na percepção do desempenho do serviço. Justificam a qualidade dos serviços como sendo um conceito relacionado mais com a atitude do cliente em relação às dimensões de qualidade e que não devem ser medidas com base no modelo de satisfação que evidencia a diferença entre expectativas e desempenho, mas sim apenas como percepção do desempenho. Estes autores defendem que a qualidade percebida dos serviços antecede a satisfação, e que esta influencia significativamente nas intenções de compra.

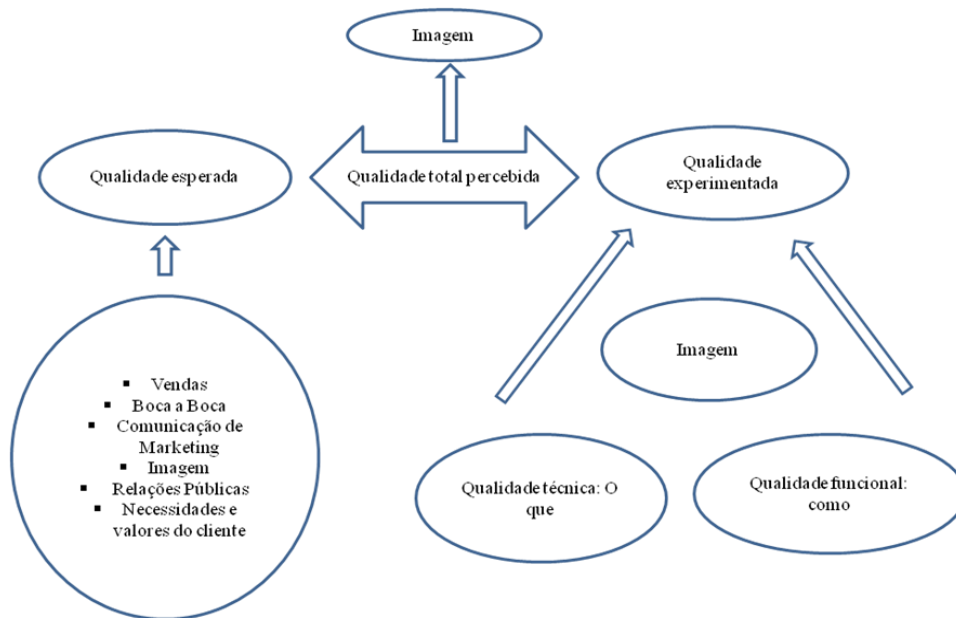
Por sua vez Grönroos (2007), apresenta o Modelo de Qualidade Total Percebida do serviço, em que qualidade percebida, resulta de forma positiva, quando a qualidade experimentada está de acordo com as expectativas dos clientes. Este autor refere que a qualidade total dos serviços tem duas dimensões: a “dimensão técnica”, que está relacionada com o resultado do processo que produz determinado serviço, e a “dimensão funcional”, que está relacionada com o processo de produção do serviço, isto é como é que o cliente vivencia o serviço. A qualidade percebida, conforme mostra a Figura 4, não só está, em função das dimensões técnica e funcional, como do hiato que pode existir em função da qualidade esperada.

Temos pois em consideração os conceitos de qualidade técnica dos produtos e serviços, isto é a qualidade em sentido restrito, e a qualidade percecionada, como conceito mais amplo. A qualidade técnica é possível ser definida em termos de métricas internas, em que é tanto maior quanto maior os produtos ou serviços estejam em conformidade com as especificações previamente definidas ou baseadas em normas internacionais. Neste tipo



de avaliação de qualidade, não é tida em consideração a opinião do cliente, é sim uma avaliação mais interna.

**Figura 4 - Qualidade Total Percebida**

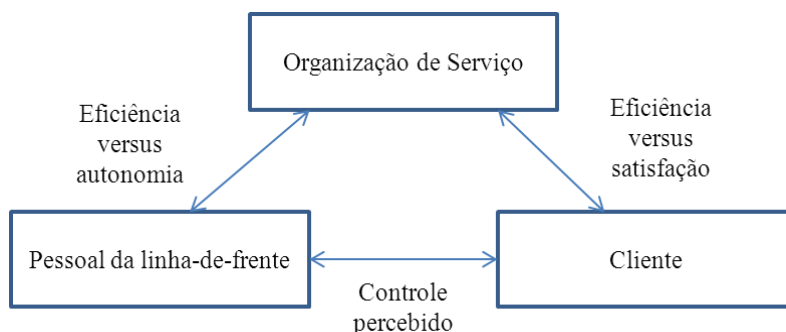


Fonte: Adaptado de Grönroos (200, p. 77)

Em relação à qualidade percebida, ou seja num sentido mais amplo, efetivamente, a avaliação é mais do ponto de vista externo, e baseia-se nas percepções e opiniões dos clientes (Vilares & Coelho, 2005).

Verifica-se que a prestação de serviços tem como protagonistas o cliente e quem lhe fornece o serviço, estando subjacente uma interação, e um momento denominado de “momento de verdade”, em que o cliente avalia o serviço que lhe é prestado. Cada momento de verdade representa uma interação entre os vários intervenientes, cada um com a sua função a desempenhar num ambiente próprio de uma organização. A participação ativa do cliente no processo de produção do serviço, e da relação que resulta entre três intervenientes, como que um triângulo, em que temos o cliente, e os seus interesses, a organização e o pessoal da linha-de-frente. Desta interação pode resultar uma fonte de conflito, porque cada um tem um papel a desempenhar dentro de uma organização. A Figura 5 ilustra a relação entre as várias partes intervenientes no processo de aquisição e fornecimento de serviços (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000, p. 224).

**Figura 5 - A tríade do encontro de serviço**



Fonte: Fitzsimmons & Fitzsimmons, (2000, p. 224)

Da relação entre as partes intervenientes, a cultura organizacional implementada permite que a relação estabelecida entre o pessoal da linha-de-frente e o cliente otimize os resultados da organização em eficiência, satisfação para o cliente e autonomia a quem presta o serviço. O encontro de serviços resulta no exercício do controlo do processo de serviço (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000).

### **3.5 – Ferramentas para a Melhoria da Qualidade**

As organizações passam a ter necessidade de avaliar o seu desempenho e a satisfação dos seus clientes, daí implementarem ferramentas de gestão da qualidade, podemos pois considerar algumas das principais implementadas nos serviços de forma a garantir e a avaliar a satisfação do cliente.

As normas ISO (*International Standardization Organization*), que expressam um consenso internacional sobre as boas práticas de gestão, criadas no sentido de traduzir um conjunto de exigências normativas que em termos práticos permitem garantir a qualidade dos produtos ou serviços, (Carapeto & Fonseca, 2006; Rocha, 2006; Pinto & Soares, 2009). Temos três normas da família ISO 9000: a ISO 9000, descreve os fundamentos e a terminologia dos sistemas de gestão de qualidade; a ISO 9001, estabelece os requisitos de um sistema de gestão da qualidade e é utilizada para a certificação; a ISO 9004, fornece os aspetos orientadores para a implementação e melhoria contínua do sistema de gestão de qualidade, (Carapeto & Fonseca, 2006; Pires, 2007). Esta última evoluiu no sentido

empreendido por empresas e instituições que definiram objetivos para atingirem a qualidade de forma sustentável. A perspectiva do desenvolvimento sustentável por parte das organizações só poderá ser obtido se existir uma cultura de qualidade que de uma forma sustentável se apoie em tecnologias de processos e produtos, amigas do ambiente, bem como a capacidade de uma aprendizagem constante de novos padrões de qualidade que satisfaçam o cliente (Lopes & Capricho, 2007). Em consonância com esta evolução foi publicada a ISO 9004:2009 denominada de “Gestão do Sucesso Sustentável – Uma abordagem da Gestão da Qualidade”<sup>2</sup>, que fornece orientações para as organizações obterem o sucesso sustentável num ambiente exigente em constante mudança e incertezas.

Encontramos também os modelos de excelência, os quais estão associados a prémios que se baseiam em critérios de avaliação das organizações e permite o *benchmarking*, isto é a comparação entre organizações, e o seu desempenho. Salienta-se o Modelo Europeu de Excelência, da responsabilidade do EFQM (*European Foundation for Quality Management*), que incita à competitividade das empresas na Europa face às empresas Asiáticas e Americanas (Rocha, 2006). O exemplo do instrumento desenvolvido a nível europeu, aplicado aos organismos públicos é a Estrutura Comum de Avaliação (*Common Assessment Framework - CAF*), que nasce na União Europeia em 1998 dada a cooperação entre os estados membros e inicia-se a sua divulgação em Portugal em 2000. Este modelo tem quatro objetivos principais: “Introduzir na Administração Pública os princípios da Gestão da Qualidade Total aplicando o Ciclo de Melhoria Contínua; Permitir que as organizações públicas implementem a autoavaliação a fim de efetuarem um diagnóstico e implementarem melhorias; Efetuar a ponte entre os vários modelos utilizados na gestão da qualidade; Constituir um meio facilitador para o *bench learning* entre organizações públicas” (DGAEP, 2007, p. 6).

Os modelos de excelência permitem às organizações utilizá-los como requisitos a fim de se candidatarem a prémios de qualidade, e em simultâneo constituem sistemas de gestão de qualidade (Carapeto & Fonseca, 2006; Pires, 2007).

---

<sup>2</sup> [www.iso.org/](http://www.iso.org/): “Managing for the sustained success of an organization – A quality approach”.

### 3.6 – Síntese

O conceito de qualidade tem vindo a sofrer alterações ao longo da história face ao desenvolvimento da produção de bens e serviços merecendo um olhar atento e o envolvimento dos gestores das organizações. Neste capítulo situámos numa perspetiva histórica o conceito de qualidade e os seus principais autores. Salienta-se que o conceito de qualidade nos seus primórdios se associava à avaliação da conceção final do produto, passando depois para o controlo do seu processo a fim de prevenir defeitos no fabrico. Evoluiu-se no entanto para o controlo global que vai desde o planeamento do produto à sua produção final, mas o controlo de todo o processo não é suficiente para atribuir a qualidade. Entramos na era da Gestão da Qualidade Total, pois a satisfação do cliente na aquisição de bens e serviços passa a definir o conceito. Dadas as características específicas dos serviços abordámos os aspetos inerentes, os principais modelos de avaliação da satisfação e ferramentas para a melhoria da qualidade que as organizações podem utilizar para melhorarem a prestação dos seus serviços. É da avaliação efetuada pelos clientes que as organizações podem melhorar os seus serviços, particularidade que se torna relevante para este estudo. Pretende-se pois, no capítulo seguinte abordar o conceito de qualidade na vertente da saúde e o papel do cidadão-cliente na sua avaliação.

## **Capítulo 4 - Qualidade nos Serviços de Saúde**

### **4.1 – Introdução**

O principal objetivo deste capítulo é apresentar o conceito de qualidade em saúde e a sua avaliação. Neste sentido as organizações de saúde, nomeadamente os hospitais podem também melhorar a prestação dos seus serviços. O capítulo inicia-se na Secção 4.2, com a apresentação do conceito de qualidade em saúde e o foco atual no cidadão. A Secção 4.3 aborda a avaliação da qualidade nos serviços de saúde tendo em consideração as diversas variáveis relevantes mas considerando essencialmente o facto do cidadão-cliente ter necessidade em recorrer aos serviços de saúde. A procura dos serviços de saúde gera expectativas e é percecionada, o que conduz à sua avaliação. Salienta-se que nos serviços de saúde a avaliação da satisfação constitui um indicador de qualidade, na Secção 4.4. Os serviços de saúde podem utilizar ferramentas para a melhoria da qualidade, que são referidas na Secção 4.5. Finaliza-se este capítulo com a síntese dos principais temas abordados (Secção 4.6).

### **4.2 – O Conceito de Qualidade em Saúde**

Nos serviços de saúde a qualidade é desde logo avaliada por quem procura e usufrui desses serviços, daí a necessidade de garantir a satisfação e a fidelidade do cliente. A centralidade de atenção no cliente e a avaliação da satisfação dos cuidados recebidos constitui uma estratégia no âmbito dos programas de melhoria contínua. Torna-se necessário compreender o conceito de qualidade na área da saúde e a importância da avaliação da satisfação sendo esta não só um indicador de qualidade dos serviços prestados mas também ponto de partida para uma melhoria constante dos serviços.

Atualmente, a qualidade em saúde centra a sua atenção na satisfação dos clientes, tornando-se importante conhecer o doente, como principal cliente dos cuidados de saúde e medir a qualidade tendo por base as informações obtidas através destes, segundo Mezomo (2001). Assim a organização deve ter em consideração as expectativas dos doentes, quer na

área de diagnóstico e tratamento mas também em relação à eficiência, rapidez e atenção de quem os atende. Mezomo (2001, p. 64) acrescenta que: “A centralização, do processo da qualidade no paciente é também um conceito estratégico, porque combinando os esforços de entender suas necessidades com os sistemas que apoiam a melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços, a organização consegue aumentar a sua participação no mercado pelo aumento da demanda”.

Ainda em relação ao conceito de qualidade, Mezomo (2001, p. 73) salienta ser “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 dos seus clientes”.

Foi com Donabedian que o conceito de qualidade passou a incorporar os doentes na definição e na medição da qualidade dos serviços (Vaitsman & Andrade, 2005). Donabedian (1990) considera sete atributos que permitem definir os pilares da qualidade em saúde: a “eficácia” que corresponde à capacidade para o atendimento para melhorar a saúde; a “efetividade”, que corresponde ao grau de melhoria que se atinge; a “eficiência”, a fim de obter melhorias a um menor custo; a “otimização”, que corresponde ao balanço sobre a relação custo/benefício; a “aceitabilidade”, que está relacionada com as preferências dos doentes, a acessibilidade, a relação médico-doente, as amenidades, os efeitos dos cuidados e custos; a “legitimidade”, é a aceitabilidade do ponto de vista da comunidade ou da sociedade; a “equidade”, isto é justiça na distribuição de cuidados e os seus efeitos na saúde. Donabedian (1997, p. 1743) considera ainda que há essencialmente duas dimensões para a qualidade em saúde: “a técnica e a interpessoal”, isto é o desempenho técnico em que há a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de forma a minimizar os riscos de acordo com as preferências de cada doente, e o relacionamento com o próprio doente, de forma ética, cumprindo as normas sociais, bem como as expectativas e necessidades dos doentes. O mesmo autor classificou também a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde segundo três componentes: “a estrutura”, “o processo” e “os resultados”. A estrutura corresponde ao contexto em que ocorrem os cuidados, inclui instalações, material e equipamento por exemplo. O processo corresponde ao que é efetivamente feito em termos de cuidados, na procura, no diagnóstico e na recomendação ou implementação do tratamento. Quanto aos resultados, evidenciam os efeitos dos cuidados de saúde nos doentes e população. Incluem-se também nos resultados

os ganhos no estado de saúde face aos comportamentos de saúde obtidos através da melhoria dos conhecimentos e informação ao doente, bem como o grau de satisfação dos cuidados recebidos.

Berwick e Bisognano (*in* Juran, 1999) referem que o conceito de qualidade em saúde varia entre doentes e família, e que os cuidados médicos servem efetivamente múltiplos clientes, cujas dimensões avaliadas, vão desde os resultados do estado de saúde, acessibilidade, comunicação, conforto, dignidade, higiene, conveniência, resolução do problema, e respeito pelo tempo do indivíduo. Cada vez mais as comunidades exigem dos cuidados de saúde novas formas de participação na melhoria da saúde de forma colaborativa, respeito pelo ambiente e serviços coordenados, sobretudo para os idosos e com múltiplos problemas.

Salienta-se ainda o conceito de qualidade em saúde, explicitado no documento proposto para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, que considera que esta tem duas dimensões: uma de estrutura e outra de processo. A “dimensão de qualidade de estrutura” é a que se refere à utilização dos recursos de modo a atingir os resultados esperados, enquanto que a “dimensão de qualidade do processo” refere-se à adequação dos serviços aos resultados esperados. A dimensão de qualidade do processo, inclui outras três dimensões: a técnica, as relações interpessoais e a organizacional. A dimensão técnica dos serviços, é definida por “critérios e normas profissionais sustentadas na evidência técnico-científica e em boas práticas”; a dimensão das relações interpessoais, “integra a interação psicológica e social entre utilizadores e prestadores nomeadamente, a solicitude, apoio e atenção à satisfação do cidadão e do profissional, no respeito pela pessoa”; a dimensão organizacional, corresponde “à globalidade e continuidade dos cuidados e dos serviços, isto é, o carácter multiprofissional e interorganizacional dos cuidados” (Alto Comissariado da Saúde, 2010, p. 8).

Na área da saúde, quer a ISO como o EFQM, contribuíram para a implementação de processos de qualidade e em 1999 Portugal iniciou através do Instituto Português da Qualidade em Saúde (organismo extinto em 2006), todo um trabalho que viria a contribuir para a acreditação de unidades de saúde. Os programas de acreditação a nível hospitalar começaram com a adoção da metodologia *King's Fund*, com origem no acordo entre o Ministério da Saúde e o *Health Quality Service*. Posteriormente, com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, seguiu-se como estratégia e através da Unidade Missão para os

Hospitais S.A, adotar o modelo da *Joint Commission International*. Atualmente nos hospitais portugueses verifica-se que já há serviços certificados através da NP EN 9001:2008.

A Direção Geral de Saúde tem vindo a desenvolver e a promover uma cultura para a melhoria da qualidade, e por despacho da então Ministra da Saúde, Despacho, nº 69/2009 de 31 de Agosto, foi divulgado como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde o Modelo ACSA (*Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia*), sendo a sua adoção voluntária.

Salienta-se como foco principal nas normas e critérios para a qualidade na saúde, a adoção de estratégias para a aplicação de boas práticas, de procedimentos normalizados da qualidade e segurança, centrados num novo paradigma de cuidados, centrados no cidadão (DGS, 2009; Campos & Carneiro, 2010).

#### **4.3 – A Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde**

A avaliação da qualidade nos serviços de saúde dá origem em termos de medição e de avaliação dos cuidados a vários tipos de indicadores, que como anteriormente referido, podemos obter indicadores de estrutura, de processos e de resultados. A satisfação dos doentes é um desses indicadores, considerado como indicador de resultado. Coloca-se aqui desde logo a questão da avaliação sob o ponto de vista do prestador de cuidados ou sobre o ponto de vista do cidadão-cliente. Mas tendo em consideração o conceito de qualidade como o grau de adequação dos serviços às necessidades, neste caso do cidadão-cliente dos serviços de saúde, a avaliação deve ter em consideração o doente, e medir a qualidade com base nas informações por ele fornecidas (Mezomo, 2001).

No entanto outros autores como Eiriz e Figueiredo (2005), evidenciam a necessidade da avaliação da qualidade dos serviços de saúde ser desenvolvida entre o cliente e o fornecedor dos serviços. Estes autores desenvolveram um modelo sobre a relação entre os clientes dos serviços de saúde, sendo estes, os doentes, familiares e cidadãos, e os prestadores de serviço, em que nestes se encontram os gestores, médicos e outro pessoal técnico e não técnico. Como conclusão do estudo efetuado, consideraram que em Portugal os serviços de saúde, tanto privados como públicos, estão num percurso de



desenvolvimento orientado para o mercado. Para além de concordarem na avaliação efetuada pelos clientes, consideraram no entanto que deve haver complementaridade na análise entre os dados obtidos através dos clientes e pelos prestadores de serviços, uma vez que os serviços de saúde constituem um caso específico e simultaneamente complexo.

Em termos de evolução do conceito de qualidade em saúde, predomina o olhar atento centrado no cidadão utilizador dos serviços de saúde, tendo como aspeto chave “a focalização no doente, o trabalho em equipa, o quebrar das barreiras profissionais e uma melhor gestão dos recursos” (Sale, 2000:44). Toda a organização deve estar envolvida e esclarecida quanto à necessidade de um compromisso para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e para o contínuo deste tipo de compromisso.

Assim, torna-se necessário melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, de forma a responder às necessidades e expectativas dos doentes, em que para tal são necessários alguns princípios de atuação e de cumprimento de regras, nomeadamente a igualdade de acesso aos cuidados, a personalização do processo assistencial e a garantia da continuidade dos cuidados (Diniz, 2010). Quando as expectativas não correspondem, o cidadão-cliente demonstra a sua insatisfação. Hsieh (2009), efetuou um estudo entre dois hospitais, um em Inglaterra e o outro em Taiwan, cujo objetivo era perceber quando e como a voz dos doentes era tida em conta nos sistemas de gestão da qualidade. Ambos os hospitais efetuavam estudos de avaliação da satisfação em serviços específicos para compreender a opinião dos doentes sobre os serviços de ambulatório, de internamento e de emergência. Também utilizavam caixas de sugestões e a taxa de reclamações para compreender as necessidades dos doentes e o que queriam. O estudo explorou os mecanismos que permitem dar voz aos doentes através dos sistemas de qualidade. A principal diferença encontrada entre estes hospitais foi o facto de que num hospital o tratamento das reclamações era gerida por um gestor da qualidade enquanto que no outro hospital era o serviço social que assumiria esta responsabilidade. A autora concluiu que os gabinetes de qualidade são mais eficientes na gestão das reclamações do que o serviço social, como ponto de partida para a implementação de melhorias da qualidade. A autora diferencia a “medição da qualidade” de “melhoria da qualidade”. Na “medição da qualidade” utilizam-se ferramentas e técnicas para medir os cuidados de saúde como as auditorias clínicas, a evidência baseada na prática, e a avaliação através de padrões com suporte em sistemas de gestão de qualidade. Para a “melhoria da qualidade”, esta dimensão pressupõe informação

sobre os cuidados de saúde bem como a utilização de sistemas de gestão de qualidade para efetuarem mudanças nas práticas dos cuidados de saúde.

#### **4.4 - A Avaliação da Satisfação como Indicador de Qualidade**

Um dos objetivos estratégicos, propostos por Campos, Carneiro e Saturno (2010) no Poster apresentado durante o 3º Fórum Nacional da Saúde no âmbito da qualidade no PNS 2011-2016 é promover a melhoria contínua ao nível dos processos, e referem: “Valorizar a experiência concreta dos doentes/famíliares e dos seus profissionais, como forma de identificação de oportunidades de melhoria de qualidade”. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000, p. 7) também nos diz que “A avaliação da satisfação do cliente é uma excelente oportunidade para envolver os clientes ou doentes, no processo de avaliação dos seus programas”. Tem-se vindo a efetuar a avaliação da satisfação do cliente dos serviços de saúde, quer a nível dos cuidados de saúde primários, como a nível dos cuidados diferenciados nos hospitais. A avaliação da satisfação sobre os serviços de saúde têm sido mais baseada em questionários, do que em relatos da experiência tida pelo cliente nos serviços de saúde. Isto é, utilizam-se questionários que correspondem a estudos mais quantitativos, e não qualitativos, o que não permite avaliar os pontos de vista e crenças do utilizador dos serviços de saúde (Avis, *et al.*, 1995). Os estudos cujo método de avaliação permitem dar voz ao cliente não têm sido um recurso das organizações como método de avaliação da satisfação dos cuidados recebidos, mas torna-se fundamental passar a ouvir mais e melhor quem utiliza os serviços de saúde (Davies & Cleary, 2005; Greenberg, *et al.*, 2010).

Avis (1997) considera que os inquéritos de satisfação são constituídos em função de dimensões padrão pré-definidas, de acordo com a perceção dos profissionais de saúde, mas para avaliar a evidente efetividade dos cuidados, torna-se necessário ouvir o doente. Wensing (2000), salienta os estudos de avaliação de satisfação como método para promover a melhoria da qualidade e a importância da sua divulgação. No entanto refere a necessidade de validar os questionários e que o *feedback* da sua aplicação deveria ser divulgado na organização, nomeadamente através de formação. A avaliação da satisfação torna-se pois fundamental, para garantir a qualidade e segurança ao utente, até porque

estamos perante utentes mais informados, mais exigentes, e por outro lado, permite às instituições melhorarem os cuidados implementando programas de melhoria contínua de qualidade e obterem indicadores de qualidade (Ferreira & Raposo, 1999).

A preocupação e focalização na avaliação da satisfação do utilizador dos serviços de saúde tem sido uma prioridade a nível nacional, mas também noutros países, e alvo de estudos internacionais nomeadamente na Europa. Um desses estudos, centrou-se a nível dos Cuidados de Saúde Primários tendo tido a participação de Portugal, o EUROPEP<sup>3</sup>. Este estudo foi desenvolvido entre países da Europa, em que foi utilizado um instrumento de avaliação da satisfação a nível dos utentes dos Centros de Saúde. Em Portugal iniciou-se através do Centro de Estudos e de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, e Instituto Português de Qualidade, foi aplicado inicialmente na Região de Lisboa e Vale do Tejo, e posteriormente a nível nacional. Os resultados obtidos deste estudo evidenciam que os utentes dos Centros de Saúde estão de uma forma geral satisfeitos com o seu médico de família, com a informação e apoio que receberam, com a qualidade dos cuidados médicos prestados, no entanto já se apresentam menos satisfeitos com a organização dos serviços dos centros de saúde (Ferreira *et al.*, 2005).

Os hospitais têm também, vindo a implementar questionários a fim de avaliarem a satisfação do utente. Salienta-se como estudo pioneiro no âmbito da avaliação da satisfação do utente a nível hospitalar o estudo efetuado em 2003 pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup>, em parceria com a Universidade Nova de Lisboa, intitulado, “Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente nos Hospitais SA”, através de entrevista telefónica, a fim de avaliar a satisfação do utente. Estes estudos têm vindo a ser prosseguidos pela ACSS em 2005, 2008 e 2009, cuja componente técnica e científica baseia-se no Índice de Satisfação do Cliente.

O Índice de Satisfação do Cliente surge pela primeira vez na Suécia em 1989, cujo principal dinamizador foi Claes Fornell. O SCSÍ – *Swedish Customer Satisfaction Index*, é o “primeiro índice de satisfação do cliente com a qualidade dos bens e serviços disponibilizados, num dado país, calculado de modo integrado, ao nível da empresa, do sector e do conjunto do país” (Vilares & Coelho, 2005, p. 321). Posteriormente disseminou-se nos Estados Unidos, conhecido como ACSI – *American Customer*

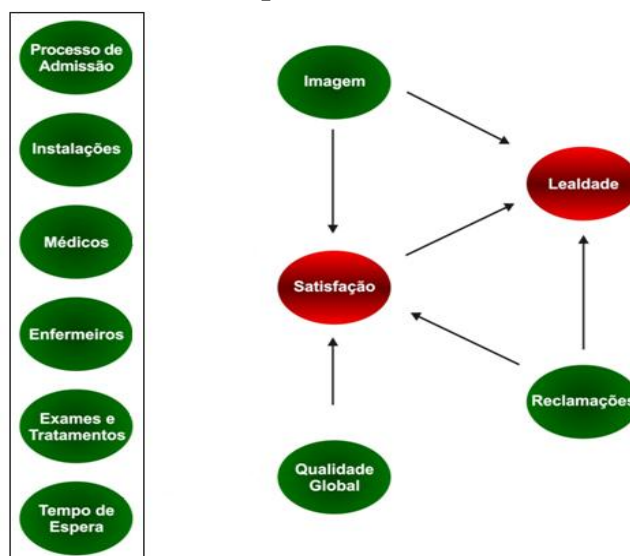
---

<sup>3</sup> Instrumento de avaliação na perspetiva do utilizador dos centros de saúde, aplicado em Portugal através do Centro de Estudos e de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e Instituto de Qualidade em Saúde, aplicado a nível nacional em 2001/2002 e 2003/2004.

*Satisfaction Index*, e na Europa, ESCI – *European Satisfaction Customer Index*. Em Portugal foi adotado por vários setores (ECSI-Portugal) nomeadamente na saúde. O ECSI é constituído por um modelo estrutural e um modelo de medida. O modelo estrutural integra as relações entre variáveis latentes e em que a satisfação se encontra como variável central. Temos neste modelo os determinantes ou antecedentes da satisfação em número de quatro: a imagem da empresa; as expectativas dos clientes sobre a empresa; a qualidade apercebida dos produtos e serviços da empresa e o valor apercebido ou relação qualidade/preço dos mesmos. E a variável satisfação com as duas consequentes resultantes da avaliação, as reclamações ou a lealdade. O modelo de medida relaciona as variáveis latentes com as variáveis de medida que constituem os indicadores (Vilares & Coelho, 2005).

Na área da saúde o modelo foi adotado e denominado de Modelo de Satisfação do Utente, subdividindo-se em Modelo Estrutural e Modelo de Medida. O Modelo Estrutural integra as relações entre as variáveis latentes ou não observáveis e o Modelo de Medida relaciona as variáveis latentes com as variáveis de medida. Estas variáveis variam em função do serviço avaliado e a cada variável latente corresponde determinados indicadores. O índice de satisfação do utente é a variável central do modelo. A Figura 6 mostra como exemplo o modelo estrutural adotado para a avaliação dos serviços de internamento.

**Figura 6 – Estrutura de modelo de satisfação dos Internamentos dos Hospitais em 2009**



Fonte: Relatório ACSS e UNL (2009, p. 40)

<sup>4</sup> [http://www.hospitais.min-saude.pt/Hospitais\\_EPE/Estudos\\_Avaliação\\_Externa/Satis\\_Utente.EPE.htm](http://www.hospitais.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Estudos_Avaliação_Externa/Satis_Utente.EPE.htm)

Tendo em consideração as variáveis latentes do modelo estrutural, a cada uma corresponde indicadores, conforme se apresenta no Quadro 2.

**Quadro 2 – Indicadores associados das Variáveis Latentes no Modelo de Internamentos**

<b>Variável latente</b>	<b>Descrição do indicador</b>
<b>Imagem</b>	1- Hospital de confiança 2- Hospital experiente 3- Hospital que se preocupa com os seus utentes 4- Hospital inovador e tecnologicamente avançado
<b>Processo de Admissão</b>	1 – Facilidade em conseguir o internamento 2 – Qualidade das indicações para encontrar a entrada do edifício pretendido e receção 3 – Qualidade do atendimento da receção 4 – Qualidade da informação fornecida sobre o internamento
<b>Instalações</b>	1 – Limpeza das instalações 2 – Conforto e comodidade das enfermarias 3- Proteção da privacidade nas enfermarias 4 – Qualidade global das instalações do Hospital
<b>Médicos</b>	1 – Atenção e disponibilidade demonstradas pelos médicos 2 – Competência e profissionalismo dos médicos 3 – A forma como os médicos explicaram a condição do utente 4 – As explicações dadas pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e os exames realizados 5 – Qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem
<b>Enfermeiros</b>	1 – Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros 2 – Rapidez de resposta do serviço de enfermagem nos momentos de necessidade 3 – Competência e profissionalismo dos enfermeiros 4 – Qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem
<b>Pessoal Auxiliar</b>	1 – Simpatia e disponibilidade dos auxiliares 2 – Competência profissional dos auxiliares 3 – Qualidade global do desempenho dos auxiliares
<b>Exames e Tratamentos</b>	1 – Tempo de espera 2 – Simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis 3 – Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis 4 – Qualidade global dos serviços prestados na realização de exames ou tratamentos
<b>Visitas</b>	1- Horário das visitas 2 – Facilidade de acesso por parte dos familiares mais próximos
<b>Alimentação</b>	1 – Qualidade das refeições 2 – Apoio durante a refeição (em caso de necessidade) 3 – Qualidade global da alimentação e dos serviços associados
<b>Processo de Alta</b>	1 – Informação disponibilizada em termos de cuidados e práticas a seguir em casa 2 – Tempo de espera desde que recebeu a informação de alta do médico até à saída do Hospital
<b>Qualidade Global</b>	1 – Qualidade global do serviço prestado pelo Hospital
<b>Reclamações</b>	1 – Identificação dos utentes que reclamaram 2 – Forma como foi resolvida uma efetiva reclamação (para os que reclamaram) 3 – Perceção sobre a forma de resolução de uma reclamação (para os que reclamaram)
<b>Satisfação</b>	1 – Satisfação global com o Hospital 2 – Satisfação comparada com as expectativas (realização das expectativas) 3 – Comparação do Hospital com um Hospital que considere ideal
<b>Lealdade</b>	1 – Probabilidade de voltar a escolher o Hospital em caso de necessidade 2 – Recomendação a familiares, amigos e colegas

Fonte: Relatório ACSS e UNL (2009, p. 46)

Muito embora se tenha vindo a efetuar a avaliação de satisfação dos hospitais a nível nacional através do Ministério da Saúde, ainda não se evidencia o envolvimento do utente no sentido da sua participação ativa, isto é a avaliação é efetuada não na ótica do utilizador mas sim do fornecedor de serviços, cujas dimensões a avaliar estão pré-definidas.

A verbalização sob a forma de opinião do utilizador dos serviços permite a recolha de informação e constitui um ponto de partida para a melhoria da qualidade dos serviços. As organizações recolhem esta informação através de inquéritos, sondagens, ou questionários. Carapeto e Fonseca (2006) referem como conveniente a adoção de estudos mais qualitativos, tais como as entrevistas de grupo, grupos de discussão, ou questionários de preenchimento rápido. Avis (1997) tem o mesmo parecer porque a narrativa do cliente traduz as suas experiências o que permite obter mais detalhes na informação obtida do que as entrevistas estruturadas. Este mesmo autor refere que os métodos qualitativos permitem descobrir como as pessoas falam das suas experiências, atitudes e comportamentos, sem as incluir em categorias pré-determinadas mas sim colocá-las em descrições num contexto cultural detalhado. Os estudos qualitativos dão a oportunidade aos clientes de colocarem o que dizem e o que pensam através das suas próprias palavras.

Ferreira, Raposo e Godinho (2005) salientam a necessidade de dar voz ao cidadão de forma a que a opinião destes sobre os serviços, formem indicadores válidos para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. De acordo com Beresford e Croft (*in* Ferreira, 2007, p. 43) “os cidadãos têm direito de emitir as suas opiniões e de serem envolvidos nos serviços que utilizam, nos locais em que vivem e nas instituições que os afetam”, sendo esta questão não apenas evidente em Portugal, mas sendo um princípio assumido por alguns países.

A avaliação dos serviços, dando espaço à expressão mais participativa do utente tem sido desenvolvida através das reclamações, sugestões ou elogios, que podem efetuar através dos gabinetes de utentes.

A própria Organização Mundial de Saúde, definiu como estratégia para 2010-2014, ajudar a construir cuidados de saúde centrados no doente. Evidencia-se atualmente o apelo à maior participação do cidadão e no seu envolvimento na tomada de decisão nomeadamente a nível dos sistemas de saúde, e nalguns países evidenciam-se estudos cuja participação do utente hospitalar constituem a base para a melhoria contínua de qualidade,

nomeadamente através de estudos qualitativos em que se recorre a entrevistas, *focus group*, e ainda através de associações de utentes. Os doentes/utentes são considerados parceiros nos estudos de satisfação e não objetos dos estudos (Avis, 1997).

Em Portugal, apesar de se terem disseminado vários projetos no âmbito da melhoria da qualidade, não se verificou a evolução para uma cultura de avaliação, de monitorização e de melhoria contínua da qualidade, sendo este aspeto motivo de análise no documento proposto pelo Ministério da Saúde e colocado à discussão pública sobre o Programa Nacional de Saúde para 2011-2016. O mesmo documento refere ainda que “a orientação para os cidadãos-utilizadores, a competência e promoção da melhoria contínua, a transparência nos processos de decisão e o respeito pelos princípios éticos devem estar refletidos nos valores e princípios da prestação de cuidados de saúde” (Ministério da Saúde, 2010, p.8). Torna-se pois necessário que as organizações hospitalares incluam na sua missão a centralidade nos seus clientes, “levarem em linha de conta as características e opiniões dos utentes é fundamental para definir a missão” (Campos & Carneiro 2010, p. 8).

#### **4.5 – A Melhoria Contínua da Qualidade nos Serviços de Saúde**

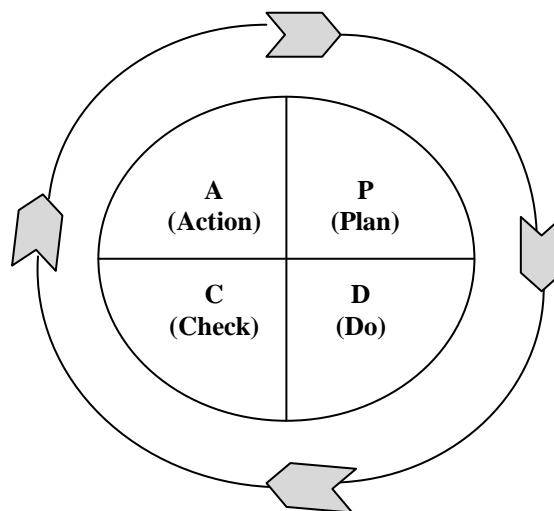
Tendo em consideração o compromisso das organizações de saúde para uma Gestão da Qualidade Total como um processo contínuo, consideramos aqui três aspetos considerados como esforços para as organizações obterem melhoria contínua: as organizações de saúde devem conhecer bem os seus clientes e associar esse conhecimento às suas atividades diárias; os seus líderes devem promover uma cultura no sentido de obterem a colaboração dos seus funcionários e o pensamento científico; devem fomentar o aumento dos conhecimentos sobre o controlo das variações dos processos de trabalho, utilizando métodos científicos de recolha de dados, análise e implementar as ações que verifiquem necessárias (Bewick, *in* Sale, 2000).

Deming (1992) divulgou o denominado ciclo da melhoria contínua da qualidade, que se desenvolve em quatro fases, e que é aplicado na gestão da qualidade por processos. Muitas das organizações começam pela utilização deste método quando querem iniciar os seus programas de qualidade, nomeadamente as organizações de saúde. O ciclo de Shewhart, autor do mesmo, ficou conhecido por ciclo de Deming, a partir do momento em

que este o introduziu no Japão (Deming, 1992). Traduz-se no plano para a ação, isto é a ação necessária para o cumprimento da transformação, que consiste em criar uma estrutura para a melhoria contínua da qualidade.

As ações traduzem-se num ciclo, Figura 7, dada a sequência desde o planeamento (*Plan*), onde se estabelecem os objetivos e os processos para obter resultados de acordo com os requisitos do cliente; a execução dos processos planeados, (*Do*); a verificação e monitorização dos processos (*Check*) e a atuação de forma a promover a melhoria do desempenho dos processos (*Action*) (Pinto & Soares, 2009).

**Figura 7 – Ciclo de Deming**



Fonte: Sistematização própria

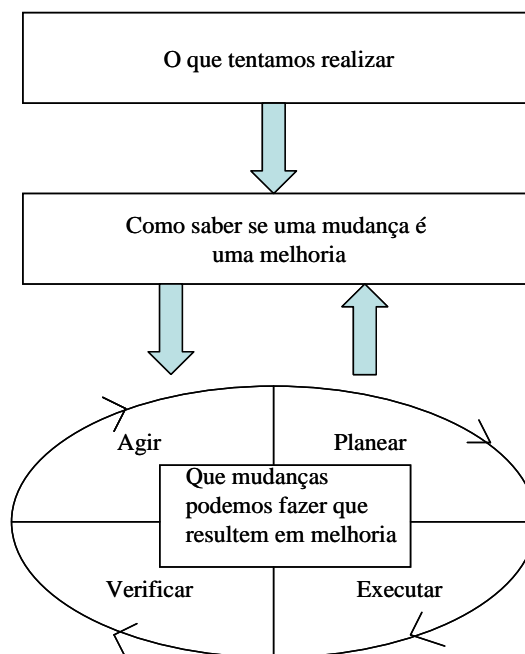
Trata-se da atuação em forma permanente cíclica na procura do aperfeiçoamento dos processos, obtendo uma melhoria contínua da qualidade a fim de se obter resultados de excelência. Planear a ação com o objetivo de obter a transformação, questionar nesta fase o que se pretende obter como resultados. Neste sentido, parte-se dos requisitos exigidos pelo cliente e pretende-se chegar a resultados do processo tendo como objetivo a satisfação do cliente.

Nos serviços de saúde, é possível utilizar a técnica “*The Discovery Interview Process*”, esquematizada na Figura 8, a fim de ouvir doentes e cuidadores, e utilizar a suas narrativas para melhorar o atendimento. Constitui um modelo para a construção do conhecimento para a melhoria, cujo aspeto central aborda a questão sobre que mudanças



são possíveis para que possam resultar em melhorias. Os autores consideram que a obtenção da opinião dos utilizadores dos serviços de saúde têm vindo a ser reconhecida, e referem que se têm efetuado a avaliação dos serviços recebidos, no entanto, não há muita evidência em termos de impacto na melhoria dos cuidados (Wilcock *et al.*, 2003).

**Figura 8 - Modelo para a construção do conhecimento para a melhoria**



Fonte: Langlely . *et al.* (in Wilcock *et al.*, 2003).

Partindo da análise dos problemas, nomeadamente auscultando o cidadão-cliente hospitalar, é possível planear melhorias nos cuidados de saúde, e ao aplicar o processo inerente ao ciclo de melhoria contínua, evoluir para um melhor desempenho e melhorar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde.

#### 4.6 – Síntese

Este capítulo abordou o conceito de Qualidade no âmbito do setor da saúde sendo essencial a sua compreensão dada a complexidade das múltiplas variáveis que interferem na sua avaliação. Efetuou-se uma análise da avaliação da qualidade nos serviços de saúde e focou-se a avaliação da satisfação como um indicador de qualidade para as organizações de

saúde, nomeadamente também para os hospitais. Para além dos Cuidados de Saúde Primários, os Hospitais também têm investido na avaliação da satisfação evidenciando-se os estudos efetuados pelo Ministério da Saúde. Analisa-se a aplicação de estudos quantitativos na avaliação da satisfação do cidadão-cliente e a pouca utilização de estudos qualitativos, mas evidencia-se a necessidade de ouvir a opinião e a experiência de quem usufrui dos serviços de saúde. Os questionários são aplicados na ótica do fornecedor de serviços e não do utilizador. No entanto é no âmbito da avaliação contínua que os hospitais podem desenvolver processos de melhoria. A aplicação do ciclo de melhoria contínua da qualidade constitui um meio simples de se iniciar qualquer processo de melhoria. No entanto torna-se necessário compreender a interação entre o cidadão-cliente e as organizações hospitalares para que este contribua para a melhoria da qualidade, sendo este o propósito do Capítulo 5.

## **Capítulo 5 - O Cidadão-Cliente e a Qualidade dos Serviços Hospitalares**

### **5.1 – Introdução**

Este capítulo tem como objetivo relacionar o papel do cidadão-cliente dos serviços de saúde nomeadamente hospitalares, com as diversas formas de envolvimento possível para a melhoria da qualidade. Assim, na Secção 5.2 analisa-se a forma como o cidadão-cliente pode dar voz para a qualidade hospitalar e alguns dos instrumentos em que se pode apoiar. Também se salienta o papel da participação do cidadão-cliente em associações e organizações que contribuem para a melhoria da qualidade hospitalar, contribuindo com exemplos quer a nível nacional como internacional. Na Secção 5.3 apresentam-se as várias tipologias de envolvimento do cidadão para com as organizações, o que permite compreender algumas formas de interação entre o cidadão-cliente e as organizações hospitalares. Termina-se este capítulo com uma síntese dos conteúdos focados (Secção 5.4).

### **5.2 – A voz do cidadão-cliente para a qualidade hospitalar**

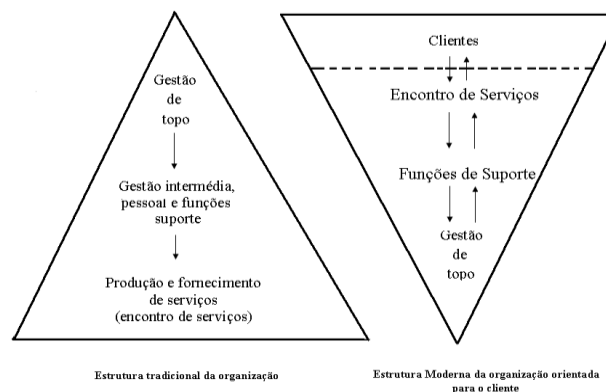
O objetivo de qualquer organização é aumentar a satisfação dos utilizadores dos seus serviços, e uma das melhores formas de obter resultados neste sentido é obter o envolvimento do cliente de forma a que este dê voz sobre os aspetos a melhorar na organização. Torna-se pois fundamental compreender que interações são possíveis entre a organização hospitalar e o cliente de forma a que a avaliação da satisfação em relação aos serviços de saúde prestados constitua um processo de construção para a melhoria da qualidade.

Os diferentes serviços públicos são avaliados pelos cidadãos, daí a necessidade de se adotar uma nova cultura de gestão e uma atitude diferente de forma a envolver as pessoas para a melhoria da qualidade dos serviços (Carapeto & Fonseca 2006). Estes autores referem ainda que a organização se deve orientar para o cidadão e antecipar as suas expectativas e estabelecer mecanismos de troca de informação a fim de oferecer serviços

acima do que o cliente espera. Rocha (2006, p. 176) refere que a Gestão da Qualidade Total permite a centralização dos serviços públicos no cliente, nas suas necessidades e expectativas e satisfação. Acrescenta ainda que “além disso, o cliente transforma-se em parceiro ativo no processo de decisão política, mas também na avaliação e na implementação das políticas. Isto resulta em novas formas de democracia”. Mas esta forma de participação e de envolvimento do cidadão-utilizador de serviços de saúde conduz-nos a uma visão e cultura diferentes, na conceção dos vários intervenientes para a melhoria da qualidade. Estamos perante um conceito de mudança, que se associa ao conceito de “*learning organization*”, que segundo Senge (*in* Rocha, 2006, p. 176), este tipo de organizações utiliza a informação de forma a lidar com a mudança, em que está em causa “a capacidade de adaptação e assimilar a nova informação”.

Por outro lado cada vez mais se verifica uma preocupação crescente dando ênfase ao cidadão-cliente colocando-o no centro para a melhoria dos cuidados de saúde, desde o mais alto nível de gestão da organização até ao pessoal de *front-office*. Salienta-se a necessidade nos processos de comunicação, na coordenação dos cuidados, e respetiva acessibilidade como fatores chave que beneficiam não só os doentes como também os profissionais das organizações de saúde. De uma forma geral as organizações mudaram a sua estrutura organizacional em função da centralidade dada ao cliente. As mudanças do pensamento em termos da estrutura organizacional está ilustrada na Figura 9 que demonstra a transição na forma de pensar das organizações. Resulta na mudança do pensamento estratégico de acordo com os princípios de gestão de serviço, o que segundo Grönroos (2007) significa essencialmente e primeiro que tudo, que as prioridades mudaram, o que é demonstrado pela inversão da pirâmide organizacional.

**Figura 9 - Estrutura organizacional de serviços**



Fonte : Grönroos, (2007, p. 353)

A gestão de topo não é o ápice da pirâmide e sim a parte da estrutura organizacional que determina imediatamente se a estratégia da empresa será um sucesso ou fracasso. Por outro lado, a interação entre comprador e vendedor envolvidas no encontro de serviços, incluindo o pessoal, recursos físicos, informação tecnológica e sistemas operacionais, interagem com os consumidores, constituem agora o topo da hierarquia organizacional.

O desempenho das organizações nos encontros de serviço determina o sucesso e proveito ou não, da empresa. O pessoal, e outras funções de suporte são pré-requisitos de sucesso. Outro aspeto relevante é a responsabilidade pelos consumidores e pelas decisões operacionais movidas dos gestores para o pessoal envolvido no encontro de serviços e portanto os que são imediatamente responsáveis pelos momentos da verdade. O terceiro aspeto, a nova forma de pensar, significa que a pirâmide organizacional tem de ser achatada. Isto decorre da transição de responsabilidades e autoridade para os momentos de encontro de serviço. São necessários menos níveis de serviço, pelo que nas organizações em que o foco é o cliente, a pirâmide organizacional é mais achatada e a descentralização da autoridade para a tomada de decisão tornam-se necessárias.

A nível nacional e a nível internacional surgem já organizações multidisciplinares que desenvolvem trabalhos no sentido de envolver o doente e família, para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Evidenciam-se estudos e relatórios sobre a centralidade do doente e a voz a dar relativamente aos cuidados de saúde e à visão de parceria entre o doente e as organizações de saúde. São várias as organizações que recorrem ao trabalho multidisciplinar investigando a experiência e satisfação do utente hospitalar, com o objetivo de melhorar os cuidados em saúde.

Em Portugal existem várias associações de doentes cada uma com a sua especificidade em função da patologia em causa. São organizações sem fins lucrativos que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento científico sobre a doença e também no apoio ao doente e família. Por exemplo temos a Plataforma Saúde em Diálogo<sup>5</sup> que é constituída por várias associações de doentes, promotores e profissionais de saúde e consumidores. Tem por objetivo afirmar-se como parceiro participante na definição de políticas de saúde através da intervenção junto dos órgãos de decisão representando os interesses dos doentes e utentes de saúde. Evidenciam-se movimentos de utentes dos

---

<sup>5</sup> Plataforma Saúde em Diálogo: [www.plataforma.org.pt/](http://www.plataforma.org.pt/)

serviços de saúde nomeadamente o MUSS<sup>6</sup>, “Movimento de Utentes dos Serviços de Saúde” constituído por utentes, independentes do estado, dos interesses económicos e corporativos, políticos ou religiosos. Tem como objetivos a representação e defesa no plano social e individual dos interesses e dos direitos dos utentes, a receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde, e na promoção da melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

A melhoria da qualidade a nível de cada organização hospitalar pode ser efetuada de diferentes formas, não só através da monitorização da avaliação de satisfação, caixas de sugestões, exposições, (reclamações, elogios, sugestões), como através da intervenção das associações de doentes, ou outros seus representantes, no entanto as fontes de informação com mais detalhe vêm das entrevistas individuais e *focus group* (Avis, 1997). O livro de reclamações, segundo Carapeto e Fonseca (2006), e os websites dão a possibilidade aos clientes das organizações de darem as suas opiniões, ou deixarem os seus comentários.

Rocha (2006, p. 127) ao referir-se ao envolvimento dos utentes para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, utiliza o termo parceria, e refere-se à parceria e envolvimento dos utentes, salientando a sua importância para a gestão hospitalar em que para além de melhorar a autoestima dos profissionais de saúde, dá acesso à informação do estado de saúde dos utentes. Refere-se às seguintes formas de envolvimento: “Participação ativa numa base individual e amigável”. Nesta situação não há uma consulta sistemática com o utente. Outra forma de participação é a sistemática, neste caso já existe um serviço que efetua a recolha das informações e reclamações, cujos resultados conduzem ao processo de decisão por parte dos gestores. Outra situação referida ainda por este autor é o “controlo por parte dos utentes quando estes querem o serviço de forma independente, participando, deste modo, nos processos de gestão”.

O envolvimento do utente hospitalar contribuindo para a melhoria da qualidade, em Portugal, tem vindo a efetuar-se não só através da aplicação de questionários de avaliação da satisfação, do índice de satisfação de clientes mas também na implementação dos Gabinetes de Utentes<sup>7</sup> e do Sistema SIM-Cidadão<sup>8</sup>. Este último corresponde ao sistema informático que envolve todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde do sector público do Serviço Nacional de Saúde, que permite o registo, e tratamento de dados

---

<sup>6</sup> MUSS: [www.muss.org/](http://www.muss.org/)

<sup>7</sup> Gabinete do Utente, criado por Despacho nº 26/06, publicado no D.R. Série, Nº 168 de 24/7/1986

<sup>8</sup> SIM-Cidadão: Despacho nº 5081/2005, publicado em D.R., II Série, Nº 48 de 9/03/2005

referentes às exposições efetuadas pelo utilizador dos serviços de saúde no livro de reclamações<sup>9</sup> (obrigatório desde 1 de Janeiro de 1997). O sistema SIM-Cidadão centraliza todos os processos referidos permitindo a melhoria dos processos de prestação de cuidados em que um dos compromissos por parte das instituições é dar resposta ao cidadão. A exposição que o utente pode efetuar não se resume a reclamações mas pode também incluir elogios e sugestões.

O SIM-Cidadão corresponde ao Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde. O Sistema de Informação e Monitorização das Reclamações dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, foi aprovado em 2002. O seu maior desenvolvimento no entanto deu-se a partir de 2007, que surge em função da necessidade de recolha e obtenção de dados informatizados a nível nacional sobre as reclamações e elogios. Já em 2005, a Administração Pública, previa através do D.L n° 156/2005 de 15 de Setembro, a obrigatoriedade da colocação à disposição do cidadão, o “Livro Amarelo” para que este como consumidor pudesse reclamar face à não satisfação do serviço prestado.

O SIM-Cidadão tem por objetivo recolher, registar, analisar e tratar todas as exposições apresentadas no Livro Amarelo, ou nos Gabinetes do Cidadão<sup>10</sup>/Gabinetes de Utentes. Constitui um recurso de monitorização das perceções dos utentes utilizadores de cuidados de saúde nas diversas entidades prestadoras. Para além de poder constituir um instrumento que permite avaliar o funcionamento dos serviços, constitui um instrumento de gestão para a monitorização da satisfação dos utentes. Este Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, tem como foco principal a centralidade do cidadão no processo de produção de cuidados de saúde, é um instrumento transversal a todas as instituições de saúde a nível nacional, e constitui um recurso que permite ao cidadão participar nos atos de gestão dos serviços de saúde, uma vez que também beneficia do compromisso da instituição em dar resposta ao problema apresentado e à melhoria de prestação de cuidados.

O SIM-Cidadão permite promover a aproximação entre o Estado e o Cidadão, através da transparência de processos e de decisões. Constitui uma ferramenta para a gestão, fomenta a participação do cidadão através da recolha *on-line* de todas as exposições

---

<sup>9</sup> Livro de reclamações: Resolução do Conselho de Ministros n° 189/96, publicado em D.R, I Série, N° 276 de 28/11/1996

<sup>10</sup> Gabinete do Cidadão, terminologia utilizada a nível dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, embora a nível hospitalar ainda seja utilizado o termo Gabinete do Utente.

dos cidadãos e melhora o atendimento e a prestação de cuidados aos cidadãos com base em indicadores gerados pelo sistema.

O circuito das exposições, faz-se a partir do momento em que o cidadão faz a exposição de forma registada em qualquer unidade do SNS, sendo que a entidade visada dá provimento ao processo. Compete aos Gabinetes do Cidadão efetuar a análise de conteúdo e a tipificação das exposições e proporem as audições aos serviços e profissionais em causa. O serviço em causa deve emitir um parecer e uma proposta para melhorar o problema referido na exposição. Uma vez ouvido o serviço em causa, e o exponente caso seja necessário, o Gabinete do Cidadão propõe ao Dirigente máximo da instituição, a resposta ao Cidadão. O Dirigente máximo da instituição dá posteriormente a resposta final ao exponente, cujo prazo de resposta é de 15 dias (DGS, 2011).

Salienta-se que a Entidade Reguladora da Saúde tem divulgado relatórios sobre as exposições efetuadas pelos cidadãos-clientes a nível do SNS, e já em 2011, é revelado o primeiro relatório do SIM-Cidadão, relativamente aos dados recolhidos em 2010.

Na Europa citamos como exemplo a *International Alliance of Patients' Organizations, a global Voice for patients* (IAPO), e o *Picker Institute*. A IAPO centra o seu trabalho na aliança entre diversas organizações de vários países de forma a potenciar a voz do utente de saúde, ultrapassando fronteiras e com atividades mais efetivas junto de entidades com influência política na saúde e economia. Defendem a informação e o envolvimento do doente nas decisões que lhes dizem respeito, com qualidade. O *Picker Institute* é uma organização sem fins lucrativos sediada em Oxford, Inglaterra, que integra profissionais de saúde, doentes e decisores políticos, cuja missão é a de promover a compreensão da perspetiva do doente em todos os níveis dos cuidados de saúde. Dedicada à promoção do cuidado centrado no doente, nas suas experiências de melhoria face à interação com o prestador de cuidados. O lema é fazer com que o ponto de vista dos utentes seja valorizado. É uma instituição pioneira desde 1994 no uso da pesquisa científica e em base de dados centrada no doente, na formação a médicos e funcionários dos hospitais para melhorar os cuidados aos doentes a partir da perspetiva dos doentes. A perspetiva do doente é agora uma métrica padrão para medir o desempenho e utilizada rotineiramente por organizações de saúde de todo o mundo (*Picker Institute*, 2008).

No Reino Unido foi desenvolvido um documento pelo Sistema Nacional de Saúde, "*Learning to use patient stories*" (Wales NHS, 2010) que valoriza a experiência do doente



e a sua história pela sua particularidade no ganho que se obtém da experiência tida, boa ou má, e o que faria a diferença. A narrativa individual não é representativa para todos os outros doentes, no entanto cada história é válida como experiência individual nos cuidados de saúde. Mas o conjunto de relatos pode permitir construir uma imagem do que é o serviço para o cliente e como se pode melhorar. O mesmo documento refere na sua introdução que, para melhorar a qualidade dos seus serviços e seguir em frente, o SNS precisa de dar uma boa informação e ser confiável aos seus utilizadores e potenciais utilizadores, procurar a suas opiniões, aprender a partir das suas experiências e tomar medidas como resultados. O documento foca todo o processo para a recolha de dados mas evidencia essencialmente duas dimensões: o aspeto prático e técnico das narrativas dos doentes (como, quando, por quem e quando é que os relatos devem ser recolhidos e descritos) e como as narrativas podem ser utilizadas.

A descrição de experiências de doentes têm sido aproveitados para a melhoria dos cuidados de saúde, em que a narrativa permite distinguir a diferença entre a descoberta de necessidades e não a simples resposta a um incidente com o desejo de melhorar a experiência do doente e obter mais segurança nas práticas dos cuidados (Wilcock *et al.*, 2003). Estes autores desenvolveram um estudo na Unidade de Doenças Coronárias e Cuidados Intensivos, num hospital de Londres que permitiu a compreensão das narrativas baseadas na experiência. Consideram que a técnica de entrevista é uma técnica de recolha de narrativas, quer dos doentes, quer dos profissionais, como um poderoso método para a melhoria da qualidade, porque permite a descoberta do que realmente importa para os doentes e profissionais. Esta abordagem poderia provar uma melhor gestão da qualidade.

Nos Estados Unidos temos por exemplo, a Fundação dos Cuidados de Saúde da Califórnia, (*California Healthcare Foundation*, 2010) é uma organização que considera vital para a melhoria dos cuidados de saúde, a experiência do doente, através de uma cultura de liderança na centralidade do doente, ouvindo o doente, e através de soluções para melhorar a experiência deste.

Ainda nos Estados Unidos a organização *Planetree*, é uma organização sem fins lucrativos, parceira de hospitais e outras organizações de saúde, fundada em 1970 por Angélica Thieriot, cuja experiência com hospitais a levou a imaginar um tipo diferente de cuidados de saúde, onde os doentes recebessem cuidados de qualidade num ambiente verdadeiramente de cura, proporcionando-lhes informações necessárias para se tornarem

participantes ativos no seus próprios processos de cuidados. Esta organização através de investigação baseada em *focus group* com doentes, familiares e pessoal hospitalar, permitiu definir o significado da centralidade no doente identificando áreas centrais, elementos e abordagens documentadas no livro “*Putting Patients First*”, (Planetree, 2008).

Reidly e Jones (*in* Simces, Z. & Associates, 2003), ao efetuarem uma revisão da literatura sobre o envolvimento do cidadão para a melhoria dos cuidados de saúde, identificam exemplos inovadores em como estes são envolvidos na definição e medição da qualidade. Apontam como exemplos, estudos no âmbito das dificuldades de aprendizagem, trabalhos para a garantia da qualidade nos hospitais e em pessoas com problemas mentais. Estes autores referem que o Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido criou vários organismos com a participação do cidadão, responsável pela monitorização da qualidade dos serviços, mas que os seus impactos não foram avaliados no entanto estes organismos contribuem para compreender os fatores a ter em consideração quando se envolvem utentes, na definição da qualidade dos serviços. Por exemplo, essa participação deverá ocorrer numa base contínua para que tenha uma influência sustentada sobre as atividades de melhoria da qualidade.

### **5.3 - O Envolvimento do Cidadão-Cliente: tipologias**

O envolvimento do cidadão-cliente sob ponto de vista do conceito *empowerment* e do conceito de centralidade no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde, tem como base por um lado a sua definição como a promoção da autonomia e auto-regulação de forma a que o potencial de saúde do indivíduo seja maximizado. Segundo Lau (2002), *empowerment* significa o processo de ajuda para que o doente tenha controlo sobre fatores que afetam a sua saúde. Neste âmbito o termo “adesão ao tratamento” implica um contrato entre doente e profissional de forma a que da responsabilidade conjunta se obtenha os resultados acordados. Quando se fala em *empowerment* o profissional de saúde respeita o doente e ajuda-o na tomada de decisão de forma a que esta tenha significado. Os doentes são incentivados à autonomia através da informação adequada e mútua colaboração na tomada de decisão. Compreender como o doente vê a sua doença e tratamento tem vindo a ser demonstrado como aspetos positivos na adesão aos tratamentos e na obtenção de

melhores resultados (Rollnick, 1992). Neste contexto, o doente é visto como capaz na tomada de decisão sobre a sua própria saúde e os profissionais de saúde como peritos em relação às condições e gestão dos recursos, e é neste âmbito de partilha da experiência, a plataforma de entendimento na gestão da doença. Os aspetos-chave são o conhecimento, competências comportamentais e autorresponsabilidade (Lau, 2002). As condições necessárias para os doentes assumirem maior responsabilidade nos cuidados de saúde resumem-se essencialmente a quatro categorias: compreensão do seu próprio papel, conhecimento, competências e ambiente facilitador (Angelmar & Bermnan, 2007).

Se os doentes estão a assumir mais responsabilidades sobre a sua própria saúde, têm também que compreender melhor qual o seu papel, isto é poder perguntar e obter respostas claras. Devem ser envolvidos nas decisões sobre os cuidados de saúde, sendo que a maioria irá optar por partilhar a tomada de decisão com os profissionais de saúde (Fernandes, 2010). Outro aspeto é terem livre acesso ao seu processo clínico, poder obter uma segunda opinião sobre o diagnóstico ou tratamento a efetuar e utilizar recursos de comunicação que lhe permita complementar o diálogo com os elementos da equipe de saúde (Angelmar & Bermnan, 2007). Quando se fala em conhecimento, este pode significar desde o conhecimento que o doente tem sobre o seu sistema de saúde e participação, à sua doença e processo de tratamento, aos seus valores e preferências, nomeadamente sobre o processo de escolha e decisão.

A literacia em saúde e a autogestão dos cuidados de saúde com o apoio multidisciplinar assumem também um papel importante como competências pessoais na responsabilidade que o doente deve ter. Por outro lado, as tecnologias de informação e de comunicação, vieram aproximar o cidadão-cliente das suas unidades de saúde de referência, ou em função da necessidade de informação. Hoje é possível em certas unidades de saúde, possibilitar a marcação de consultas por via *on-line*, consultar diversa informação, e dialogar com a organização. Uma das consequências da inovação tecnológica veio tornar possível uma maior participação e informação, para a tomada de decisão. Estes meios possibilitaram uma abertura da administração pública ao cidadão e criaram desafios, tanto para o cidadão-cliente, que teve de aprender a utilizar estes recursos, como para as organizações, sobretudo na rentabilização destes meios e na oportunidade de inovação e mudança. Assim, as novas tecnologias vêm permitir um novo relacionamento entre as organizações nomeadamente na administração pública (Fonseca &

Carapeto, 2009). A interação entre o cidadão e os serviços da Administração Pública conforme o Quadro 3, prevê uma abertura ao cidadão no acesso aos serviços, transparência e recetividade. O acesso aos serviços através da informação torna-se primordial bem como a transparência ao solicitar e ao receber informação até à participação na tomada de decisão.

**Quadro 3 - Dimensões da abertura da administração ao cidadão**

Administração	Abertura	Cidadão
Fornecer de imediato informações e serviços	Acessibilidade	Obter serviços e realizar transações
Expor os seus atos e os indivíduos que os praticam	Transparência	Solicitar e receber informação pertinente e compreensível
Acolher ideias, expectativas e necessidades novas	Recetividade	Participar na tomada de decisão

Fonte: Fonseca & Carapeto (2009, p. 262)

Neste sentido a interação entre o cidadão e os sistemas de informação remete-nos também para a área da saúde. O OPSS (2001) salienta a necessidade de maior envolvimento do cidadão, e dos direitos à informação à escolha e ao direito em ser representado.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, aponta também no sentido da necessidade de uma estratégia de mudança centrada no cidadão, “centrar a mudança na cidadania, capacitar o sistema de saúde para a inovação e reorientar o sistema de saúde” (DGS, 2004, p. 63).

O relatório da OCDE (2001), “*The citizen as partners*” vem salientar a importância da relação dos sistemas de saúde com os cidadãos, e aponta para três tipologias de mecanismos de envolvimento do cidadão: “participação”, “consulta” e “informação”. Esta classificação dos diversos mecanismos de envolvimento diferencia a intensidade da interação, quer a nível institucional, a nível do reconhecimento social nos sistemas de saúde, e na relação com as autoridades de saúde, bem como no diálogo entre os representantes dos cidadãos e o sistema de saúde.

A participação pode ser desde o nível micro em que a relação que se estabelece do cidadão-cliente com o profissional de saúde e se centra na relação de cuidados, criando-se o consenso informado e a adesão terapêutica. Depois temos um nível mais intermédio, que corresponde ao envolvimento do utente num serviço ou ainda na sua participação em

programas de saúde, e um nível macro em que o cidadão envolve-se na participação, planeamento e tomada de decisão em aspetos estratégicos, nomeadamente em associações ou organizações que intervêm em mecanismos de política de saúde. A relação é bidirecional, porque há envolvimento das duas partes, ou do cidadão com o governo, ou do utente com a organização e profissional de saúde. Os cidadãos estão verdadeiramente envolvidos (OCDE, 2001; Ramos & Gonçalves, 2010). Em Portugal a legislação a nível dos serviços de saúde tem contemplado a participação de um representante dos utentes por exemplo nos Conselhos de Saúde já extintos, atualmente esta representação está prevista nos Conselhos Consultivos<sup>11</sup> nos hospitais EPE, no entanto não há divulgação do trabalho desenvolvido.

A consulta corresponde a um mecanismo onde os gestores e individualidades com responsabilidade nos serviços de saúde, organizam atividades de auscultação de forma a recolherem opiniões e preferências dos utentes e cidadãos. Neste caso a fonte de informação passa a ser utilizada pelos decisores. A relação é bidirecional, os cidadãos contribuem com as suas opiniões. Como exemplo deste mecanismo de envolvimento temos os métodos de avaliação de satisfação dos utentes, os questionários, as entrevistas, *focus groups*, as consultas através de sistema informático e o sistema de registo de reclamações e de elogios (OCDE, 2001; Ramos & Gonçalves, 2010).

A informação, traduz-se como sendo um mecanismo unidirecional, do sistema para o cidadão. As instituições emitem informação mas não há interação entre a organização e o utilizador de serviços de saúde. Esta informação corresponde a publicações, cartas dos serviços e dos direitos e deveres dos utentes, linhas telefónicas, pretende orientar para resultados esperados em saúde (OCDE, 2001; Ramos & Gonçalves, 2010).

Envolver o cidadão-cliente nos serviços públicos e em particular nos serviços de saúde, permite que estes deem voz para a melhoria da qualidade, ainda segundo Martin e Henderson (2004) o trabalho em parceria é um aspeto também a considerar, nomeadamente no estabelecimento de objetivos e construção de planos de atuação, em que um dos focos a considerar são os resultados, isto é os melhores resultados para o cliente e para a organização.

---

<sup>11</sup> Decreto Lei N° 233/2005 de 29 de dezembro, artigo 18°, alínea d).

## 5.4 – Síntese

Neste capítulo foram apresentadas as diversas formas de interação entre o cidadão-cliente e as organizações de saúde, nomeadamente com os hospitais. Da relação que se estabelece entre o fornecedor de serviços e o recetor surge uma parceria que pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços. Foram analisadas diversas formas possíveis de interação e deram-se exemplos que ocorrem a nível nacional como internacional da contribuição entre o cidadão ou organizações representativas e as organizações hospitalares, no sentido de contribuírem para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Analisou-se as diversas tipologias de envolvimento do cidadão segundo alguns autores, em que a avaliação da satisfação do cidadão-cliente se enquadra na consulta como meio de auscultação para a melhoria dos serviços, nomeadamente dos hospitais.

Tendo partido de vários conceitos e contextualizado as principais áreas de análise no âmbito da Governação e Governação Clínica, com reflexos no âmbito da qualidade nomeadamente na área da saúde, efetuámos um percurso de forma a relacionar o cidadão-cliente hospitalar e o seu envolvimento para a melhoria da qualidade.

Neste sentido a revisão da literatura possibilita a compreensão sob ponto de vista teórico dos conceitos e contextualiza o estudo que se pretende efetuar. Salienta-se que a análise efetuada constitui a base para o desenvolvimento do trabalho empírico.

Apresentamos na segunda parte deste trabalho o estudo empírico de forma a analisar como é que o cidadão-cliente é envolvido para a melhoria da qualidade hospitalar uma vez que na atualidade as organizações hospitalares precisam de aprimorarem a sua prestação de serviços pelo facto do cidadão-cliente ter à sua disposição cada vez mais informação e ser cada vez mais exigente.

**PARTE II**  
**Estudo Empírico**





## Capítulo 6 – Apresentação do caso de estudo

### 6.1 – Introdução

Neste capítulo apresentamos a caracterização da população do estudo, pelo que foi necessário contextualizar o atual enquadramento do SNS, nomeadamente sobre a relação jurídica dos hospitais públicos portugueses e a sua evolução histórica, também a fim de melhor compreender as diferentes realidades hospitalares e as mudanças da reforma da saúde em curso. Na Secção 6.2 efetua-se uma apresentação sucinta da evolução do SNS em Portugal a fim de compreender alguns dos regimes jurídicos em vigor nos hospitais públicos. Na Secção 6.3 caracteriza-se os hospitais públicos do Distrito de Aveiro a fim de facilitar a compreensão das organizações que estiveram subjacentes a este estudo. No fim deste capítulo apresenta-se como síntese os principais aspetos focados para o nosso estudo (Secção 6.4).

### 6.2 – Apresentação do SNS

Em 1899 Ricardo Jorge, iniciou a organização dos serviços de saúde pública, surge o Decreto de 28 de dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública a 24 de dezembro de 1901, regulamentada nesse mesmo ano e entrou em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era até então restrita a serviços de índole privado, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres<sup>12</sup>.

Em 1945 dá-se a reforma sanitária de Trigo Negreiro, em que a situação de debilidade na saúde é reconhecida, bem como a necessidade de uma resposta por parte do Estado. Nesse ano são criados institutos dedicados a problemas específicos de saúde pública, tais como a tuberculose e a saúde materna<sup>13</sup>.

Em 1946 surge a Lei nº 2011 de 2 de abril que inicia a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, começando assim um programa de construção de hospitais que são entregues à Misericórdias<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Fonte: [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)

<sup>13</sup> “ “

<sup>14</sup> “ “

Em 1971, surge a “reforma Gonçalves Ferreira”, o primeiro esboço do que viria a ser o SNS. Começa-se a explicitar os princípios e o reconhecimento do direito à saúde de todos os Portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito.

Foi a partir de 1974 que a política de saúde em Portugal se modificou substancialmente tendo surgido condições políticas e sociais que permitiram em 1979 a criação do SNS, em que o Estado passou a assegurar o direito à saúde e promoção, prevenção e vigilância a todos os cidadãos. Foi com António Arnald, em 1976, que se abriu o acesso aos postos de previdência social (que posteriormente se transformaram em segurança social) a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade de contribuição, e a 15 de Setembro é publicada a Lei nº 56/79 que se cria o SNS.

A Lei de Base da Saúde é publicada a 24 de Agosto (Lei nº 48/90), nessa década também é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e publicado novo Estatuto através do D.L nº 11/93 de 15 de Janeiro.

Em 2002 é aprovado novo regime jurídico de gestão hospitalar com a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro em que se introduz alterações na Lei de Bases da Saúde, surgindo assim um novo modelo de gestão hospitalar, onde se inicia a gestão empresarial dos hospitais (Amendoeira, 2009, p. 7). Um dos objetivos na empresarialização dos hospitais centra-se precisamente na melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados.

À data do presente estudo, e numa fase de reestruturação de políticas de saúde, tendo-se iniciado com o encerramento de blocos de partos, reestruturação dos serviços de urgência, implementação da rede de cuidados continuados, reestruturação dos cuidados de saúde primários, e também na reorganização da rede hospitalar, encontramos ainda a nível nacional, hospitais com distintas modalidades de gestão e regime jurídico no SNS.

Entende-se por “hospital” segundo definição da ACSS um “Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”<sup>15</sup>. Classificam-se ainda conforme as suas características e em função do nível de cuidados de saúde que prestam, cujos critérios para a classificação se enquadram em abordagens diversas,

---

<sup>15</sup> Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

designadamente: área de influência/diferenciação técnica; hierarquização de valências; regime de propriedade; ensino universitário; situação na doença; ligação entre hospital.

De acordo com a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro encontramos atualmente em Portugal hospitais públicos com dois tipos de regime jurídico: os hospitais do Setor Público Administrativo, que são definidos como “Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica e financeira, com ou sem autonomia patrimonial” e os hospitais Entidade Pública Empresarial, que são “Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial”.

### **6.3 – Hospitais Públicos do Distrito de Aveiro**

À data da colheita de dados através das entrevistas, encontrámos seis hospitais do SNS, no distrito em causa. Quatro hospitais são classificados sob ponto de vista jurídico em hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), embora alguns destes hospitais estejam a aguardar uma redefinição relativamente à sua missão em função da nova carta hospitalar, cuja publicação se aguarda. Dois são hospitais de Entidade Pública Empresarial (EPE). O Quadro 4 identifica os hospitais do Distrito de Aveiro em função do seu regime jurídico à data do levantamento de dados.

**Quadro 4 – Hospitais Públicos do Distrito de Aveiro**

<b>Sector Público Administrativo</b>
<b>Hospital Visconde de Salreu – Estarreja</b>
<b>Hospital Distrital de Águeda – Águeda</b>
<b>Hospital José Luciano de Castro – Anadia</b>
<b>Hospital Francisco Zagalo – Ovar</b>
<b>Entidade Pública Empresarial</b>
<b>Hospital Infante D. Pedro – Aveiro</b>
<b>Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga – Feira</b>

Os hospitais localizados no Distrito de Aveiro constituem hospitais de referência para as respetivas comunidades. Dada a remodelação da classificação das regiões sob

ponto de vista administrativo temos Unidades Territoriais Estatísticas, neste caso interessar-nos focar a NUTS III, em que temos a região Entre Douro e Vouga a Norte e o Baixo Vouga ao Centro, zonas de influência dos hospitais participantes no estudo. No entanto por uma questão prática, e na procura de diferentes realidades, cingimo-nos ao Distrito de Aveiro e aos hospitais aí sediados e não sob a dependência hierárquica das Administrações Regionais de Saúde. Atualmente o Centro Hospitalar Entre Douro E Vouga integra os hospitais de S. João da Madeira e de Oliveira de Azemeis e já não pertence à Administração Regional do Centro, mas sim à Administração Regional de Saúde do Norte. O nosso estudo situa-se pois sob ponto de vista da área geográfica formando a nossa unidade em foco, e não sob ponto de vista da estrutura hierárquica do Ministério da Saúde, pois os restantes hospitais pertencem à ARSC.

Os hospitais são também classificados por grupos. Interessa para o nosso estudo perceber que os hospitais do Grupo III diferem do Grupo IV, pelo tipo de atividade assistencial desenvolvida, nomeadamente por não terem serviço de urgência, enquanto que os Hospitais do Grupo IV têm uma oferta mais diversificada de especialidades, o que implica uma maior diferenciação na atividade assistencial.

**Quadro 5 – Caracterização dos Hospitais do SNS do Distrito de Aveiro em 2011**

Identificação da Unidade Hospitalar	Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	Hospital Distrital de Águeda	Hospital José Luciano de Castro - Anadia	Hospital Infante D. Pedro - Aveiro	Hospital Francisco Zagala - Ovar	Centro Hospitalar entre Douro e Vouga - Feira
Nº de Camas <sup>16</sup>	51	104	40	405	34	380
Estatuto Jurídico	SPA	SPA	SPA	EPE	SPA	EPE
Classificação por GDH <sup>17</sup>	Grupo III	Grupo IV	Grupo III	Grupo IV	Grupo III	Grupo IV
Nº de habitantes Município	27119	47817	29142	78463	55337	139393

Fonte: (ACSS e INE, 2011)

<sup>16</sup> Dados da DGS de 2009

<sup>17</sup> Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo: “*sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupam doentes clinicamente coerentes e similares do ponto de vista de consumo de recursos*”.

## Capítulo 7 – Metodologia de Investigação

### 7.1 – Introdução

Este capítulo pretende situar a investigação e a metodologia utilizada. Na Secção 7.2 explicita-se o objetivo deste estudo e as questões de investigação. Na Secção 7.3 fundamenta-se as opções metodológicas e as técnicas utilizadas na recolha de dados, bem como o recurso à técnica de análise de conteúdo. Nas Secções 7.4 e 7.5, efetua-se a caracterização dos participantes neste estudo. Na Secção 7.6 apresenta-se uma síntese dos conteúdos deste capítulo que fundamentam o desenvolvimento do trabalho empírico.

### 7.2 - Objetivo e Questões de Investigação

Tendo em consideração que os serviços de saúde avaliam a satisfação do cidadão-cliente e desta avaliação as organizações de saúde nomeadamente os hospitais podem promover melhorias na qualidade dos serviços, temos como objetivo deste estudo analisar como é que o cidadão-cliente dos serviços de saúde é envolvido na sua avaliação, e qual é o seu contributo para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares. Neste sentido colocam-se as seguintes questões de investigação **“como é que o cidadão-cliente é envolvido na avaliação dos serviços de saúde?”** e **“qual é o contributo do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares?”**, restringindo o estudo aos hospitais públicos do Distrito de Aveiro.

Das principais questões de investigação surgem outras questões secundárias orientadoras para o nosso estudo:

#### **QI.1 - Como é que o cidadão-cliente é envolvido na avaliação dos serviços de saúde?**

QI.1.1 – Como é efetuada a avaliação da satisfação nos hospitais do Distrito de Aveiro?

QI.1.2 - Quais as principais dimensões de qualidade valorizadas pelo cidadão-cliente?

## **QI.2 - Qual é o contributo do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares?**

QI. 2.1 – Como é que o cidadão-cliente perceciona a sua integração no órgão de gestão dos hospitais como parceiros para a melhoria continua da qualidade?

QI. 2.2 – Como é que os gestores hospitalares percecionam a integração do cidadão-cliente no órgão de gestão dos hospitais?

### **7.3 – Opções Metodológicas**

O estudo de caso revela-se como método adequado face à necessidade de compreender determinado fenómeno contemporâneo no seu contexto real especificamente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes e em que o investigador tem pouco ou nenhum controlo (Yin, 2010). Uma vez que esta investigação incide nos hospitais públicos do SNS do Distrito de Aveiro e no testemunho do cidadão-cliente utilizador desses serviços, recorre-se ao estudo de caso com múltiplas unidades de análise, a fim de compreender a relação entre as organizações hospitalares e o cidadão-cliente na avaliação da satisfação, e os contributos do cidadão-cliente para a melhoria continua da qualidade.

Relativamente à população em estudo, temos uma amostra pequena mas que se adequa aos estudos de natureza qualitativa e em particular ao estudo de caso, conforme Flick (2005, p. 4) “Podem encontrar-se pessoas e situações excepcionais, mas podem não ser em número suficiente para construir uma amostra que justifique um estudo quantitativo e a generalização dos resultados”. Vala (1986) também afirma que o rigor da investigação não está na quantificação, nem esta permite a sua validação e fidedignidade, daí não haver justificação para não se reconhecer o sucesso das investigações de natureza qualitativa. São estudados seis hospitais do SNS.

Utilizou-se a técnica de entrevista individual a gestores de todos os hospitais do Distrito de Aveiro, ou nos seus interlocutores por si indicados. A opção de entrevistar gestores de topo teve por base o facto de serem estes nas organizações os responsáveis em última instância pela implementação das estratégias para a avaliação dos serviços e de programas de qualidade. Podemos dizer que a nossa amostra é uma amostra não

probabilística, de característica accidental uma vez que, quer os gestores hospitalares entrevistados, quer os *focus groups*, foram selecionados pela facilidade de acessibilidade em função da área geográfica e do momento do estudo. Uma vez que este estudo tem carácter exploratório não tem a pretensão da generalização dos resultados, pretendendo-se antes explorar e descrever um fenómeno, pelo que se pode admitir uma amostra reduzida (Fortin, 1996).

No tratamento dos dados recolhidos através das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo, que segundo Bereslson (*in* Vala, 1986, p. 103) é uma técnica de investigação que permite “a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. A análise de conteúdo parte dos dados obtidos dos discursos, mas já dissociados das fontes, e das condições em que foram produzidos. O autor da análise coloca os dados num outro contexto por ele construído, tendo por base os objetivos e o objeto de pesquisa. Vala (1986, p. 104) refere que a “finalidade da análise de conteúdo será pois efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”.

Foi solicitado a todos os Conselhos de Administração dos hospitais estudados autorização por escrito para a realização das entrevistas, em que se indicou a preferência por entrevistar o próprio Presidente do Conselho de Administração ou em quem delegasse. Solicitou-se também autorização para a gravação das entrevistas em registo áudio. Não se gravou uma entrevista efetuada num dos hospitais pelo facto de não se ter obtido autorização. Neste caso, transcreveu-se o conteúdo da entrevista à posteriori. A realização das entrevistas decorreu no próprio hospital onde cada gestor exerce funções em data e hora previamente acordadas. Foram realizadas seis entrevistas.

Recorreu-se ainda a *focus groups* constituídos por cidadãos-clientes hospitalares do distrito, cujos entrevistados foram convidados por forma a obter a formação de grupos de seis pessoas no mínimo. Um dos requisitos na seleção dos participantes centrava-se no facto de já terem vivenciado uma experiência com um serviço hospitalar, qualquer que fosse, da área geográfica em causa. Optamos por incluir participantes com idade acima de dezoito anos de idade, não foi no entanto estabelecido limite máximo, mas sim o facto da pessoa ter discernimento e capacidade em se exprimir. Foram realizados *três focus groups*, constituídos por sete elementos cada. Foi solicitada autorização para a gravação audio das sessões. A escolha deste método para a recolha de dados deve-se à necessidade de obter

informação direta dos utentes hospitalares. A entrevista em grupo permite uma orientação do estudo quando este aborda um assunto ainda pouco conhecido. Também permite obter pontos de vista e significados diferentes (Flick, 2005).

As entrevistas aos responsáveis hospitalares foram realizadas entre junho a setembro de 2011 e tiveram a duração entre 1 hora a 1h30 minutos. O tempo utilizado com os *focus groups* teve também uma média de 1h 30 minutos e as entrevistas realizaram-se entre setembro e outubro 2011. Foi garantido anonimato e confidencialidade dos dados colhidos a todas as organizações hospitalares, bem como aos participantes nos *focus groups*.

As entrevistas constituem um instrumento de recolha de dados sempre que se tem necessidade de explorar novos contextos que não se encontram em registos ou noutras fontes documentais e que podem ser fornecidas diretamente por pessoas.

Os objetivos da entrevista estão intimamente relacionados com os objetivos da investigação, sendo pedido ao interlocutor que explore de forma livre e aberta determinado assunto que se quer aprofundar, não importando pois a colocação de demasiadas questões, uma vez que não se trata de um interrogatório nem de um inquérito por questionário. Dever-se-á estar atento a que o interlocutor não derive no seu discurso para aspetos que não estejam interligados à investigação (Cervo & Bervian, 1983).

As entrevistas desta investigação consideram-se semiestruturadas uma vez que tiveram por base um guião de forma a permitir a uniformidade da condução das entrevistas aos diversos intervenientes. O guião utilizado nas entrevistas aos gestores hospitalares ou colaboradores é apresentado no Anexo 1, sendo o guião utilizado nos *focus groups* apresentado no Anexo 2. No entanto as entrevistas não foram dirigidas nem condicionadas, os entrevistados explanaram as questões colocadas, sendo o guião apenas um instrumento orientador. Nas entrevistas exploratórias, torna-se importante o entrevistado aprofundar o tema abordado, exprimir a sua experiência e a sua realidade bem como os seus próprios quadros de referência (Quivy & Campenhoudt, 1992). Cada questão constituiu um estímulo, mas pretendia-se que o entrevistado e *focus groups* pudessem ter abertura nos seus discursos a fim de podermos obter o máximo de informação, isto é tivemos em consideração o critério de amplitude referido por Flick (2005, p. 79) de forma a obter aspetos relevantes para a investigação. Ainda segundo o mesmo autor “a condução deste



tipo de entrevistas é caracterizada pela introdução de áreas temáticas e pela formulação intencional de perguntas assentes em teorias científicas acerca do assunto” (Flick, 2005, p. 84). Assim tendo-se em consideração a base teórica fundamentada pela revisão da literatura pretendeu-se simultâneamente obter um conhecimento mais aprofundado do entrevistado: “as relações formuladas nestas perguntas da entrevista têm o objetivo de tornar mais explícito o conhecimento implícito do entrevistado ” (Flick 2005, p. 84).

A análise e tratamento dos dados obtidos das entrevistas foi efetuada através da técnica de Análise de Conteúdo. Esta técnica segundo Bardin (1977, p. 38) “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A análise de conteúdo deve no entanto colocar em evidência a sua finalidade através de inferências ou de indicadores, quantitativos ou não. Trata-se de trabalhar a informação recolhida, de forma a chegar a representações “condensadas e explicativas” (Bardin, 1977, p. 38). Segundo Fortin (1996, p. 166), a análise de conteúdo “permite determinar comportamentos tipo, temas e relações, que são de seguida classificadas com a ajuda de um processo de análise síntese segundo as finalidades e os objetivos do estudo”.

Assim, depois da recolha das entrevistas através de gravação procedeu-se à sua transcrição na sua íntegra. Optámos por utilizar o *software* WebQDA (*Web Qualitative Data Analysis*), como recurso para a análise de dados qualitativos, permitindo efetuar a codificação e a categorização do material reproduzido em texto após a sua transcrição. Segundo Neri de Souza, Costa e Moreira (2010) “o investigador poderá editar, visualizar, interligar e organizar documentos. Poderá criar categorias, codificar, controlar, filtrar, fazer buscas e questionar os dados com o objetivo de responder às suas questões de investigação”. Partimos de uma pré-análise, efetuámos a exploração do material e o tratamento dos resultados, para posteriormente partir para a inferência e a interpretação dos dados.

Para a análise qualitativa dos dados, após a preparação e descrição do material bruto, foi necessário proceder à sua redução de forma a agrupar os componentes do discurso em temas significativos, e atribuímos categorias, em função das unidades de significação encontradas. Optamos como unidade de registo pelo conjunto de palavras significativas, isto é a frase, contextualizadas nas unidades de contexto. Este procedimento

teve subjacente os conceitos enunciados por Contandriopoulos *et al* (1994) e Bardin (1977). O procedimento de codificação corresponde a uma transformação dos dados obtidos a partir do texto. Sendo conforme citado por Holsti, “o processo pelo qual os dados brutos são transformados e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (*in* Bardin 1977, p. 103). Tendo em consideração os objetivos da análise, deve-se codificar a unidade de significação como unidade de base com vista à categorização e à contagem por frequências, recorrendo à unidade de registo. Por sua vez, a unidade de registo que serve de compreensão para codificar e que corresponde ao segmento da mensagem cuja dimensão é superior à da unidade de registo, é denominada de unidade de contexto. Tivemos pois em consideração estes procedimentos no nosso estudo empírico. Salienta-se ainda que utilizámos como unidade mais complexa “o tema”, sendo este uma afirmação acerca de um assunto, ou seja, “uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares” (Berelson *in* Bardin, 1977, p. 105).

A análise de conteúdo das seis entrevistas e dos *focus groups* realizados desenvolveu-se em duas fases:

- Transcrição das entrevistas, agrupamento das temáticas em análise e unidades de significação de acordo com o conteúdo das entrevistas efetuadas aos gestores ou a quem estes delegaram, repetindo-se o procedimento para os *focus groups*.

- Elaboração das categorias e subcategorias, a partir do guião e a partir da análise efetuada dos dados obtidos.

Procedeu-se também à análise documental dos relatórios “Avaliação da Satisfação e da Qualidade Apercebida dos Utentes” de 2008 e 2009, divulgados pela ACSS e UNL, do Relatório da Entidade da Saúde publicado em 2011 e do Relatório SIM-Cidadão publicado no mesmo ano, sobre as reclamações, referentes aos anos 2008 a 2010. A análise documental tem como objetivo esclarecer a especificidade e o campo de ação da análise de conteúdo. Chaumier (*in* Bardin 1977, p. 45) define a análise documental como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referenciação”.

Recolheu-se dados dos relatórios “Avaliação da Satisfação e da Qualidade Apercebida dos Utentes” apenas em relação à variável “satisfação” estudada a nível dos Serviços de Urgência, Consultas Externas, Internamentos e Cirurgia de Ambulatório dos hospitais públicos do Distrito de Aveiro. A ACSS e UNL efetuaram estes estudos recorrendo à metodologia do projeto ECSI-Portugal, (Índice Português de Satisfação do Cliente), adaptado à área da saúde cujas entrevistas telefónicas foram conduzidas recorrendo ao sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*) e efetuadas por amostragem. O relatório da “Avaliação da Satisfação e da Qualidade Apercebida dos Utentes” referente a 2008 refere que a idade dos entrevistados se situava entre os 15 e 75 anos e tinham que ter frequentado no primeiro trimestre de 2008, pelo menos uma vez os Serviços de Consulta Externa, Internamento, ou Serviço de Urgência. No relatório de 2009, a população estudada tinha idade inferior a 80 anos, e também tinha como condição terem frequentado pelo menos uma vez o Serviço de Consulta Externa, o Serviço de Internamento, o Serviço de Urgência ou Cirurgia de Ambulatório.

Salienta-se que já não foi possível obter dados dos estudos em relação à valência do Serviço de Urgência em todos os hospitais do Distrito de Aveiro, dada a remodelação a nível nacional destes serviços. O Serviço de Urgência no Hospital de Ovar encerrou em 2008. Em 2009 também deixaram de existir os Serviços de Urgências dos Hospitais de Anadia e Estarreja. O Hospital de Águeda passou a ter uma Unidade Básica de Urgência.

A triangulação de dados, entre os entrevistados e a documentação publicada, permite obter um maior rigor e fidelidade do estudo. Conforme refere Yin (2010, p. 142), “...um importante ponto forte da coleta de dados do estudo de caso é a oportunidade de usar diferentes fontes de evidência”. Este autor refere ainda a vantagem de utilizar várias fontes de dados: “fontes múltiplas de evidência, [...] é o desenvolvimento de linhas de convergência de investigação, um processo de triangulação e corroboração”. A fidelidade do estudo de caso assume-se essencialmente pela obtenção de informação por diversas fontes de informação.

Evidenciamos quatro documentos que permitiram a triangulação de dados de forma a contribuir para a diversidade da recolha de dados, bem como uma análise mais aprofundada e objetiva na metodologia de estudo de caso utilizada.

No Quadro 6 apresenta-se o resumo das técnicas utilizadas para a recolha de dados da nossa investigação, bem como as datas e o número de fontes. Optámos por enunciar as entrevistas aos gestores como E1 a E6, que correspondem à ordem pela qual foram efetuadas, procurando desta forma garantir o anonimato. Por sua vez as entrevistas aos participantes dos *focus groups* foram denominadas de FG1 a FG3, também conforme a ordem pela qual foram obtidas.

**Quadro 6 – Resumo dos dados recolhidos**

Técnica	Nº	Entidade		Entrevistados e Focus Groups		Análise
		Entrevista		Datas		
Entrevistas	6	H. Estarreja	E1	PCA	28/06/2011	Gestão da Qualidade; Métodos de Avaliação da Satisfação; Responsáveis da avaliação da satisfação; Divulgação de resultados; Perceção de mecanismos de envolvimento do CC; Perceção da participação do CC no órgão de gestão hospitalar.
		H. Águeda	E2	PCA	08/07/2011	
		H. Anadia	E3	PCA	18/07/2011	
		H. Aveiro	E4	Vogal Executivo e Responsável pelo Gabinete de Comunicação e Imagem	26/07/2011	
		H. Ovar	E5	Vogal Executivo e Assistente Social	17/08/2011	
		CHEDV	E6	Responsável pelo Gabinete de Relações Públicas	07/09/2011	
Focus Group	3	FG1		Grupo 1	25/09/2011	- Avaliação da Qualidade; - Dimensões de Qualidade; - Mecanismos de Envolvimento - Participação na gestão hospitalar; - Contributos para a Qualidade
		FG2		Grupo 2	07/10/2011	
		FG3		Grupo 3	08/10/2011	
Análise documental	4	Sistema SIM-Cidadão Relatório 2010		DGS	Agosto 2011	A análise da variável latente “satisfação” e índice de satisfação ; Análise do nº de Reclamações; Tipificação de reclamações; Propostas de melhorias por hospital.
		Relatório Nº 51 da IGAS		IGAS	Setembro 2011	
		Relatório ACSS e UNL 2008		ACSS e UNL	Outubro 2011	
		Relatório ACSS e UNL 2009		ACSS e UNL	Outubro 2011	

#### 7.4 – Caracterização dos Entrevistados

Dos seis hospitais públicos do Distrito de Aveiro foi-nos possibilitado entrevistar três Presidentes de Conselhos de Administração, dois Vogais Executivos, em que cada um destes últimos teve apoio de um profissional, um da área social, outro do Gabinete de Comunicação e Imagem, que complementaram as entrevistas. A entrevista num dos hospitais, foi efetuada ao responsável do Gabinete de Relações Públicas em quem foi delegada a entrevista pelo Presidente do Conselho de Administração. Não foi nossa intenção caracterizar os gestores de topo entrevistados sob ponto de vista de variáveis demográficas, uma vez que não têm influência para a nossa investigação. As entrevistas tiveram por base um guião como instrumento de orientação (Anexo 1) e decorreram entre junho e setembro de 2011.

#### 7.5 – Caracterização dos *Focus Groups*

Foram organizados três *Focus Groups* de cidadãos-clientes hospitalares residentes no Distrito de Aveiro, com sete pessoas cada. Tivemos em consideração o facto de terem tido pelo menos um contacto com um dos hospitais do Distrito. A experiência tida com o hospital podia ser um serviço de internamento, urgência ou consulta externa, não era condição ter estado internado, pois para o nosso estudo interessava colher a experiência e a perceção tida em termos de avaliação da qualidade dos serviços. Tivemos também um guião como instrumento de orientação para a condução das entrevistas de grupo (Anexo 2).

Os grupos apresentam a seguinte caracterização, conforme é descrito nos Quadros 7 a 9.

**Quadro 7 – Caracterização do *Focus Group* 1 (FG1)**

Profissão	Idade	Sexo
Estudante	23	F
Empregada doméstica	58	F
Administrativa	53	F
Empregado fabril	30	M
Reformado	64	M
Agente Fiscal	52	M
Administração Local	65	M

**Quadro 8 – Caracterização do *Focus Group 2* (FG2)**

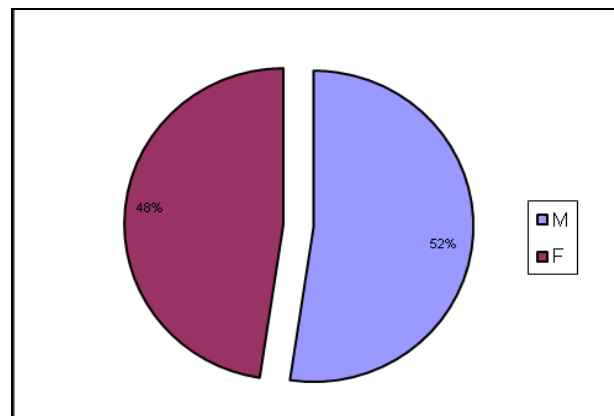
Profissão	Idade	Sexo
Empregado fabril	57	M
Economista	48	M
Empregado fabril	48	M
Administrativa	47	F
Administrativa	47	F
Engenheiro	45	M
Bancária	36	F

**Quadro 9 – Caracterização do *Focus Group 3* (FG3)**

Profissão	Idade	Sexo
Engenheiro	56	M
Estudante	23	F
Educadora de Infância	50	F
Reformado	82	M
Gerente Comercial	50	M
Administrativa	56	F
Professora	65	F

Obtivemos na totalidade dos participantes nos *Focus Groups* sob ponto de vista do género um grupo homogéneo.

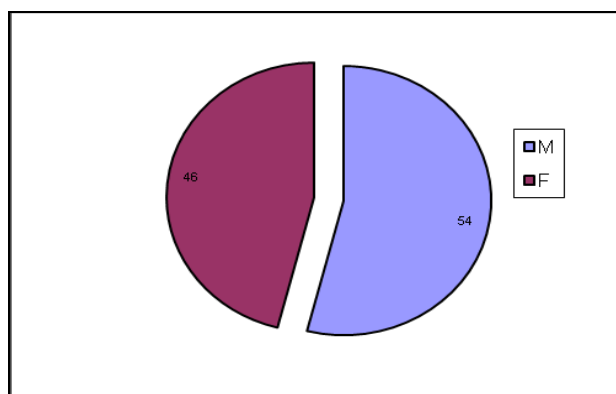
**Gráfico 1 – Percentagem dos intervenientes nos *Focus Groups* por Género**



No conjunto dos três grupos, 11 indivíduos são do sexo masculino, o que corresponde a 52% do total dos intervenientes nos *focus groups* e 10 indivíduos são do sexo feminino.

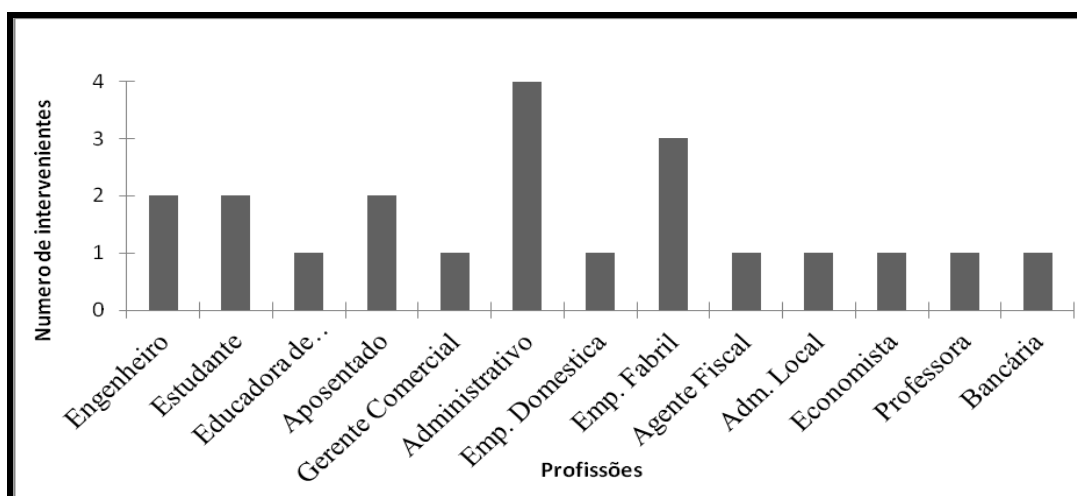
Quanto à média de idades também obtivemos uma média da faixa etária que se situa entre os 50 anos. No total dos entrevistados a média de idades do sexo masculino situa-se nos 54 anos e do sexo feminino, 46 anos.

**Gráfico 2 – Média de idades dos intervenientes nos *Focus Groups* por Género**



Sob ponto de vista das profissões, obtivemos a representação apresentada no Gráfico 3.

**Gráfico 3 - Distribuição por profissão dos intervenientes nos *Focus Groups***



Relativamente à profissão dos intervenientes, salienta-se que no total dos elementos que constituíram os *Focus Groups*, obtivemos maior representatividade em indivíduos que trabalham como administrativos e empregados fabris.





## Capítulo 8 - Apresentação e Análise dos Dados

### 8.1 - Introdução

Este capítulo tem como objetivo apresentar e analisar os dados obtidos através do estudo empírico. Na Secção 8.2 apresenta-se o resultado dos dados obtidos a partir da análise documental. Esta secção aborda os dados recolhidos dos relatórios da ACSS e UNL sobre a avaliação da qualidade percebida e da satisfação em 2008 e 2009. Analisamos também os dados dos relatórios do SIM-Cidadão e IGAS com dados de 2008 a 2010. Os dados foram selecionados em função das organizações hospitalares da área geográfica em causa. Na Secção 8.3 apresenta-se o resultado dos dados obtidos das entrevistas aos gestores hospitalares e *focus groups* e a sua análise através da técnica de análise de conteúdo. Nesta secção os dados apresentados e a sua análise é efetuada em função das questões orientadoras do estudo. Na Secção 8.4 apresentam-se os principais resultados da análise dos dados.

### 8.2 - Análise Documental

Os dados recolhidos da análise documental incidem sobre os índices da variável “satisfação”, nos anos 2008 e 2009, nos hospitais públicos do Distrito de Aveiro, nos Serviços de Urgência, Consultas Externas, Internamento e Cirurgia de Ambulatório.

A satisfação é a variável central e é avaliada a partir de três critérios, (ACSS & UNL, 2008 e 2009):

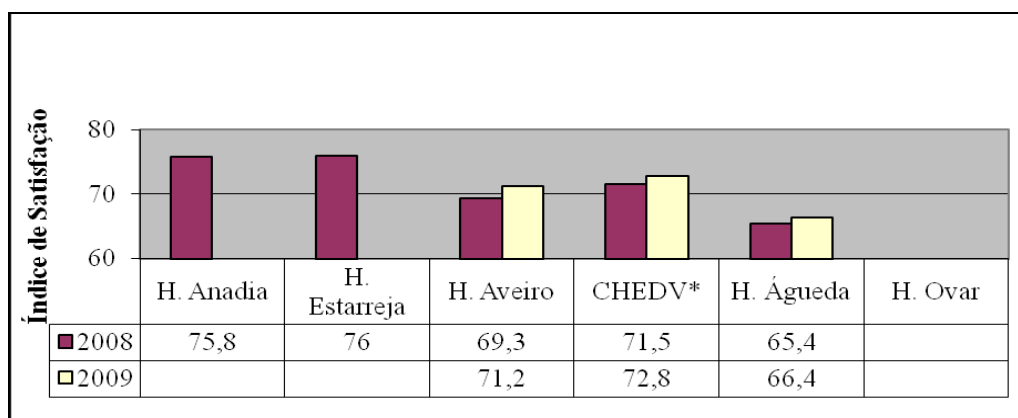
- A satisfação global com o hospital;
- A realização da expectativa em relação ao hospital;
- A distância do hospital ao hospital ideal.

O índice de satisfação varia numa escala de 0 a 100 e conforme explicitado nos relatórios, o índice com valores acima de 80 significa que o utente está muito satisfeito e com valores abaixo de 40, significa insatisfação (ACSS & UNL, 2008 e 2009).

### 8.2.1.- Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nos Serviços de Urgência

Na avaliação efetuada em relação aos Serviços de Urgência podemos observar os resultados que expomos de seguida nos hospitais em estudo. No entanto não é possível efetuar uma comparação entre todos os hospitais dado que entre 2008 e 2009 dá-se a reestruturação da rede destes serviços.

**Gráfico 4 - Resultados da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação no Serviço de Urgências, nos anos 2008 e 2009**



Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios ACSS e U NL (2008 e 2009)

Neste Gráfico 4 podemos observar que já não é possível efetuar a comparação da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nos Serviços de Urgências dos hospitais de Ovar, Anadia e Estarreja, dado o encerramento destes serviços. No entanto salienta-se que nos restantes hospitais do distrito o nível de satisfação aumentou, apesar de se supor que estes hospitais concentraram mais atendimentos. Os resultados demonstram que o índice de satisfação a nível dos Serviços de Urgência subiu entre 1 a 1,9 pontos, nos três hospitais que mantiveram este serviço, nestes dois anos. O índice de satisfação subiu em média 1,8 a nível nacional entre 2008 e 2009, conforme Quadro 10.

Todos os hospitais apresentam níveis de satisfação com um índice acima de 40, mas apenas três apresentam níveis acima de 70, mas não ultrapassam o índice 80. Neste estudo evidencia-se que todos os inquiridos referem estar satisfeitos com os serviços de urgência mas a avaliação não é “muito satisfeito”, apesar de dois hospitais SPA se aproximarem do índice 80.

Salienta-se que em 2008, o Centro Hospitalar entre Douro e Vouga\* (CHEDV) não estava ainda constituído, sendo que os dados apresentados se referem apenas ao Hospital S. Sebastião. Em 2009, a este hospital são agregados os hospitais de S. João da Madeira e de Oliveira de Azeméis, constituindo o CHEDV.

No Quadro 10 são referidas as médias do índice de satisfação nos anos 2008 e 2009, nos hospitais do Grupo III e Grupo IV, bem como dos hospitais EPE e SPA, e a média total nos hospitais. Os valores correspondem a valores da média de referência a nível nacional.

**Quadro 10 – Média do Índice de Satisfação nos Serviços de Urgência**

	2008	2009	Varição
Hosp. Grupo III	67,5	64,1	- 3,4
Hosp. Grupo IV	67,2	69,4	+ 2,2
Hosp. EPE	68,8	70,9	+ 2,1
Hosp. SPA	67,1	66,6	- 0,5
Hospitais	68,3	70,1	+ 1,8

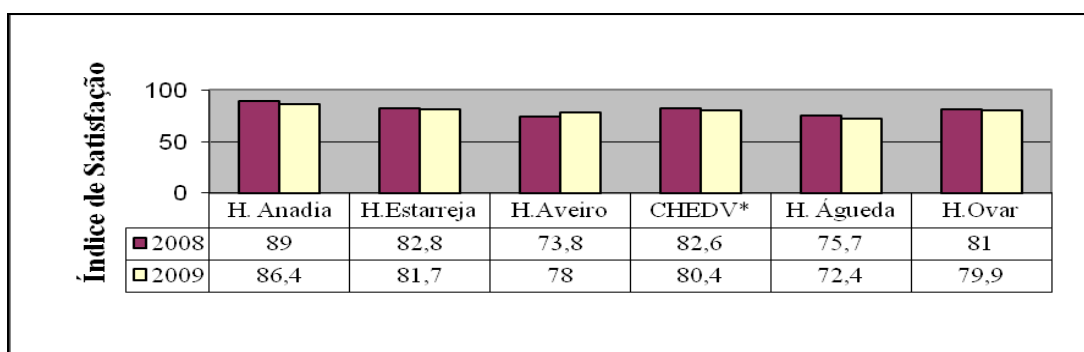
Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios da ACSS e UNL (2008 e 2009)

Verifica-se que a nível nacional o índice de satisfação em relação aos Serviços de Urgência nos hospitais do Grupo III diminuiu, enquanto que no Grupo IV aumentou, bem como nos hospitais EPE em relação aos hospitais SPA. No entanto a nível global verifica-se um aumento do índice de satisfação, em que os hospitais do Distrito de Aveiro se enquadram.

### 8.2.2 – Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nas Consultas Externas

No Gráfico 5 apresentamos os resultados para os Serviços de Consultas Externas, e no Quadro 11 as médias do índice de satisfação em função do grupo de hospital e do regime jurídico, com valores que correspondem a médias a nível nacional.

**Gráfico 5 – Resultados da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nas Consultas Externas, anos 2008 e 2009**



Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios da ACSS e UNL (2008 e 2009)

Apenas se verifica o aumento do nível de satisfação dos utentes nos Serviços de Consultas Externas no Hospital de Aveiro, nos restantes verifica-se uma diminuição do índice de satisfação. No entanto apesar do índice de satisfação ter diminuído entre 2008 e 2009, mantiveram-se valores acima de 80 com exceção em dois dos hospitais do distrito.

**Quadro 11 – Média do Índice de Satisfação nos Serviços de Consulta Externa**

	2008	2009	Variação
Hosp. Grupo III	79	79,9	+ 0,9
Hosp. Grupo IV	75,5	77,1	+ 1,6
Hosp. EPE	77,2	78,4	+ 1,2
Hosp. SPA	76,6	78,3	+ 1,7
Hospitais	77,1	78,4	+ 1,3

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios da ACSS e UNL (2008 e 2009)

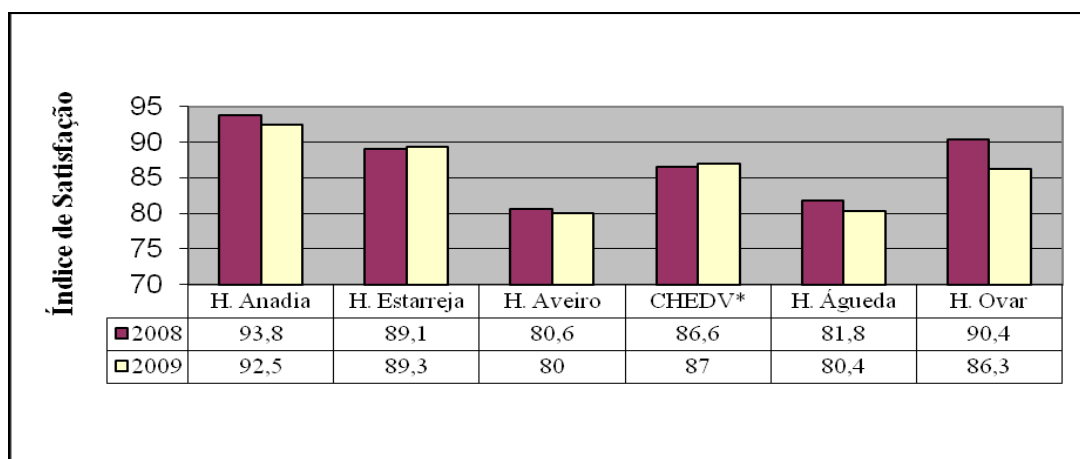
Apenas um hospital do Distrito de Aveiro se encontra de acordo com as médias de nível nacional que demonstram um aumento no índice de satisfação, pois os dados referentes aos outros cinco apresentam uma diminuição no índice de satisfação.

### 8.2.3 – Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nos Internamentos

No Gráfico 6 apresentamos o levantamento de dados referente à Avaliação da Satisfação da Qualidade percebida e da Satisfação a nível dos Serviços de Internamento,

entre 2008 e 2009. Estes valores, não sofreram variações muito significativas, denotando-se no entanto que decresceram em todos os hospitais, com exceção do Hospital de Estarreja e do Hospital da Feira, que em 2009 passou a Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (CHEDV). Salienta-se no entanto que o índice de satisfação nestes dois anos em análise não se situam abaixo de 80, o que traduz que os inquiridos demonstraram estar muito satisfeitos.

**Gráfico 6 – Resultados da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação no Internamento, em 2008 e 2009**



Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios da ACSS e UNL (2008 e 2009)

Apresentamos também o Quadro 12 com os valores que correspondem à média do índice de satisfação a nível nacional em relação aos serviços de Internamento. Em comparação com os valores médios de âmbito nacional, o índice de satisfação decaiu entre 2008 e 2009 na avaliação efetuada sobre os Serviços de Internamento com exceção para os hospitais do Grupo III.

**Quadro 12 – Média do Índice de Satisfação nos Serviços de Internamento**

	2008	2009	Varição
Hosp. Grupo III	83,8	85	+ 1,2
Hosp. Grupo IV	81,1	80,6	- 0,5
Hosp. EPE	82,6	81,8	- 0,8
Hosp. SPA	81,5	80,5	- 1
Hospitais	82,3	81,6	- 0,7

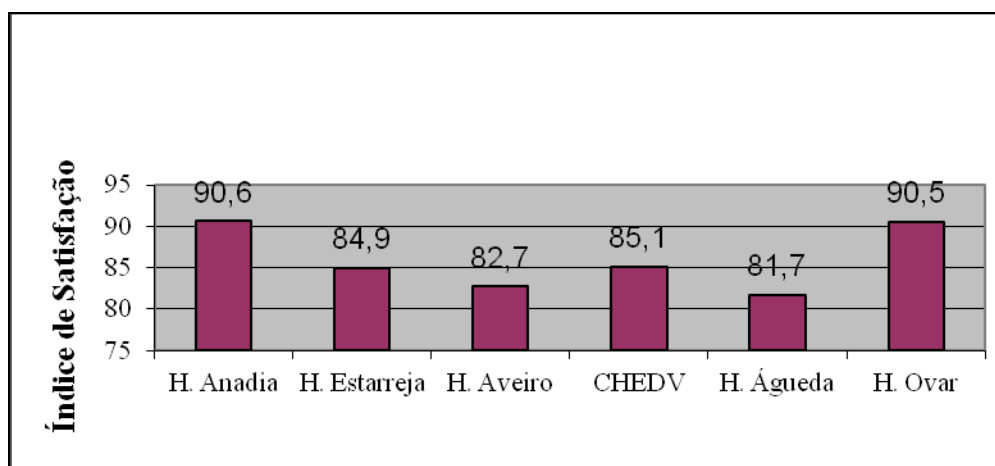
Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios da ACSS e UNL (2008 e 2009)

A nível do Distrito de Aveiro verifica-se que o índice de satisfação aumenta ligeiramente em dois hospitais: Hospital de Estarreja que é SPA e pertence ao Grupo III bem como no Hospital da Feira (CHEDV em 2009) que é EPE e pertence ao Grupo IV.

#### 8.2.4 – Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação na Cirurgia de Ambulatório

Dada a remodelação e reestruturação da rede de referenciação hospitalar, surge o incentivo à Cirurgia de Ambulatório e a rede de cuidados continuados. O Gráfico 7 apresenta os primeiros dados referentes à Avaliação da Qualidade e Satisfação percebida do utente relativamente à cirurgia de ambulatório, em 2009. No ano anterior ainda não se tinha iniciado a avaliação nesta valência.

**Gráfico 7 – Resultados da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação na Cirurgia de Ambulatório**



Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios da ACSS e UNL (2009)

Salienta-se que os hospitais de Anadia e Ovar apresentam valores mais elevados e muito próximos, destacam-se dos restantes hospitais do Distrito. Todos os hospitais apresentam índices acima de 80, o que demonstra que os inquiridos estão muito satisfeitos. Os hospitais ainda do Setor Público Administrativo do Distrito de Aveiro encontram-se num processo de reestruturação e aguardam a publicação da nova carta hospitalar, (informação confirmada nas entrevistas efetuadas). A implementação da cirurgia de

ambulatório de uma forma mais significativa faz parte da reforma hospitalar em curso e da reestruturação da missão dos hospitais.

**Quadro 13 - Média do Índice de Satisfação na Cirurgia de Ambulatório**

	2008	2009
Hosp. Grupo III	-	85,8
Hosp. Grupo IV	-	83,5
Hosp. EPE	-	84,4
Hosp. SPA	-	84,3
Hospitais	-	84,3

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios da ACSS e UNL (2009)

A Cirurgia de Ambulatório apresenta índices de satisfação elevados. Todos os hospitais do Distrito de Aveiro apresentam valores acima do índice 80, o que se enquadra nas médias nacionais e correspondem a uma avaliação de “muito satisfeito”.

### **8.2.5 – Reclamações, Tipificação e propostas de melhoria**

Apresentamos dados recolhidos dos relatórios do SIM-Cidadão e da IGAS de forma a permitir situar as principais reclamações por hospital do nosso estudo, bem como contextualizar os principais problemas que dão origem a reclamações. Nesta sequência também obtivemos dados da IGAS sobre as medidas implementadas por hospital em função das reclamações a que são alvo. Isto é a reclamação não é vista sob ponto de vista negativo mas sim como uma oportunidade para melhorar, neste caso a qualidade dos serviços de saúde.

#### **• Reclamações**

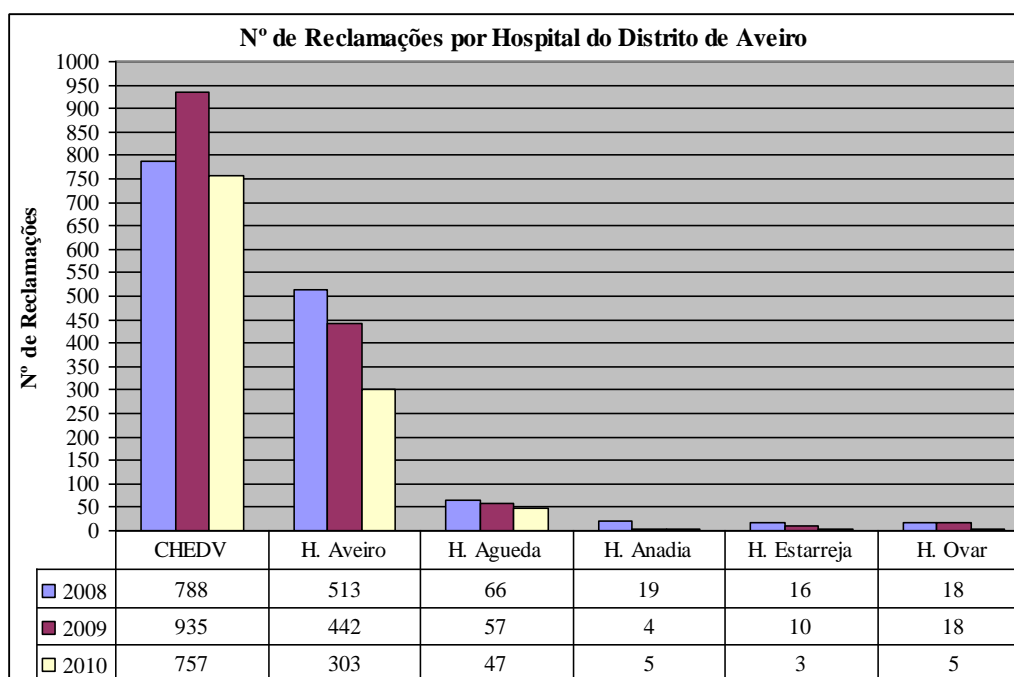
O relatório SIM-Cidadão (2011), divulgou os dados em relação às reclamações em função da atividade assistencial e por permissão, no entanto apenas em relação aos anos 2008 e 2009. Optámos pela recolha de dados e elaboração do gráfico abaixo mencionado, através do relatório da IGAS, pelo facto dos dados fornecidos serem referentes ao triénio 2008-2010, o que nos permitiu uma visão mais ampla da variação dos dados neste triénio.

O relatório da IGAS apresenta também as propostas de melhoria contínua por hospital na sequência das reclamações efetuadas.

O relatório SIM-Cidadão assinala os diversos problemas que dão origem a reclamações e tipificou esses dados em dois grupos de problemas: Problema de nível I constituídos por grandes áreas e problemas de nível II, que se incluem nos de nível I mas que são descritos mais em pormenor.

O Gráfico 8, apresenta o número de reclamações por hospital da região em estudo, no triénio 2008 a 2010.

**Gráfico 8 – Número de Reclamações por Hospital do Distrito de Aveiro no triénio 2008-2010**



Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório Nº 51/2011 da IGAS

A variação no número de reclamações não podem ser avaliadas de forma isolada, mas sim tendo em consideração o nível da atividade assistencial, sendo notório que os hospitais com serviços mais diferenciados, mais atividade assistencial e também com lotação de camas superior, apresentam maior número de reclamações. No entanto de uma forma geral a tendência neste triénio demonstra uma diminuição de reclamações em todos os hospitais com exceção para o CHEDV. Salienta-se que os hospitais que deixaram de ter Serviço de Urgência apresentam valores tendencialmente decrescentes neste triénio.



- **Tipologia de reclamações**

Segundo ainda o Relatório SIM-Cidadão (2011), referente a dados do ano 2010, as exposições são de três tipologias: reclamações, elogios e sugestões. Os dados referentes a elogios são apresentados por categorias profissionais, e não há evidência de dados referentes a sugestões. O Sistema de Registo também tipifica o tipo de problemas apresentados pelo cidadão em problemas de nível I e problemas de nível II, aspeto este que interessa para o nosso estudo.

**Quadro 14 – Tipificação de Problemas**

Problema de nível I	Problema de nível II
Prestação de Cuidados de Saúde	Cuidados desadequados Doentes sem Cuidados Tempo de Espera para Cuidados
Atos Administrativos/Gestão	Procedimentos Sistemas de Informação Leis/Regras/Normas
Relacionais/Comportamentos	Atendimento
Infraestruturas/Amenidades	Cuidados Hoteleiros Instalações e Equipamentos

Fonte: Relatório SIM-Cidadão (2011, p. 2)

A nível nacional salientam-se como principais problemas que motivaram o cidadão-cliente à reclamação: a prestação de cuidados, incluindo-se nesta categoria, os cuidados desadequados, os doentes sem cuidados e o tempo de espera. Seguem-se as queixas relativas aos atos administrativos, que incluem procedimentos, sistemas de informação e normas. Encontramos ainda como motivo de insatisfação a nível nacional, questões relacionadas com o comportamento, em que se inclui o atendimento. No grupo das infraestruturas e amenidades, encontram-se os serviços hoteleiros, as instalações e equipamentos. Ainda segundo o mesmo relatório, podemos analisar as dez causas mais mencionadas para as reclamações.

**Quadro 15 – Causas de reclamações**

Causas	2009	2010
Tempo de espera no Serviço de Urgência	1º	1º
Tempo de espera para atendimento	2º	2º
Falta de cortesia	3º	3º
Má prática	5º	4º
Regras inadequadas/inaplicáveis	4º	5º
Tempo de espera para consultas de especialidade	7º	6º
Perfil desadequado	6º	7º
Falta de informação aos familiares	8º	8º
Desrespeito no trato interpessoal	10º	9º
Sistema de acompanhante e visitas	9º	10º

Fonte: Relatório SIM-Cidadão (2011) (adaptado)

De notar que entre 2009 e 2010 não se evidenciam alterações significativas no posicionamento das dez causas que estão na origem das reclamações. As três principais causas de reclamação mantiveram-se: tempo de espera no serviço de urgência, tempo de espera para atendimento e falta de cortesia. Os resultados divulgados correspondem a dados globais a nível nacional, o relatório não especifica as causas por hospital.

#### • Propostas de Melhoria Contínua por Hospital

Os hospitais implementam medidas de melhoria em função das reclamações efetuadas e da informação recolhida do gabinete de utente, exemplo desse facto são as medidas referidas pelos hospitais entre os quais os do Distrito de Aveiro e assinaladas no relatório da IGAS, conforme explicitado no Quadro 16.

### Quadro 16 – Melhorias implementadas nos hospitais em função de reclamações

<b>Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforço da monitorização dos indicadores de qualidade do S.U;</li> <li>- Alargamento das instalações do S.U;</li> <li>- realização de formação sobre o relacionamento com os utentes;</li> <li>- Definição de indicadores de qualidade sobre o fornecimento do serviço de alimentação e acompanhamento com reuniões mensais com a empresa fornecedora;</li> <li>- Aquisição de carro de distribuição de alimentação para garantir a adequabilidade da temperatura das refeições nos internamentos;</li> <li>- Uniformização de informação às puérperas,</li> <li>- Melhoria do tempo de espera nas consultas externas e cirurgias;</li> </ul>
<b>Hosp. Aveiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alargamento do horário dos serviços;</li> <li>- Intensificação da oferta de formação na área de comunicação e relações interpessoais;</li> <li>- sinalização dos tempos de espera no Serviço de Urgência,</li> <li>- Disponibilização de suportes informativos sobre a triagem de Manchester.</li> </ul>
<b>Hosp. de Águeda</b>	- Melhoria na organização dos serviços.
<b>Hosp. de Anadia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Início das consultas marcadas por hora;</li> <li>- Alteração do procedimento de admissão e transferência de doentes após encerramento do Serviço de Urgência;</li> <li>- Diminuição do tempo de entrega de exames no Serviço de Imangiologia.</li> </ul>
<b>Hosp. de Estarreja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação “Atendimento e Serviço ao Utente” para todos os profissionais;</li> <li>- Implementação de um novo sistema de gestão da fila de espera na consulta externa.</li> </ul>
<b>Hosp. de Ovar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atualização/Revisão do procedimento – regulamento das visitas dos delegados de informação médica;</li> <li>- Alteração da comunicação de marcação de consulta para melhorar o relacionamento entre o cidadão e o prestador.</li> </ul>

Fonte: Relatório N° 51/2011 da IGAS (2011:18-21)

### 8.3 – Análise das Entrevistas e *Focus Groups*

A partir dos dados recolhidos nas entrevistas aos gestores hospitalares, extraíram-se os conteúdos que passamos a apresentar que contribuem para a nossa investigação, através da técnica da análise de conteúdo.

Apresentamos os resultados das entrevistas em quadros que englobam o tema em análise, as categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo. Por cada categoria apresentamos testemunhos dos entrevistados a fim de elucidar e reforçar os conteúdos obtidos.

Apresentamos no Quadro 17 a síntese dos temas em análise que resultam das entrevistas e *focus groups* que contribuem para uma melhor compreensão da recolha e análise em questão.

**Quadro 17 – Síntese das questões e áreas temáticas das entrevistas**

<b>Questões</b>	<b>Tema</b>
<b>Avaliação da Satisfação</b>	Gestão da Qualidade
	Métodos de avaliação da satisfação utilizados
	Responsável pela avaliação da satisfação
	Divulgação dos resultados da avaliação da satisfação
<b>Dimensões de Qualidade valorizadas pelo cidadão-cliente</b>	Avaliação da qualidade hospitalar pelo cidadão-cliente
	Dimensões de qualidade avaliadas pelo cidadão-cliente
<b>Mecanismos de envolvimento do cidadão-cliente com os serviços hospitalares para a MCQ</b>	Perceção do cidadão-cliente sobre os mecanismos e instrumentos de envolvimento para a MCQ
	Fatores impeditivos de envolvimento do cidadão-cliente para a MCQ
	Perceção do gestor sobre o envolvimento do cidadão-cliente para a MCQ
<b>Participação do cidadão-cliente no órgão de gestão hospitalar</b>	Perceção sobre a participação do cidadão-cliente no órgão de gestão hospitalar

### **8.3.1 - Avaliação da Satisfação nos Hospitais do Distrito de Aveiro**

As entrevistas aos gestores hospitalares iniciaram-se de forma a perceber o atual contexto na gestão da qualidade dos hospitais do Distrito de Aveiro sobretudo em termos de implementação de procedimentos na melhoria contínua da qualidade, e que métodos utilizam para a avaliação da satisfação do cidadão-cliente. Do decorrer da entrevista também obtivemos dados sobre quem faz essa avaliação e como são divulgados os resultados.

#### **• Gestão da qualidade**

Os hospitais públicos do Distrito de Aveiro têm diferentes regimes jurídicos, pelo que considerámos relevante compreender em que situação se encontravam sob ponto de vista da gestão da qualidade efetuada. Questionámos os responsáveis que nos concederam as

entrevistas sobre a existência de Comissões de Qualidade, se possuíam processos de certificação em curso, se efetuavam a avaliação da satisfação, a importância da implementação de processos de melhoria contínua e avaliámos o foco da centralidade no cidadão-cliente.

**Quadro 18 – Gestão da qualidade nos hospitais públicos do Distrito de Aveiro**

Tema: Gestão da qualidade		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de Registo
<b>Comissão de qualidade</b>	Ativa	1
	Não ativa	5
<b>Processo de certificação/acreditação</b>	Em curso	2
	Não têm	4
<b>Avaliação da satisfação</b>	-	23
<b>Melhoria contínua da qualidade</b>	-	18
<b>Centralidade no cidadão-cliente</b>	-	14

Dos seis hospitais inquiridos, apenas um refere ter um grupo de trabalho no âmbito dos procedimentos inerentes à gestão da qualidade, sendo este um EPE e com processo de acreditação em curso. Os outros hospitais referem não ter comissão ou não estar a funcionar. A avaliação da satisfação é efetuada e a partir dessa avaliação as organizações promovem processos de melhorias de qualidade.

Testemunhos: “Comissão de Qualidade”

“não há comissão de qualidade, mas há pessoas que estão ligadas”(E6).
“a comissão de qualidade já funcionou melhor”(E1).
“não temos comissão de qualidade”(E2).
“já tivemos comissão de qualidade quando o hospital estava acreditado”(E3).
“temos comissão de qualidade nomeada mas não funciona”(E4).

Quanto a processos de certificação, verificámos das entrevistas que dada as mudanças inerentes à reforma em curso do sistema de saúde coloca-se em causa a continuidade da implementação de sistemas de gestão. Os hospitais SPA do Distrito de Aveiro aguardam a redefinição da carta hospitalar. Dois hospitais têm já serviços de

cuidados continuados, daí a alteração da sua missão. Dois hospitais SPA que estavam acreditados, não a renovaram, outros não têm qualquer processo em curso.

Testemunhos: “Processo de certificação/acreditação”

“não, não promovemos a reedição da acreditação, entrámos numa fase de alteração de paradigma”(E3).
“por estarmos num período de transição em que não sabemos as novas orientações do Ministério da Saúde”(E5).
“não, não está acreditado, nem totalmente, nem parcialmente”(E2).
“não temos nenhum processo de acreditação em curso”(E4).

Em relação à avaliação da satisfação foi-nos dito que é efetuada mas que deve ser fomentado outro tipo de análise e ter em consideração o momento em que é efetuada. Os gestores referem que os utentes não intervêm de forma crítica. A avaliação da satisfação segundo os gestores entrevistados não é efetuada de forma sistematizada na maioria dos hospitais em estudo, como veremos na análise em relação aos métodos utilizados.

Testemunhos: “Avaliação da satisfação “

“temos de fomentar outro tipo de análise, temos de procurar o negativo no terreno”(E1).
“já fizemos no momento da alta, e seis meses depois, mas é difícil, a pessoa tem tendência a responder sempre bem”(E3).
“temos três níveis de avaliação: bom, não satisfaz e mau”(E6)

Quanto à melhoria contínua da qualidade a partir da avaliação da satisfação, e das exposições efetuadas pelo cidadão cliente, os hospitais referem que efetivamente o fazem, e que as decisões passam obrigatoriamente pelo Conselho de Administração.

Testemunhos: “Melhoria Contínua da Qualidade”

“sim, quando estamos a falar de uma variável estratégica para o hospital”(E1).
“quando os resultados são tratados e nos chegam, nós refletimos e repensamos alguns procedimentos”(E2).
“todas as reclamações passam pelo CA para a tomada de resolução das situações”(E6).
“há pequenas coisas nas sondagens que nos permitem corrigir, permite-nos melhorar a qualidade”(E6).

Quanto à centralidade no cidadão-cliente, os gestores dos hospitais têm esse aspeto em consideração e presente.

Testemunhos: “Centralidade no cidadão-cliente”

“portanto o objetivo central é sempre tratar do doente e nós perspetivamos a organização com esse eixo principal que é o doente”(E2).  
“nós sempre estivemos sempre muito focalizados no cidadão, no cliente e tivemos sempre níveis de satisfação em crescendo”(E3).

A reestruturação do SNS, nomeadamente da rede dos serviços de urgência que afetou parte dos hospitais onde decorreram as entrevistas conduziu à mudança de paradigma da oferta de cuidados. Encontrámos diferentes métodos de avaliação da satisfação utilizado pelos hospitais que se traduzem essencialmente uns como aleatórios outros sistematizados.

- **Métodos que os hospitais utilizam para a avaliação da satisfação**

Outro objetivo do nosso estudo empírico foi perceber como os hospitais efetuam a avaliação de satisfação e obtivemos os seguintes resultados:

**Quadro 19 – Método de avaliação da satisfação utilizado pelos hospitais**

Tema: Método de Avaliação da Satisfação		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de Registo
Método	Aleatório	3
	Sistematizado	11

Das entrevistas efetuadas aos gestores das organizações hospitalares o método de avaliação constituiu um dos temas cuja análise de conteúdo conduziu à categorização das unidades de significação como “método” e às sub-categorias que permitem compreender o tipo de estudos. Constatámos que nem todos os hospitais estão organizados da mesma forma na recolha de elementos de avaliação de satisfação. Dos dados recolhidos percebemos que o método de avaliação não é efetuado de forma sistematizada nos hospitais, são efetuados pontualmente, isto é aleatoriamente. No entanto foi referido que há estudos sistematizados efetuados pelo Ministério da Saúde, sendo estes os mais referidos.

Testemunhos: “Métodos de avaliação”

“Aleatoriamente o hospital faz algumas questões aos seus utentes e cidadãos” (E1).
“não é de carácter periódico nem sistemático, mas de vez em quando fazemos essa avaliação”(E2).
“A forma sistemática não é liderada por nós, é liderada pela ACSS que é um organismo nacional da esfera do Ministério da Saúde” (E1).
“Mas entrámos na primeira ou segunda avaliação feita pela ACSS”(E3).
“uma vez que há uma entidade idónea que o faz, não se faz”(E4)
“as sondagens permitem ir ao fundo das questões e por outro lado temos um trabalho pedagógico e explicar, informarmos as pessoas porque é de uma maneira e não de outra” (E6).

Na maioria dos hospitais os estudos que a própria instituição faz não se efetuam com regularidade, apenas um efetua com regularidade estudos de avaliação de satisfação através de sondagens telefónicas de forma sistematizada e transversal a todos os serviços. Este hospital neste momento faz sondagens por amostragem dado o elevado número de atendimentos. É um hospital EPE e tem também uma base de dados própria onde todas as exposições ficam registadas, com dados muito mais abrangentes do que os que são solicitados pelo SIM-Cidadão. Esta monitorização é mensal e os resultados são enviados ao Conselho de Administração. Apenas um hospital respondeu que não efetua qualquer estudo interno uma vez que existe uma entidade credenciada para esse efeito que já o faz. Os estudos referidos como sistematizados são os efetuados pela ACSS de âmbito nacional. No entanto todas as organizações têm em consideração os resultados evidenciados nesses estudos de âmbito nacional.

Na sequência das entrevistas, os dados obtidos sobre os processos inerentes à interligação com o cidadão-cliente no âmbito da avaliação da satisfação conduziram à tomada de conhecimento dos diferentes intervenientes por hospital responsáveis, isto é com um papel determinante na relação com o cidadão-cliente.

• **Responsável pela avaliação de satisfação e características de funcionamento**

A responsabilidade na interação com o cidadão-cliente para a avaliação da satisfação difere de instituição para instituição, neste caso particular de análise entre hospitais EPE e SPA.

Verificámos que o envolvimento do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade é efetuada de diferentes formas dada as diferenças na orgânica entre os hospitais. No nosso estudo a diferença da responsabilidade do desenvolvimento desse trabalho coincide com a diferença de regime jurídico do hospital. Para além de encontrarmos gabinetes com



diferentes funções mas todos com responsabilidade no âmbito do registo de reclamações (SIM-Cidadão) a forma de abordagem é diferente, denotando-se uma maior preocupação junto dos hospitais EPE em solucionar na hora o problema do cidadão, segundo os dados da análise das entrevistas.

**Quadro 20 – Responsável na avaliação da satisfação do cidadão-cliente nos hospitais**

Tema: Responsável na avaliação da satisfação		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de Registo
Gabinete de Utente	Interface com o CC	10
	Gestão de Reclamações	2
	Informação	6
Gabinete de Comunicação e Imagem	Projeção da Imagem	3
	Comunicação e Informação	6
	Gestão de Reclamações	2
Gabinete de Relações Públicas	Relação com o CC	3
	Sondagem	3
	A Análise	5
	Vertente Gabinete de Utente	3
	Validação da satisfação	3
	Validação da informação	2

Em todos os hospitais SPA, quem atende o cidadão-cliente nas diversas exposições é o Gabinete de Utente e é também esta unidade que efetua a avaliação de satisfação. Apesar de nos hospitais SPA serem os Gabinetes de Utente que têm vindo a efetuar a avaliação de satisfação, denota-se que os gestores reconhecem que não é esta a sua função e que deveriam estar mais centrados na sua missão, que é o trabalho social.

Testemunhos: “Gabinete de Utente”

“há uma articulação muito próxima socialmente, que presta serviço no terreno e portanto temos essa interface muito grande” (E2).
“O gabinete de utente segue a aplicação da lei” (E3).
“embora o gabinete de utente trate das situações sociais relativas ao utente” (E4).
“não entendo que seja o Gabinete de Utente a tratar de todos os aspetos dos utentes, o Gabinete de Utente tem já uma série de funções legisladas” (E1).
“este deveria ter outras questões que não tem a ver com questões sociais, muitas vezes a gestão de conflitos” (E6).

Nos hospitais encontrámos outras realidades. Um deles recorre ao seu Gabinete de Comunicação e Imagem que centraliza todo o processo de exposições e efetua os

procedimentos relativos ao SIM-Cidadão. O outro hospital recorre ao Gabinete de Relações Públicas, em que este também recolhe todas as exposições e todos os procedimentos do SIM-Cidadão.

Testemunho: “Gabinete de Comunicação e Imagem”

“O Gabinete de Comunicação e Imagem mostra o livro de reclamações, mas aproveita para perceber o que se passa com o cliente e esclarecer a situação” (E4).

“o Gabinete de Comunicação e Imagem passou a desempenhar outra função que foi o de tratar as reclamações na hora” (E4).

Testemunho: “Gabinete de Relações Públicas”

“o nosso objetivo é resolver e dar o feedback” (E6);

“o que interessa é ir ao cerne da questão, temos esta forma passiva de resolver o conflito” (E6).

“nós registamos tudo para além do que está preconizado no SIM-Cidadão” (E6).

Tendo em consideração que se faz a avaliação da satisfação e que existem exposições do cidadão-cliente, uma das questões centrava-se na divulgação desses resultados, e de como era efetuada, se os profissionais tinham acesso e se havia divulgação para fora da organização hospitalar.

#### • Divulgação de resultados da avaliação de satisfação

Dos dados obtidos percebemos que os resultados da avaliação da satisfação são divulgados quer internamente na própria instituição nomeadamente através da intranet, mas também para o exterior através da internet.

**Quadro 21 – Divulgação dos resultados da avaliação da satisfação**

Tema: Divulgação dos resultados da avaliação da satisfação		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de Registo
Divulgação	Interna	8
	Externa	7
	Adequação à ACSS	5

Da contribuição do cidadão-cliente no seu relacionamento com a organização hospitalar e face à expressão da sua satisfação, tentámos perceber se as organizações divulgam os resultados obtidos, quer junto dos seus funcionários, quer para o

exterior. Os estudos da avaliação da qualidade percebida e da satisfação dos utentes têm sido publicados no portal da ACSS<sup>18</sup>. Ainda em relação aos resultados divulgados pela ACSS, os gestores hospitalares consideram-nos sobreponíveis aos dados que têm quando efetuam a sua própria avaliação.

Testemunhos: “Divulgação de resultados da avaliação de satisfação”

“Sim, se for direcionado para um serviço específico vai para esse serviço ou então para a Intranet, se for a nível geral do hospital vai para a rede social” (E1).
“fazemos divulgação interna” (E5).
“os diretores de serviço que queiram saber como está o serviço está lá a informação”(E6).
“estão de acordo com as estatísticas divulgadas oficialmente”(E2).
“a diferenciação são mínimas, os valores são sobreponíveis ou senão “coincidentes com os que vieram da ACSS”(E3).

### 8.3.2 - Dimensões de qualidade valorizadas pelo cidadão-cliente

Foi nossa intenção perceber qual a perceção do cidadão-cliente sobre a qualidade a nível hospitalar e dos cuidados prestados, bem como a identificar as dimensões de qualidade mais valorizadas a nível dos hospitais do distrito. Da análise dos discursos obtidos dos *focus groups* salientam-se os seguintes resultados:

#### • Avaliação da qualidade

Nas entrevistas efetuadas aos participantes nos *focus groups* avaliou-se a perceção sobre a qualidade dos hospitais.

**Quadro 22 – Avaliação da qualidade hospitalar pelo cidadão-cliente**

Tema: Avaliação da qualidade pelo cidadão-cliente		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de registo
Perceção	Positiva	5
	Negativa	12

Os participantes nos *focus groups* referiram não terem sido confrontados com o

<sup>18</sup> <http://www.acss.min-saude.pt/>

pedido de opinião sobre a avaliação da qualidade hospitalar e as percepções dividem-se entre positivas ou negativas. Sob ponto de vista de percepções negativas demonstraram não estar confiantes com os procedimentos de avaliação de satisfação e a sua aplicabilidade.

Testemunhos: “Percepção do cidadão-cliente sobre a qualidade hospitalar”

“desde há uns anos para cá temos evoluído em muitos aspetos, em geral os hospitais, enfermagem e isso têm outra formação que antigamente não tinham, têm outra maneira de ver o doente”(FG1).

“é a satisfação das minhas expectativas desde que venha embora com a expectativa que fui bem atendido, essa segurança para mim é o mais importante”(FG2).

“eu considero o SNS francamente satisfatório, é de muito boa qualidade”(FG3).

“no hospital público não, no privado sim, foi o único que perguntou se fomos bem atendidos”(FG1).

“é só para ganhar o certificado de qualidade”(FG1).

“nunca ninguém me perguntou, nunca estive sujeito a um questionário de satisfação”(FG3).

#### • Dimensões de qualidade

Os participantes nos *focus groups* evidenciam na avaliação dos serviços de saúde algumas dimensões de qualidade no âmbito das quais se salientam, o atendimento, a competência profissional, amenidades e a informação. No Quadro 23 evidenciam-se as dimensões de qualidade mais vezes referidas.

A nível do atendimento, os grupos manifestaram que consideravam um bom atendimento se fossem atendidos de forma a que lhe fosse resolvido o problema. O tempo de espera foi também um dos aspetos referidos como condicionante na satisfação sobre o atendimento. Outra dimensão no âmbito do atendimento que foi mais referida é a identificação dos profissionais. A privacidade e a presença de acompanhante ou mesmo o acompanhamento profissional, foram também dois outros aspetos que se salientaram. A dimensão mais referida e à qual foi dada mais importância foi a informação. Os intervenientes demonstraram que esta dimensão é a que mais influencia na avaliação da satisfação da qualidade quando entram num serviço de saúde, neste caso num hospital.

**Quadro 23 – Dimensões de qualidade avaliadas pelo cidadão-cliente**

Tema: Dimensões de qualidade avaliadas pelo cidadão-cliente		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de registo
<b>Atendimento</b>	Problema de saúde resolvido	6
	Bem tratado	8
	Tempo de espera	5
	Identificação do profissional	11
	Privacidade	4
	Presença de acompanhante	5
<b>Competência profissional</b>	Técnica	6
	Relacional	11
<b>Amenidades</b>	Conforto	8
	Instalações	2
<b>Informação</b>	—	24

O testemunho dado pelos participantes nos *focus groups* evidencia a importância dada ao atendimento.

Testemunhos: “Dimensão atendimento”

“é ser bem tratado, sair com o problema resolvido”(FG1).
“na hora da minha debilidade ter um atendimento personalizado na hora, para mim já é meio caminho andado”(FG2).
“para mim satisfação é um atendimento rápido”(FG3).
“não temos a perceção de quem são, pedimos ajuda à primeira pessoa que aparece”(FG1).
“mas o bata branca se não for a placa não sabemos com quem estamos a falar”(FG1).
“por exemplo sabemos o nome do médico, não sabemos o nome do enfermeiro”(FG2).

A competência profissional foi outra das dimensões de qualidade valorizadas, em que se subdivide em competência técnica e competência relacional. A competência relacional é a mais valorizada.

Testemunhos: “Dimensão Competência Profissional”

“ter o mínimo de formação e estar presente com o utente quando ele precisa mesmo”(FG1).
“bons conhecimentos técnicos de todos os profissionais, mesmo dos auxiliares”(FG3).

As amenidades foram também focadas como importantes em termos de satisfação, uma vez que as instalações e o conforto se consideram importantes quando se utilizam serviços de saúde.

Testemunhos: “Dimensão Amenidades”

“também ajuda a melhorar se tivermos o mínimo de condições”(FG1)

“as casas de banho são terríveis, são genericamente más”(FG3)

A informação foi a dimensão mais focada e à qual os entrevistados deram maior importância. Os participantes nos *focus groups* referiram que na procura dos serviços hospitalares não encontram informação sobretudo na sua localização e sobre os procedimentos.

Testemunhos: “Dimensão Informação”-

“se tivermos escrito informações, linhas que nos informem é mais fácil do que andar por lá nos serviços”(FG1).

“não são as linhas, não é suficiente, é as pessoas estar presentes e explicar porque há muitas pessoas que não conhecem as linhas, há muitas pessoas que entram num hospital ou centro de saúde e não sabem ler”(FG1).

“eu continuo a achar que no SNS falta muita informação”(FG2).

“o ecrã nas consultas externas para a média dos portugueses nomeadamente idosos, digamos que aquele ecrã é muito complicado, portanto há dúvidas”(FG3).

### **8.3.3 – Mecanismos de envolvimento do cidadão-cliente com os serviços hospitalares para a MCQ.**

A opinião do cidadão-cliente, a sua voz e a sua participação permitem que estas possibilitem às organizações de saúde uma melhor prestação dos serviços e que estas adotem medidas para a mudança. Procuramos analisar a realidade a nível dos hospitais públicos do Distrito de Aveiro. Esta questão é analisada sob ponto de vista do cidadão-cliente e sob ponto de vista dos gestores dos hospitais.

• **Mecanismos de envolvimento para a MCQ: percepção do cidadão-cliente**

Da análise das entrevistas efetuadas aos participantes nos *focus groups* evidenciou-se os mecanismos a que o cidadão-cliente pode aceder de forma a envolver-se para a qualidade dos serviços hospitalares.

**Quadro 24 – Percepção do cidadão-cliente sobre os Mecanismos e Instrumentos de envolvimento para a MCQ**

Tema: Percepção do cidadão-cliente sobre os mecanismos e instrumentos de envolvimento para a MCQ		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de registo
Exposições	Reclamação	9
	Elogios	7
	Caixa de sugestões	2
Profissionais do hospital	-	6

Das respostas obtidas sobre como se podem envolver para melhorar a qualidade a nível dos hospitais, obtivemos respostas cujas unidades de registo foram incluídas em duas principais categorias que se subdivide em subcategorias, incluídas no tema “mecanismos e instrumentos de envolvimento”. Codificámos as unidades de registo em exposições e a relação direta com os profissionais do hospital. Elaborámos sub-categorias aos diferenciar as várias respostas analisadas. As exposições mais percecionadas são as reclamações, mas também se verifica a presença de elogios. As caixas de sugestões não são praticamente referidas.

Testemunhos: “Exposições”

“há neste serviço um livro de reclamações”(FG1).
“a insatisfação manifestamos mais facilmente, a satisfação não o fazemos”(FG2).
“hoje na saúde, a reclamação tem repercussões graves, se reclamarmos isso tem repercussões”(FG2).
“há pessoas que vão agradecer para a televisão, ou agradecer pessoalmente”(FG1).

A procura dos profissionais, quer os que prestam diretamente os cuidados, quer a direção do hospital ou o gabinete de utente, são também formas de o cidadão-cliente poder fazer chegar a sua voz. Consideram a assistente social e a direção do hospital como sendo as possíveis formas de diálogo para se fazerem ouvir.

Testemunho: “Profissionais”

“primeiro chegar á direção, primeiro, depois não sei”(FG2).

”o assistente social é que era a pessoa indicada para isso”(FG1).

### • Impedimentos para o envolvimento

Das entrevistas salientaram-se alguns fatores referidos como impeditivos do envolvimento do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade dos hospitais, tais com o receio de represálias ao apresentar uma reclamação, desconhecimento dos procedimentos e a quem se dirigir, bem como desconfiança em relação aos processos e à sua concretização.

### Quadro 25 – Fatores impeditivos de envolvimento do cidadão-cliente para a MCQ

Tema: Fatores impeditivos de envolvimento do cidadão-cliente para a MCQ		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de registo
Impedimento	Medo	4
	Desconhecimento	1
	Desconfiança	6

Foi referido pelos participantes dos *focus groups* o receio de efetuar reclamações sobretudo quando se trata do atendimento pelos profissionais, por um lado porque receiam não serem bem tratados noutras ocasiões e por outro por não acreditarem nos possíveis procedimentos que a organização possa implementar.

Testemunho: “Impedimento para o envolvimento”

“nem todas as pessoas querem fazer queixa, no hospital não digo qual, somos mal tratados e é por isso que os utentes não vão reclamar”(FG1).

“fazer queixa de um profissional de saúde é muito complicado lá voltar”(FG2).

“há formas mas temos medo de represálias”(FG3).

“eu tenho dúvidas sobre o processo em si, em Portugal existem muitas corporações”(FG3).

### • Mecanismos de envolvimento para a MCQ: perceção do gestor

O principal objetivo da nossa investigação é analisar como é que o cidadão-cliente se envolve para a melhoria da qualidade, em que se questiona quais os mecanismos



subjacentes para a concretização deste processo. Obtivemos também a percepção dos gestores.

**Quadro 26 – Percepção do gestor sobre o envolvimento do cidadão-cliente para a MCQ**

Tema: Percepção do gestor sobre o envolvimento do cidadão-cliente para a MCQ		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de registo
<b>Exposições</b>	SIM-Cidadão/Reclamações	7
	Diálogo com responsáveis	8
	Elogios	2
	Caixa de sugestões	1
<b>Cidadania</b>	Direitos e deveres	2
	Participação	1
<b>Outra interatividade</b>	Trabalho pedagógico	5
	Análise de informação	6
<b>Site institucional</b>	-	4

O cidadão-cliente faz chegar a sua voz segundo a perspetiva dos gestores hospitalares, através das exposições, que são sobretudo reclamações, e no diálogo direto com os responsáveis dos serviços ou órgão de gestão. O cidadão-cliente também, faz uso dos seus direitos e deveres. Os gestores evidenciam que deveria de haver mais participação para que as organizações possam melhorar. As organizações hospitalares disponibilizam também os seus sites para a interação com o cidadão.

Testemunho: “Exposições”

“tentamos a máxima interatividade também para fomentar a resposta, a crítica e a sugestão”(E1).
“nós temos essa abertura só que o cidadão acha que os órgãos de gestão são inacessíveis, é de uma forma geral, estaria a mentir se dissesse o contrário”(E5).
“o livro de reclamações que tanto é para dentro como para fora, temos o mecanismo da internet e temos a que se remete diretamente ao Conselho de Administração”(E3).
“temos serviço de porta aberta”(E6).

Algumas organizações hospitalares desenvolvem um trabalho pedagógico diretamente com o cidadão-cliente e também efetuam uma análise da informação que lhes chega quer diretamente através do diálogo ou posteriormente dos registos escritos, a fim de melhor compreender as situações que geram insatisfação. Promovem assim o

esclarecimento e a informação. O site institucional também é visto como forma de interação entre o cidadão-cliente e a organização.

Testemunho: “outra interatividade”

“toda a comunicação externa é liderada pelo gabinete de comunicação e imagem”(E1).
“compete ao gabinete de comunicação e imagem reunir com o cidadão, esclarecer o cidadão, dar-lhe informação do que necessita” (E4).
“temos de perceber o que a pessoa nos disse, com o que está escrito, temos de perceber se a pessoa interpretou desta maneira, temos de ver o que se passa, se a situação é isolada”.E6.

### 8.3.4 – Participação do cidadão-cliente no órgão de gestão hospitalar

Em termos futuros prevê-se que o cidadão-cliente se possa envolver de uma forma mais consolidada para a melhoria da qualidade hospitalar através da sua participação nos órgãos de gestão das organizações, já prevista em lei, como por exemplo atualmente através dos conselhos consultivos, órgão existente quer a nível dos Agrupamentos dos Centros de Saúde como dos hospitais EPE. Dado que ainda não existem muitos trabalhos de investigação sobre esta área, e porque da interação entre cidadão-cliente e organização é possível melhorar a qualidade nomeadamente dos hospitais, questionámos os gestores e os *focus groups*.

**Quadro 27 – Perceção sobre a participação do cidadão-cliente no órgão de gestão hospitalar**

Tema: Perceção sobre a participação do cidadão-cliente no órgão de gestão hospitalar		
Categoria	Subcategoria	Nº de Unidades de registos
Perceção do gestor	Abertura	11
	Não abertura	8
Perceção do cidadão-cliente	Aceitação	9
	Não aceitação	7

Das respostas obtidas nas entrevistas, a questão da participação do cidadão-cliente no órgão de gestão dos hospitais não está presente de forma evidente quer nos gestores quer no próprio cidadão. Percebe-se alguma abertura por parte dos gestores mas referem que o cidadão não tem preparação para esse efeito.

Testemunhos: “perceção do gestor”

“Os hospitais alguns têm já alguma abertura à comunidade e alguns têm já essa representação”(E2);
“a cidadania é disso que estamos a falar, isso implica responsabilidade, implica sermos cumpridores e sermos exigentes”(E2);
“eu entendo mais pelo exercício da cidadania onde uma pessoa sabe o que pode contar com a instituição como cidadão anónimo”(E3);
“de alguma forma o cidadão-cliente acaba por estar representado nas sondagens e acaba por ter influência”(E6)
“nós temos consciência que é importante que essas respostas existam face às necessidades se não houver massa crítica, se não houver espírito crítico, construtiva e uma participação ativa do cidadão”(E2)
“no panorama atual, não, não o acho suficientemente esclarecido sobre a orgânica do hospital público”(E1).
“a integração do cidadão no órgão de gestão é relativa porque este pode pronunciar-se sobre certos aspetos estruturais mas não sobre aspetos técnicos, não detém conhecimentos para tal”(E4).
“haver um órgão de gestão, alguém, um cidadão que representa o hospital, estava pensar que cada vez há mais a cultura dos direitos do que dos deveres e isso é problemático”(E6).

Quanto ao cidadão-cliente, este demonstra aceitação, mas reconhece a dificuldade dada a falta de formação.

Testemunhos: “perceção do cidadão-cliente”

“é possível tal como com a educação”(FG1).
“bem sabendo que há pessoas que são administradores, eu acho que era capaz, mas tinha medo de falar”(FG2).
“poderia ser uma forma das coisas chegar do que se fala cá fora, de facto podia ter um papel ativo”(FG3).
“deve ser muito difícil”(FG1).
“mas que tenham uma certa formação, por exemplo eu não tenho essa formação”(FG2).
“Portanto eu não acho que a eleição de utentes seja benéfica porque vamos ter alguém ligada a algum interesse”(FG2).
“mas a nível do hospital é mais difícil, nas comissões de utentes estão politizadas, a nível da representatividade dos utentes é mais difícil”(FG3).

Da análise dos dados obtidos temos a visão dos gestores entrevistados sobre a participação do cidadão-cliente no órgão de gestão hospitalar, que nos referem que Portugal neste momento não reúne condições para que o cidadão-cliente possa integrar o órgão de gestão de um hospital. A integrar não deveria ser por nomeação política, ou cargo deste âmbito a nível local, mas sim apenas no âmbito de valores de cidadania, o que para alguns entrevistados consideram difícil devido ao nível de literacia baixo. Por outro lado foi-nos referido que estamos numa fase em que o cidadão vê mais os seus direitos que os deveres. Não existe ainda uma cultura de cidadania nem de participação ativa nas organizações de saúde. Os elementos dos *focus groups* evidenciaram ser necessário conhecimentos e formação para integrarem um órgão de gestão hospitalar.

## 8.4 – Principais Resultados da Análise dos Dados

Nesta Secção apresentam-se as principais conclusões do estudo empírico a partir dos dados obtidos da análise dos relatórios da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação dos Utentes da ACSS e UNL, Relatório da IGAS e do SIM-Cidadão bem como da análise de conteúdo das entrevistas e *focus groups*.

- **Análise dos Relatórios**

Os dados dos relatórios analisados referem-se à Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação nos hospitais do Distrito de Aveiro entre 2008 e 2009, nos Serviços de Urgência, Serviço de Consultas Externas, Internamentos e Cirurgia de Ambulatório.

Da análise dos dados extraídos dos relatórios da Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação podemos concluir que os utentes dos hospitais do Distrito de Aveiro, entre 2008 e 2009, em relação aos Serviços de Urgência avaliaram estes serviços como estando satisfeitos. Nos hospitais que mantiveram os Serviços de Urgência o índice de satisfação aumentou entre 1 a 1,9. Nenhum hospital atingiu o índice 80.

Na avaliação efetuada a nível dos Serviços de Consulta Externa, apesar de termos níveis elevados de satisfação (índice acima de 70) verificou-se uma descida que variou entre 1,1 a 3,3 pontos. Apenas um hospital aumentou o seu nível de satisfação em 4,2 pontos. A avaliação dos Serviços de Consulta Externa no Distrito de Aveiro efetuada pelos utentes desceu entre estes dois anos, enquanto que a nível nacional a média aumentou.

Quanto aos resultados obtidos em relação aos Serviços de Internamento, o índice de satisfação situa-se acima do índice 80, o que traduz uma avaliação de “muito satisfeito”. No entanto entre 2008 e 2009 o índice de satisfação diminuiu em quatro hospitais entre 0,6 e 4,1 pontos. Dois hospitais viram o seu nível de satisfação aumentar entre 0,2 a 0,4 pontos. A nível nacional verificou-se a descida na média do índice de satisfação.

Em relação à Cirurgia de Ambulatório, não é possível efetuar a comparação entre 2008 e 2009, porque só a partir deste último ano é que se iniciou a avaliação, no entanto o índice de satisfação é elevado em todos os hospitais, todos apresentam valores acima de 80.

Concluimos destes dados extraídos dos relatórios da ACSS e UNL, que a Avaliação da Qualidade percebida e da Satisfação apresentam níveis acima de 80 nos Serviços de

Internamento e Cirurgia de Ambulatório, enquanto que nas Consultas Externas apenas dois hospitais não atingem este nível. O Serviço de Urgência é o que apresenta um índice mais baixo, entre 65 e 76, no entanto estão acima dos 40 pontos, o que traduz ainda assim níveis de satisfação com os serviços.

Da análise dos dados recolhidos sobre o número de reclamações, concluímos que diminuíram entre 2008 a 2010. O facto do número de reclamações ter diminuído neste triénio, está em consonância com os níveis elevados do índice de satisfação apesar de serem os serviços de urgência os que apresentam menores índices de satisfação relativamente aos outros serviços.

Os principais problemas que originam queixas estão a nível da prestação de cuidados, sobretudo no tempo de espera. Entre 2009 e 2010 o tempo de espera manteve-se como a principal causa de reclamação a nível nacional, sobretudo nos serviços de urgência. Podemos também concluir que das reclamações efetuadas os hospitais apresentam propostas de melhoria conforme os dados recolhidos do relatório da IGAS. As principais propostas de melhoria referidas pelas organizações hospitalares na prestação de serviços de saúde centram-se na formação dos profissionais no âmbito do atendimento e na atenção dada aos tempos de espera.

- **Análise das entrevistas e *focus groups***

Iremos aqui apresentar algumas conclusões obtidas da análise das entrevistas e *focus groups* tendo por base as principais questões de investigação e as questões secundárias.

**QI.1 - “Como é que o cidadão-cliente é envolvido na avaliação dos serviços de saúde?”**

A fim de podermos obter resposta a esta questão, vamos apresentar os resultados das questões secundárias:

**QI.1.1 - Como é efetuada a avaliação da satisfação nos hospitais do Distrito de Aveiro?**

A avaliação da satisfação segundo os dados obtidos através das entrevistas efetuadas aos gestores hospitalares permitem-nos concluir que no âmbito da Gestão da Qualidade os hospitais do Distrito de Aveiro não têm comissões de qualidade ativas, apenas um hospital tem um grupo de trabalho nessa área. É justamente esse hospital que está com processo de acreditação em curso e é um hospital EPE. Dois hospitais SPA perderam a acreditação dada a remodelação da sua missão face à reforma do sistema nacional de saúde. Em relação aos métodos que os hospitais utilizam para efetuar a avaliação da satisfação são aleatórios, não são efetuados periodicamente. Os estudos efetuados de forma sistematizada são estudos realizados pela ACSS em parceria com a Universidade Nova de Lisboa. Apenas um hospital admitiu não efetuar qualquer estudo de avaliação da satisfação, uma vez que existe uma entidade credenciada para o efeito que é a ACSS.

Os hospitais diferem também na sua orgânica quanto ao profissional e unidade responsável pela avaliação da satisfação do cidadão-cliente. Encontrámos três realidades diferentes: o Gabinete do Utente nos hospitais SPA, o Gabinete de Comunicação e Imagem, e o Gabinete de Relações Públicas, em hospitais EPE. Todas estas unidades aplicam a legislação referente ao sistema de reclamações da plataforma SIM-Cidadão. Nos hospitais SPA o profissional que está nos gabinetes de utentes são assistentes sociais enquanto que nos hospitais EPE estes profissionais não têm a seu cargo receber as exposições nem a introdução de dados na plataforma SIM-Cidadão. No nosso estudo encontrámos nos hospitais EPE, a responsabilidade do trabalho no âmbito do SIM-Cidadão pertencer ao Gabinete de Comunicação e Imagem e Gabinete de Relações Públicas, com profissionais com formação no âmbito da Comunicação e de Relações Públicas.

A informação e a comunicação são os aspetos mais evidenciados na relação com o cidadão-cliente. Evidenciou-se na nossa pesquisa que num dos hospitais EPE, o gabinete de relações públicas realiza sondagens e que para além de desempenhar todo o trabalho inerente ao gabinete de utente efetua, o registo de todas as ocorrências, mesmo das reclamações que não são formalizadas. O “como” e o “porquê”, estão inerentes no processo de comunicação entre o gabinete de relações públicas e o cidadão-cliente hospitalar, bem como o esclarecimento das situações que geram conflitos. São elaborados relatórios mensais que são entregues aos responsáveis dos serviços e ao Conselho de Administração, predomina um método de trabalho de análise de dados. Este método de

trabalho permite que as chefias tenham conhecimento dos factos e implementem medidas corretivas. Esta é pois uma forma de melhoria contínua da qualidade.

Noutro hospital EPE, é o Gabinete de Comunicação e Imagem que tem a seu cargo a recolha de exposições e a introdução dos dados na plataforma SIM-Cidadão. O método de trabalho que predomina é a comunicação e informação com o cidadão-cliente.

A divulgação da avaliação de satisfação, das reclamações e elogios é efetuada pelos hospitais em estudo sobretudo a nível interno através da intranet, utilizando para o exterior a Internet. O resultado dos estudos aleatórios que efetuam são sobreponíveis aos estudos de âmbito nacional.

#### **QI.1.2 - Quais as principais dimensões de qualidade valorizadas pelo cidadão-cliente?**

Em relação à avaliação da qualidade, os intervenientes no nosso estudo representados pelos três *focus groups* demonstraram uma perceção negativa a nível das realidades hospitalares por eles contactadas no Distrito de Aveiro. Evidenciaram não terem sido confrontados com questionários de avaliação e não terem confiança nos procedimentos da avaliação da qualidade efetuadas.

Ao avaliarmos as principais dimensões de qualidade mais valorizadas estes referem-se essencialmente à informação, à competência relacional e ao atendimento, particularizando a identificação profissional, sendo todas estas motivo de insatisfação. A qualidade no atendimento é entendida pelos intervenientes deste estudo como sendo “bem tratado e ficar com o problema de saúde resolvido”. O conforto das instalações também é salientado. O tempo de espera foi também referido como dimensão de avaliação da qualidade, o que está de acordo com os estudos da ACSS.

Os **Mecanismos de envolvimento do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade hospitalar**, constituem parte integrante da resposta à principal questão de investigação. Neste âmbito podemos concluir segundo os participantes dos *focus groups* que os mecanismos de envolvimento do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade hospitalar centram-se nas exposições, em que as reclamações e os elogios são os mais referidos.

Também evidenciaram a relação direta com os profissionais de saúde ou gestores, como sendo uma forma de se fazerem ouvir.

Os gestores hospitalares também referiram as reclamações e o diálogo com os profissionais como sendo os mecanismos através dos quais o cidadão-cliente faz chegar a sua voz. Acrescentam também que está em causa valores de cidadania, e todo um trabalho pedagógico junto dos utentes. Estes fatores estão de acordo com o referido pelos *focus groups* quando referem falta de informação.

No entanto da nossa análise após o tratamento de dados surgiu um aspeto não questionado inicialmente mas referido nas entrevistas dos *focus groups*: o receio e a desconfiança em relação à apresentação de queixas ou reclamações. Estes fatores impedem o cidadão-cliente de uma maior participação e envolvimento para a melhoria da qualidade porque muitas vezes têm receio de retaliações.

As entrevistas aos gestores hospitalares e aos participantes nos *focus groups* terminaram com uma questão que poderá contribuir para outros estudos, em que se pretende saber quais as perceções do cidadão-cliente e gestores para a eventual possibilidade da integração do cidadão no órgão de gestão hospitalar. Esta questão tem por base as possíveis mudanças na Administração Pública nomeadamente na possibilidade do cidadão integrar e participar na gestão de organismos públicos, nomeadamente nos hospitais de forma mais ativa. Pretende-se pois obter resposta à segunda questão de investigação.

#### **Q.I.2. – “Qual é o contributo do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares?”**

Da análise efetuada aos relatórios, entrevistas e *focus groups*, podemos perceber **como é que dos resultados da avaliação da satisfação efetuada pelo cidadão-cliente, se obtém o contributo para a melhoria da qualidade hospitalar**. A relação que existe entre as organizações hospitalares e o cidadão-cliente é bidirecional. Por um lado, a organização pode auscultar o cidadão-cliente através de questionários da avaliação de satisfação e também porque fazem uma gestão de porta aberta, isto é recebem o cidadão-cliente perante a insatisfação que demonstram. Por outro lado, o cidadão-cliente procura demonstrar o seu descontentamento ou a sua satisfação junto das próprias organizações com os responsáveis



por este processo de comunicação que se inicia muitas vezes junto dos profissionais de saúde e outras vezes junto das unidades responsáveis pela sua auscultação ou atendimento em circunstância nomeadamente de conflito. É dos resultados dos questionários e das exposições efetuadas, que os Conselhos de Administração estabelecem estratégias para a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

**Q.I.2.1 - Como é que o cidadão-cliente percebe a sua integração no órgão de gestão dos hospitais como parceiros para a Melhoria Contínua da Qualidade?**

Dos dados obtidos através dos *focus groups* percebemos que consideram importante estarem representados no órgão de gestão hospitalar mas referem no entanto que devem ser indivíduos com formação. Verificou-se no entanto opiniões diferentes que se prende com o facto de considerarem importante poderem estar representados mas por outro lado não terem competências. Os intervenientes nos *focus groups* referiram que a representação deveria ser independente do poder político.

**Q.I.2.2 - “Como é que os gestores hospitalares percebem a integração do cidadão-cliente no órgão de gestão dos hospitais?”**

Da análise das entrevistas podemos concluir que há receptividade por parte dos gestores, na representatividade do cidadão-cliente no órgão de gestão hospitalar, verifica-se alguma abertura, embora também afirmem não ser ainda possível dado que o nível de literacia do cidadão português é baixo.

Os gestores entrevistados também referiram que a representação do cidadão no órgão de gestão hospitalar não deveria ser politizada, nomeadamente deveria ser independente do poder político, nomeadamente independente do poder autárquico.

Em síntese estas conclusões parciais com origem em várias fontes de dados conduzem-nos a uma reflexão e às conclusões finais do nosso estudo.



## Capítulo 9 - Conclusão

Iniciámos este estudo com a revisão da literatura tendo como princípio a abordagem dos principais conceitos teóricos ilustrativos do estado de arte sobre a Governação como um novo rumo da Administração Pública com repercussões na Governação em Saúde, e de forma mais particular na Governação Clínica. Este conceito atual insere-se na necessidade de garantir cuidados de saúde com qualidade e segurança e de acordo com uma lógica de orientação para o cidadão. A evolução dos conceitos de qualidade, dos modelos de avaliação da qualidade e da satisfação do cliente servem de base para uma melhor compreensão deste estudo. Mais especificamente a qualidade em saúde e as suas dimensões foram objeto de reflexão e de análise uma vez que os serviços de saúde são muito complexos. Tivemos neste estudo em consideração que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde passa pela avaliação da satisfação do cidadão-cliente, o que constitui um indicador de resultado das organizações de saúde.

Em termos metodológicos optou-se pelo estudo de caso, de carácter exploratório e de natureza qualitativa. As técnicas de recolha de dados centraram-se na análise documental, entrevistas a gestores hospitalares e a *focus groups*, o que permitiu a triangulação de dados como forma de validação da investigação. O caso que constituiu o nosso estudo centrou-se a nível dos hospitais públicos do Distrito de Aveiro, sendo constituído por seis unidades de análise.

É neste contexto entre a prestação de cuidados de saúde pelos hospitais e a avaliação efetuada pelo cidadão-cliente que nos propusemos elaborar este estudo tendo como objetivo analisar como é que o cidadão-cliente dos serviços de saúde é envolvido na sua avaliação e qual é o seu contributo para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares.

Da definição do objectivo traçamos duas questões de investigação principais:

**Questão 1 - “Como é que o cidadão-cliente é envolvido na avaliação dos serviços de saúde?”**

A partir desta questão de investigação foram definidas as seguintes questões secundárias para o nosso estudo:

- Como é efetuada a avaliação da satisfação nos hospitais do Distrito de Aveiro?

- Quais as principais dimensões de qualidade valorizadas pelo cidadão-cliente?

Questão 2 - **“Qual é o contributo do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares?”**.

A partir desta questão de investigação também foram definidas questões secundárias orientadoras.

- Como é que o cidadão-cliente perceciona a sua integração no órgão de gestão dos hospitais como parceiro para a Melhoria Contínua da Qualidade?
- Como é que os gestores hospitalares percecionam a integração do cidadão-cliente no órgão de gestão dos hospitais?

Deste trabalho empírico podemos pois retirar algumas conclusões relevantes. Assim a fim de podermos responder à questão **“Como é que o cidadão-cliente é envolvido na avaliação dos serviços de saúde?”** obtivemos as seguintes conclusões:

Da nossa primeira questão secundária **como é efetuada a avaliação da satisfação nos hospitais do Distrito de Aveiro** podemos concluir que esta é efetuada muito pontualmente pelas próprias organizações hospitalares mas têm sido efetuados estudos sistematizados pela ACSS e a UNL. Estes estudos baseiam-se no índice de satisfação do cliente adaptado à área da saúde, constituindo o Modelo de Satisfação do Utente, que se subdivide em Modelo Estrutural e Modelo de Medida. Assim o cidadão-cliente dos hospitais tem vindo a ser questionado sobre a sua satisfação em relação aos serviços de saúde que lhe foram prestados, em várias valências nomeadamente Serviços de Urgências, Consultas Externas, Internamentos e Cirurgia de Ambulatório. A nossa análise centrou-se apenas na variável “satisfação” nestes serviços, e a variação entre 2008 e 2009. Deste modo da análise documental podemos concluir que se verificaram valores elevados dos índices na Avaliação da Qualidade percebida e Satisfação nos serviços dos Hospitais Públicos do Distrito de Aveiro, com exceção para os Serviço de Urgência, em que nenhum hospital ultrapassa o índice 80. Por outro lado há poucas reclamações, estas têm vindo a diminuir sobretudo nos hospitais do Grupo III, que deixaram de ter Serviços de Urgência. Outra forma que possibilita o cidadão-cliente de avaliar os serviços que lhe são prestados é manifestar a sua insatisfação através das reclamações. Da análise documental podemos

concluir que a principal reclamação refere-se aos tempos de espera nomeadamente nos Serviços de Urgência.

Os questionários de Avaliação da Satisfação e da Qualidade percebida pelo Utente seguem uma metodologia sistematizada que permite aos gestores hospitalares desenvolverem melhorias de qualidade nas suas organizações e corresponde a uma das formas de envolvimento do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade hospitalar, que se enquadra na tipologia de consulta, havendo uma relação bidirecional entre os hospitais e o cidadão-cliente.

De acordo com os gestores entrevistados, a reestruturação dos serviços de saúde hospitalares conduziu a algumas alterações na gestão da qualidade das suas organizações em que se reflete o facto de as comissões de qualidade não existirem ou não estarem operacionais. Outro aspeto relevante foi a não renovação da acreditação por parte de dois hospitais SPA do Distrito. Verificou-se portanto que deixou de haver continuidade em alguns hospitais dos seus sistemas de gestão de qualidade implementados, inerentes às mudanças da Reforma do SNS.

Os profissionais ou unidades das organizações hospitalares responsáveis na auscultação do cidadão-cliente, quer na recolha das exposições efetuadas, quer na avaliação da satisfação, diferem nos hospitais entre si no nosso estudo. Encontrámos o Gabinete de Utente, o Gabinete de Comunicação e Imagem e o Gabinete de Relações Públicas, em que um dos aspetos legislado é transversal a todos, os registos na plataforma SIM-Cidadão. No entanto um dos hospitais tem um sistema próprio de registos da avaliação da satisfação e de ocorrências com os seus cidadãos-clientes e emite mensalmente relatórios para o Conselho de Administração. Alguns gestores referiram que o Gabinete de Utente deveria cingir-se ao trabalho social e não propriamente à avaliação de satisfação dos utentes.

Concluímos também que o resultados dos estudos efetuados sobre a Avaliação da Satisfação e da Qualidade percebida pelo Utente são divulgados na Internet e as organizações hospitalares divulgam os seus resultados através dos seus *sites* e na intranet. Outro aspeto que os gestores salientam é que nas suas organizações divulgam os elogios mas não as reclamações.

Os gestores hospitalares reconhecem que a centralidade no cidadão-cliente constitui o foco de atenção primordial na prestação de cuidados de saúde, sendo esta característica

uma condição da Governação Clínica no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde até porque se associa à missão dos hospitais.

Em relação à questão sobre as principais dimensões de qualidade valorizadas pelo cidadão-cliente, podemos concluir a partir dos dados obtidos dos intervenientes nos *focus groups* no que diz respeito à **avaliação da qualidade** hospitalar, o facto de estes referirem não terem sido confrontados em momento algum com questionários de avaliação. Da análise dos discursos evidenciou-se que se referiram à qualidade hospitalar de forma negativa. Salienta-se ainda que demonstraram não terem confiança nos sistemas de avaliação que os hospitais implementam, bem como nos procedimentos do tratamento das reclamações. Concluímos também que as **dimensões de qualidade** mais valorizadas pelos *focus groups* são a informação e a competência relacional dos profissionais de saúde, que estão incluídas no atendimento. No entanto os resultados dos relatórios apontam para o tempo de espera como sendo a dimensão que surge em primeiro lugar, embora também tenha sido referida pelos *focus groups* mas não com a mesma relevância. O atendimento é um dos problemas identificados nos relatórios como motivo de reclamação sendo efetivamente também referida pelos *focus groups* como a dimensão mais importante. A informação sobre onde e a quem se dirigir, bem como a identificação dos profissionais transmitem confiança e segurança ao cidadão-cliente, sendo estes aspetos fundamentados por vários autores da qualidade na relação entre o fornecedor de serviços e o recetor, abordados na revisão da literatura.

Em relação aos **principais mecanismos de envolvimento** do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade, os intervenientes nos *focus groups* referiram-se essencialmente às reclamações, elogios e à sua relação com os profissionais de saúde. Para além das exposições como previsto no SIM-Cidadão, os gestores acrescentaram que os cidadãos-clientes demonstram aplicar mais os seus direitos do que os seus deveres. Podemos então concluir que o cidadão-cliente é envolvido para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares porque avalia os serviços e demonstra-o através das exposições. Mas é essencialmente a partir das reclamações que as organizações hospitalares planeiam melhorias, como podemos concluir da análise do relatório sobre o tratamento de reclamações do IGAS.

As organizações hospitalares também interagem com o cidadão-cliente através de um trabalho dito “pedagógico” em que lançam informação e aqui temos uma relação unidirecional para com o cidadão-cliente, bem como através da “análise de informação”, em que a organização obtém dados de forma a implementar processos de melhoria da qualidade. Podemos então concluir que a metodologia utilizada nesta análise efetuada por alguns hospitais se aproxima do ciclo da melhoria contínua de Deming.

Em relação à primeira questão de investigação podemos concluir que o cidadão-cliente é envolvido na avaliação dos serviços de saúde através de estudos de avaliação da satisfação dos utentes, bem como através da possibilidade que lhe é dada de se pronunciar sobre a sua insatisfação sob ponto de vista legal que se traduz essencialmente na formalização de reclamações. Os dados obtidos das reclamações conduzem à implementação da melhoria da qualidade dos serviços. No entanto conforme nos foi referido por alguns gestores as mudanças são implementadas se forem consideradas estratégicas para a organização. Compete pois ao Conselho de Administração a tomada de decisão sobre os programas de melhoria a implementar.

Temos pois dados que nos permitem concluir que quase todos os hospitais do nosso estudo apenas detêm os dados quantitativos das respostas obtidas dos questionários de avaliação efetuados pela ACSS e UNL, por amostragem, e das reclamações efetuadas. Consideramos pois que os dados obtidos são referentes ao recurso a metodologias quantitativas, podendo não constituir uma metodologia abrangente nas organizações hospitalares. Isto é, a partir dos dados obtidos da avaliação efetuada é importante analisar os resultados e perceber o seu significado no contexto subjacente. Enquanto que os questionários são construídos com dimensões de avaliação da satisfação pré-definidas, os estudos de âmbito mais qualitativo poderiam revelar pontos de vista diferentes. Torna-se importante aprofundar a análise dos resultados da avaliação de satisfação e desta forma elaborar relatórios fundamentados a fim da direção do hospital implementar processos de melhoria contínua da qualidade. Cada hospital deve adotar os seus métodos para além dos que são obrigados por lei, e adequá-los à sua realidade a fim de obterem dados de várias fontes, não é de excluir o trabalho com dados qualitativos, isto é, os dados obtidos também dos testemunhos diretos do cidadão-cliente. Não é usual em Portugal e não se encontraram muitos estudos que evidenciassem a inclusão dos cidadãos-clientes em *focus groups* que

permitissem discutir e analisar questões em relação à qualidade hospitalar, metodologia que poderia constituir um recurso aos gestores hospitalar antes de implementar algumas mudanças nas suas organizações. O recurso a *focus groups* e à utilização das narrativas do doentes é no entanto abordado na literatura.

Em relação à segunda questão de investigação sobre “**Qual é o contributo do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares?**”, torna-se necessário perceber como é que dos **resultados da avaliação da satisfação** efetuada pelo cidadão-cliente se chega à melhoria da qualidade nas organizações. Dos dados obtidos da análise dos relatórios do SIM-Cidadão e da IGAS percebemos que as organizações propõem melhorias em função das reclamações. Através da legislação no âmbito do SIM-Cidadão e porque atualmente se valoriza o cidadão e a sua participação, estão reunidas algumas condições que permitem dar voz ao cidadão em qualquer organização. Nos hospitais dado que os serviços prestados na sua maior parte implicam a segurança do doente, o cidadão-cliente está cada vez mais exigente e faz uso dos seus direitos. Por outro lado, os gestores a partir dos resultados dos questionários de avaliação da satisfação obtêm dados que justificam a tomada de decisão para a melhoria dos seus serviços.

Uma das questões secundárias incidiu sobre a participação do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade como parceiros no órgão de gestão hospitalar, podendo concluir dos dados obtidos, que apesar do cidadão-cliente não se excluir porque concorda que tenha representação, reconhece no entanto alguma dificuldade dada a falta de formação. Evidencia-se também a não concordância como cargo dependente do poder político.

Outra questão associada foi a necessidade de obter a **perceção dos gestores hospitalares** sobre a integração do cidadão-cliente no órgão de gestão dos hospitais. Podemos concluir dos dados obtidos que a participação do cidadão-cliente nos órgãos de gestão dos hospitais sob o ponto de vista dos gestores entrevistados não parece ser possível atualmente, dado que dos testemunhos obtidos referiram-se a níveis baixo de literacia e consideraram também que o cargo não deve ser politizado.

Tendo em consideração os resultados obtidos sobre o envolvimento do cidadão-cliente em órgãos de gestão hospitalar como contributo para a melhoria da qualidade ainda constitui uma área a investir. Os gestores hospitalares demonstram abertura ao cidadão-cliente mas não há registos destes procedimentos, o que não permite evidenciar que já há



uma certa participação e diálogo direto com os gestores hospitalares. Também não há evidências do resultado desta abertura ao cidadão-cliente como contributo para a Melhoria Contínua da Qualidade hospitalar.

Podemos concluir face aos resultados obtidos neste estudo que o contributo do cidadão-cliente passa pela sua interação com as organizações hospitalares, com a sua intervenção e opinião, no entanto também percebemos que as reclamações constituem um procedimento que muitas vezes não é efetuado com receio de retaliações.

A título de conclusão geral, e tendo em consideração o objetivo deste estudo empírico, podemos afirmar que nas unidades hospitalares estudadas o cidadão-cliente tem um papel fundamental a desempenhar para a melhoria da qualidade dos cuidados mas não é ainda evidente sob ponto de vista da sua participação ativa. O cidadão-cliente é envolvido na avaliação da qualidade dos serviços de saúde mas não de forma regular apesar do Ministério da Saúde ter vindo a investir em estudos de avaliação de satisfação por amostragem de âmbito nacional e não periodicamente de forma sistemática. É também envolvido ao ser-lhe disponibilizados instrumentos que permitem desmonstrar a sua satisfação e insatisfação, como por exemplo o sistema SIM-Cidadão. No entanto a participação do cidadão-cliente para a melhoria da qualidade hospitalar é ainda incipiente, pelo que se verificam níveis elevados de satisfação e poucas reclamações. Não se prevê a breve prazo a sua integração em órgãos de gestão hospitalar.

Os estudos de avaliação da satisfação do cidadão-cliente nas organizações hospitalares a nível nacional e a sua divulgação permitem aos gestores terem dados de forma a utilizá-los como *benchmarking*, para a melhoria da qualidade das suas organizações. A avaliação da satisfação do cidadão-cliente permite identificar áreas onde se deve investir de forma estratégica e possibilita uma melhor gestão dos serviços. Torna-se pois necessário criar uma cultura de avaliação e de divulgação da avaliação de satisfação do cidadão-cliente em relação aos serviços prestados pelas organizações hospitalares. Assim os resultados desta investigação leva-nos a sugerir que os gestores das organizações hospitalares possam aplicar uma metodologia de avaliação de satisfação regularmente uma vez que constitui um indicador de qualidade. Por outro lado, é necessário fomentar uma cultura de divulgação dos elogios e das reclamações cumprindo com os requisitos éticos.

Outra sugestão é a divulgação interna e externa dos resultados periodicamente dos estudos de avaliação de satisfação, e exposições, bem como o posicionamento do hospital em relação aos resultados de âmbito nacional.

No entanto como em qualquer trabalho de investigação detetámos algumas limitações, desde logo o facto de não se poder generalizar as conclusões, dado ser um estudo de caso. Por outro lado, ao efetuarmos entrevistas a gestores hospitalares dos hospitais do Distrito de Aveiro tivemos que respeitar o anonimato, o que impediu efetuar uma relação direta dos dados recolhidos a partir dos relatórios com os dados obtidos das entrevistas. Outra limitação decorre da impossibilidade de esclarecer a causa da variação de alguns índices de satisfação, entre 2008 e 2009 nos hospitais em estudo, em virtude das entrevistas terem sido efetuadas antes da análise dos relatórios.

Assim, deixamos como proposta para futuros estudos de investigação a possibilidade de alargar este estudo a outros hospitais de outras regiões do país, sobretudo tendo em consideração o seu regime jurídico. Por outro lado há dois aspetos que seria interessante aprofundar: a necessidade das organizações hospitalares efetuarem estudos de avaliação de satisfação de âmbito qualitativo como complemento aos estudos quantitativos, isto é analisar no seu próprio meio organizacional a relação estabelecida com os seus cidadãos-clientes como estratégia para implementar melhorias; outra área de investigação prende-se com a avaliação do papel do provedor do utente e o seu impacto para a melhoria da qualidade, uma vez que esta figura está agora a surgir em algumas organizações hospitalares nomeadamente público-privadas em Portugal. Finalmente, sugerimos ainda a necessidade de investigar o impacto dos conselhos consultivos dos hospitais, uma vez que a legislação prevê na sua constituição um representante dos utentes mas não se evidenciam resultados deste órgão e da representatividade do utente.

## Referências Bibliográficas

- ACSS & Universidade Nova de Lisboa (2008). *Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente - Relatório executivo*. Lisboa: ACSS. Disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt), acedido a 1 de outubro 2010.
- ACSS & Universidade Nova de Lisboa (2009). *Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente - Resultados globais*. Lisboa: ACSS. Disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt), acedido a 1 de outubro 2010.
- Accounts Commission for Scotland (1999). *Can't get no satisfaction, using a GAP Approach to measure Service Quality*. Account Commission for Scotland.
- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração*. Alto Comissariado da Saúde.
- Amendoeira, J. (2009). *Seminários temáticos, Políticas Públicas e Desigualdade. Políticas Públicas em Portugal e Desigualdades*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Departamento de Sociologia. Disponível em, <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>., acedido a 1 outubro 2010.
- Angelman R. & Bergman, P.C. (2007). Patient empowerment and efficient health outcomes. Disponível em, [http://www.drmed.org/javne\\_datoteke/novice/datoteke/10483-Report\\_3.pdf](http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/10483-Report_3.pdf)., acedido a 3 de novembro 2010.
- António, N.S & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade: De Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- ARSLVT, I.P. (2009). *Nos 30 anos do SNS, Governação dos hospitais, Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT, Ministério da Saúde*. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/>, acedido a 5 de setembro 2010.
- Avis, M, Bond, M. & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of advancing Nursing*, (22) 316-322.

- Avis M. (1997). Incorporating patients' voices in the audit process *Quality in Health Care*; 6:86-91.
- Berwick, D.M & Bisognano, M. (1999). Health Care Service, *In* Juran, J.M. & Godfrey, A.B., *Juran's Quality Handbook*, 5ª ed., New York: Mc Graw Hill., 32.1-32.2.
- Björnberg, A.; Garrofé, B.C. & Lindblad, S. (2009). Euro Health Consumer Index 2009 – Report: Health Consumer Power House. Disponível em [www.healthpowerhouse.com/](http://www.healthpowerhouse.com/) acessado a 5 de setembro 2011.
- Cabral, M.V. & Silva, P.A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: ICS.
- Califórnia Health Care Foundation (2010). Transforming Health Through the Patient Experience. Disponível em <http://www.chcf.org/events/2010/transforming-health-through-the-patient-experience>, acessado a 3 de novembro 2010.
- Campos, L., Carneiro A.V.& Saturno, P. (2010). Poster 3º Forum Nacional da Saúde, Lisboa. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/>, acessado a 1 de novembro 2010.
- Campos L., & Carneiro, A.V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016, A Qualidade no PNS 2011-2016, caracterização da situação internacional e nacional em algumas áreas da saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Campos, L., Borges, M. & Portugal, R. (2009). *Governança dos hospitais*. Lisboa: casa das Letras.
- Carapeto, C.& Fonseca, F. (2006). *Administração Pública, Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Cervo, A.L. & Bervian, P.A. (1983). *Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários*. São Paulo: Mc Graw-Hill.
- Clearly P. D. (1999). “The increasing importance of patient surveys”, *BMJ*, Vol 319 720-721. Disponível em [www.bmj.com](http://www.bmj.com)., acessado a 5 de setembro 2010.
- Contandriopoulos, A-P; Champanhe, H.; Potvin,L.; Denis,J-L.& Boyle,P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco.
- Cronin Jr. J.J.. & Taylor, S.A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Crosby, B. F. (1979). *Quality is Free, the Art of Making Quality Certain*. New York: Mc Graw- Hill Company.

- Davies, E. & Clearly P. D. (2005). Hearing the patient's voice? Factor affecting the use of patient survey data in quality improvement. *Qual Saf Health Care*, (14), 428-432. DOI: 10.1136/qshc.2004.012955.
- Deming, W.E. (1992). *Out of the Crisis, Quality, Productivity and Competitive Position*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Diniz, J.A. (2010), Qualidade em Saúde, Estratégia Nacional para a Qualidade na saúde. Apresentação no 3º Fórum Nacional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, realizado em 8 e 9 de Março 2010.
- Direção Geral da Administração Pública (2002). *Estrutura Comum de Avaliação (CAF)*. Direção Geral da Administração Pública.
- Direção Geral da Administração e Emprego Público (2007). *CAF 2006, Estrutura Comum de Avaliação – Melhorar as organizações públicas através da auto-avaliação*. DGAEP.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Sistema SIM-Cidadão: Relatório 2010*. Direção Geral da Saúde - Departamento de Qualidade.
- Donabedian (1990). The Seven Pillars of Quality, *Arch Pathol Lab Med*, Vol. 114, 1115-1118.
- Donabedian (1997). The Quality of Care, How Can It Be Assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121 (11), 1145-1150.
- Eiriz, V. & Figueiredo, J.A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *Internacional Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (6), 404-412. DOI: 10.1108/09526860510619408.
- Ferreira, P.L. (2007). Participação dos cidadãos em saúde: da retórica à realidade. In Ministério da Saúde (Eds.), *Investir em saúde – Contributos dos Fundos Estruturais Comunitários em Portugal e no Sector da Saúde*. Lisboa: Gabinete de Gestão da Saúde XXI, (43-46). Disponível em <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/Investigacao/Livros.>, acessado a 1 de novembro 2010.
- Ferreira, P.L. & Raposo, V. (1999). Mecanismo de Voz dos Cidadãos Utilizadores de Serviços de Saúde, 1º Congresso de Qualidade, acessado em <http://www.hdl.handle.net/10316/9947.>, a 1 de outubro 2010.

- Ferreira, P.L. (2010). Medição do estado de saúde e da qualidade de vida. *In: Simões J. (eds.), 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Coimbra; Almedina, 461-84.
- Ferreira, P.L., Raposo, V. & Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Instituto de Qualidade em Saúde.
- Fernandes, M.A.M. (2010). Qualidade no relacionamento entre profissionais de saúde e doentes. *in Silva, C.A; Saraiva, M. & Teixeira,A. (Eds) A Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar, Qualidade e Saúde: perspectivas práticas*, Lisboa: Edições Sílabo.
- Fitzmons, J.A. & Fitzmons, M. J. (2000). *Administração de Serviços, Operações, Estratégias e Tecnologias de Informação*. Porto Alegre: Bookman.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa:Monitor.
- Fonseca, F. & Carapeto, C. (2009). *Governança, Inovação e Tecnologias, O Estado Rede e a Administração Pública do Futuro*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Fortin, Marie-Fabienne (1996). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Garvin, D.A. (1987). Competing on the eight dimensions of quality. *Harvard Business Review*, 65 (6), 101-109.
- Greenberg, L.G., Battles, J. B. & Hasket, H. (2010). Learning from Patients' Experiences: Enhancing patient Safety Event Reporting Systems. *Cirurgia e cirurjanos* ,78 (5):460-465. Disponível em [www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)., acessado a 1 de novembro 2010.
- Grönroos, C. (2007). *Service Management and Marketing*. 3ª ed. West Success: John Wiley and Sons, Ltd.
- Hsieh, S.Y. (2009). Taking patient's voices into account within quality systems: a comparative study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22 (3), 289-299. DOI: 191108/09526860910953557.
- IGAS (2011). *Relatório IGAS Nº 51/2011. Funcionamento dos Gabinetes de Utentes/Cidadão, Estabelecimentos e Serviços do SNS*. Lisboa: IGAS.

- International Alliance of Patients' Organizations. A global voice, Guideline Patient Involvement, acessado em, [www.patientsorganizatios.org](http://www.patientsorganizatios.org)., a 1 de novembro 2010.
- Juran, J.M. (1990). *Juran planejando para a qualidade*. S. Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Juran, J.M & Godfrey A.B. (1999). *Juran's Quality Handbook*. New York: Mc Graw-Hill.
- Lau, D.H. (2002). Patient empowerment – a patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Medical Journal*, 8 (5), 372-374.
- Lopes, A. & Capricho, L. (2007). *Manual de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Editora RH.
- Martin, V. & Henderson E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa: Monitor.
- Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. S.P: Brasil: Editora Manole, Lda.
- Ministério da Saúde (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.spmi.pt/pdf/>, acessado a 22 de Julho de 2010.
- Moreira J.M. & Alves A.A. (2008). Ciências da Administração, Gestão Pública e Governação em Portugal, in Moreira, J.M.; Jalali, C.& Alves A.A.(Eds) *Estado, Sociedade Civil e Administração Pública. Para um novo paradigma do serviço público*. Coimbra: Almedina.
- Moreira J.M. & Alves A.A. (2010). *Gestão Pública e Teoria das Burocracias*. Oeiras: INA Editora.
- Neri de Souza, F.; Costa, A.P. & Moreira, A. (2010). WebQDA: Análise de dados Qualitativos Suportada pelo Software WebQDA. In Dias, P. (Ed.) *VII Conferência Internacional de Tecnologia de Informação e Comunicação na Educação – Challenges 2011*: Universidade do Minho. 12 e 13 de maio, Braga, Portugal.
- NHS (2010). Involving People Strategy 2009-2011, How we will involve people in our work to improve the quality and safety of healthcare in Scotland.
- NHS Wales (2010). *Learning to use Patient Stories*. Disponível em [www.1000livesplus.wales.nhs.uk](http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk) acessado a 21 de novembro 2010.

- Observatório Português dos Sistema de Saúde (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde, Relatório de Primavera 2001*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006). *Relatório de Primavera 2006, Um ano de Governação em Saúde: sentidos e significados*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OECD (2001). *Citizen as Partners, OECD Handbook on Information, Consultation, and Public Participation in Policy-making*. Organization for Economic Co-Operation and Development.
- Oliver, R. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Reasearch*, 17 (1), 460-469.
- Organização Mundial de Saúde (2000). Client Satisfaction Evaluations. Disponível em, [www.emcdda.europa.eu/.../att\\_5868\\_EN\\_6\\_client\\_satisfaction\\_evaluations.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/.../att_5868_EN_6_client_satisfaction_evaluations.pdf), acessido a 5 de setembro 2010.
- Parasuraman, A., Berry, L.L. & Zeithaml, V.A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale, *Journal of Retailing*, 67( 4), 420-450.
- Picker Institute (2008). Picker Institute Policy Position, Why Patient Should Share in Decision-making, Nº3. Disponível em [www.pickereurope.org](http://www.pickereurope.org)., acessido a 1 de novembro 2010.
- Pinto, S. (2003). *Gestão dos Serviços: a avaliação da qualidade*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Pinto, A. & Soares, I. (2009). *Sistemas de Gestão da Qualidade, Guia para a sua implementação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, A.R. (2007). *Qualidade – Sistemas de Gestão de Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Planetree (2009). Patients as Experts, Patients as Parteners. Integrating the patient and family Voice into Hospital Operations, White Paper. Disponível em [www.planetree.org](http://www.planetree.org)., acessido a 22 de novembro 2010.
- Portugal, Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol 1 – Prioridades. Vol 2: orientações estratégicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva-Publicações, Lda.



- Ramos, V. & Gonçalves, C. (2010). *Cidadania e Saúde, um caminho a percorrer. Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Rocha, J.(2006). *Gestão da qualidade Aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rocha, J.A. Oliveira (2009).*Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Oeiras: INA editores.
- Rodrigues, C. (2011). *Governança de Organizações Públicas em Portugal: a emergência de modelos diferenciados*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Rollnick, S.; Heather, N. & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivacional interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.
- Sale, D. (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde, para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Princípia.
- Sakellarides (2009). Gestão do conhecimento, Inovação, e Governação Clínica, in Campos, L. ; Borges, M.; Portugal, R. (Edt) *Governança dos hospitais*. Lisboa: Casa das Letras.
- Silvestro, R. (1999). Positioning services along the volume-variety diagonal. The contingencies of servisse designs control and improvement. *International Journal of Operations & Production Management*, 19, (4), 399-420.
- Simces, Z. & Associates, (2003). *Exploring the Link Between Public Involvement/Citizen Engagement and Quality Health Care: A Review and Analysis of the current literature*. Ottawa: Health Canadá, Health Human Ressources Strategies Division. Disponível em [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)., acedido a 2 de outubro 2011.
- Stocker, G. (2008). Gestão do Valor Público: A Administração Pública orientada pela missão? in Moreira, J.M.; Jalali, C.& Alves A.A.(Eds) *Estado, Sociedade Civil e Administração Pública. Para um novo paradigma do serviço público*. Coimbra: Almedina.
- Vaitman, J.A. & Andrade, G.R.B. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciencias e Saúde Colectiva*, 10 (3), 599-613.

- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In Santos Silva, A. e Madureira Pinto, J. (Eds), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- Vilares, M.J. & Coelho, P.S. (2005). *A Satisfação e Lealdade do Cliente, Metodologias de Gestão, Avaliação e Análise*. Lisboa: Escolar Editora.
- Wensing, M., (2000). Evidence-based patient empowerment, *Quality in Health Care*, (9), 200-201 acedido em Setembro 2010, DOI: 10.1136/qhc.9.4.200.
- Willcock, P.M. *et al* ( 2003). Using patient stories to inspire quality improvement within the NHS Modernization Agency collaborative programmes. *Journal of Clinical Nursing*, (12), 422-430.
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary: Geneva. Disponível em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf)., acedido a 28 de setembro 2010.
- Yine, R.K. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.



## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### GUIÃO DA ENTREVISTA AOS GESTORES HOSPITALARES

1 – Caracterização da Amostra:

- Caracterização do hospital:  
Sector Público Administrativo  
Entidade Pública Empresarial
- Cargo Profissional do Entrevistado

2 – O hospital está Acreditado ou tem em curso algum processo de certificação?

3 – Como é que a sua organização faz a avaliação da satisfação do cidadão-cliente?

4 – Que instrumentos são disponibilizados?

5 – Quem efetua a recolha, avaliação e tratamento de dados no processo de avaliação da satisfação do cidadão-cliente no hospital.

6 – Os resultados obtidos através dos instrumentos de auscultação referenciados, contribuem para a melhoria da qualidade da vossa instituição?

7 – São planeados PMCQ inerentes aos resultados?

8 – Como articula os resultados da avaliação da satisfação com o resultado e tratamento das reclamações?

9 – Como se articulam o gabinete de utente e a comissão de qualidade, ou a tomada de decisão do Conselho de Administração para a implementação de PMCQ?

10 – Os resultados obtidos são divulgados?

11 – Quais as exposições mais frequentes?

12 – Vê no futuro próximo a probabilidade do cidadão integrar o órgão de gestão dos hospitais, possibilitando a melhoria e segurança dos cuidados de saúde?



## ANEXO 2

### Guião da Entrevista para os *Focus Groups*

- 1 – Qual o significado de satisfação a nível da qualidade hospitalar?
  
- 2 - Quais são os aspetos sobre a qualidade que consideram mais relevantes nos serviços de saúde hospitalares?
  
- 3 – Que mecanismos conhecem que vos permitem dar voz às vossas preocupações, insatisfação ou mesmo satisfação?
  
- 4 – Consideram acessíveis os meios de comunicação com o hospital, isto é, têm facilidades em demonstrar o vosso descontentamento ou apreço?
  
- 5 – Como consideram poder contribuir para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares?
  
- 6 – Consideram os hospitais abertos à voz do cidadão-cliente?
  
- 7 – Consideram-se capazes de integrar o órgão de gestão de um hospital?