



Ana Carina dos Santos Soares **Avaliação da Qualidade e Acreditação em Cuidados Continuados**



Ana Carina dos Santos Soares **Avaliação da Qualidade e Acreditação em Cuidados Continuados**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica do Doutor Daniel Ferreira Polónia, Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus pais.

o júri

presidente

Prof. Doutor António Carrizo Moreira
Professor auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Marlene Paula Castro Amorim
Professora auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Daniel Ferreira Polónia
Professor auxiliar convidado da Universidade de Aveiro

agradecimentos

O meu obrigada:

- Ao Professor Doutor Daniel Polónia pelo acompanhamento, disponibilidade e orientação no desenvolvimento deste trabalho;

- Aos profissionais, utentes e familiares que participaram no estudo, bem como aos senhores provedores da Santa Casa da Misericórdia de Águeda e da Mealhada que autorizaram a realização do estudo;

-um especial obrigada à Dra. Paula Sousa, à Dra. Ana Cardoso e à Enfermeira Rosa Filomena Duarte pela colaboração na distribuição, aplicação e recolha dos questionários na UCCAB, sem as quais não teria sido possível concluir o meu trabalho em tempo útil;

- Um especial obrigada à Dra. Sofia Lousado pela compreensão nas necessidades de alterações de períodos de férias/folgas/horários repentinamente para conseguir dar resposta aos timings das reuniões na UA e desenvolvimento da tese;

- À minha amiga Dra. Ana Fonseca pelo apoio fundamental prestado no tratamento estatístico dos dados e por me escutar nos momentos complicados, contribuindo para encontrar o “caminho”;

- Aos meus amigos e/ou colegas de trabalho que não vou nomear por medo de esquecer alguém e porque são muitos (felizmente), pelo apoio e força prestados e que me permitiram chegar a bom porto.

palavras-chave

Qualidade, dimensões, saúde, acreditação, cuidados continuados, SERVQUAL.

resumo

O presente trabalho pretende avaliar e comparar a qualidade dos serviços de duas Unidades de Cuidados Continuados (UCC): uma acreditada e outra não acreditada, através da captação das expectativas e percepções da qualidade dos clientes externos e clientes internos, utilizando a escala SERVQUAL. Pretende-se ainda identificar o impacto da acreditação nas dimensões da qualidade, bem como a sua relação com a avaliação da qualidade dos serviços.

A dissertação é composta por três partes principais: a primeira relacionada com a revisão da literatura (capítulo 2 ao 5), e a segunda com o estudo comparativo (capítulo 6) e a terceira com as conclusões, limitações e sugestões de estudos futuro.

A avaliação da qualidade dos serviços não é superior na UCC acreditada, quer para os clientes externos, quer para os clientes internos. Contudo, existe um impacto positivo da acreditação em todas as dimensões da qualidade e uma relação positiva entre o impacto da acreditação e avaliação da qualidade na dimensão capacidade de resposta, o impacto da acreditação na dimensão aspetos tangíveis e avaliação da qualidade nas dimensões garantia e empatia; e entre o impacto da acreditação na dimensão capacidade de resposta e a avaliação da qualidade nas dimensões garantia e empatia.

keywords

Quality, dimensions, health, accreditation, continuing care, SERVQUAL.

abstract

This study intends to evaluate and compare the quality of two Long-Term Care Units (UCC): an accredited and another non-accredited, by raising expectations and perceptions of quality of external customers and internal customers, using the SERVQUAL. The aim is also to identify the impact of accreditation on the quality dimensions, and its relation to the assessment of service quality.

The dissertation consists of three main parts: the first being related to the literature review (Chapter 2-5), the second with the comparative study (Chapter 6) and the third part with the conclusions, limitations and suggestions for future research.

The evaluation of service quality is not superior in UCC accredited for either external customers or to internal customers. However, there is a positive impact of accreditation on quality dimensions and a positive relationship between accreditation impact and quality assessment in the responsiveness dimension, the impact of accreditation on the dimension tangible aspects and quality assessment in assurance and empathy dimensions, and between the impact of accreditation on the dimension responsiveness and quality assessment in assurance and empathy dimensions.

Índice Geral

ÍNDICE GERAL	I
ÍNDICE DE FIGURAS	V
ÍNDICE DE TABELAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	IX
CAPÍTULO 1	1
1. INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 2	3
2. QUALIDADE EM SAÚDE	3
2.1. CONCEITO DA QUALIDADE EM SAÚDE	3
2.2. DIMENSÕES DA QUALIDADE EM SAÚDE	5
2.3. GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE	8
2.3.1. Avaliação da Qualidade em Saúde	10
2.4. A HISTÓRIA DA QUALIDADE NA SAÚDE EM PORTUGAL	13
2.5. CONCLUSÃO	17
CAPÍTULO 3	19
3. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	19
3.1. CRIAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	19
3.2. COORDENAÇÃO E REFERENCIAÇÃO NA RNCCI	20
3.3. ORGANIZAÇÃO/CONSTITUIÇÃO DA RNCCI	21
3.4. CONCLUSÕES	25

CAPÍTULO 4	27
4. CERTIFICAÇÃO E ACREDITAÇÃO EM SAÚDE E CCI	27
4.1. NORMAS E CERTIFICAÇÃO/ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	27
4.1.1. Certificação ISO	29
4.1.2. Acreditação	33
4.2. ENTIDADES CREDENCIADAS	35
4.2.1. Joint Commission International	35
4.2.2. King’s Fund Health Quality Service	39
4.3. INSTITUIÇÕES DE SAÚDE CERTIFICADAS/ACREDITADAS EM PORTUGAL.....	40
4.4. ACREDITAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	43
4.5. PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DAS UCCI	44
4.6. JCI – FOCOS, PADRÕES, PROPÓSITOS E ELEMENTOS DE MEDIÇÃO	45
4.7. CONCLUSÕES	46
CAPÍTULO 5	49
5. QUALIDADE EM SAÚDE E ACREDITAÇÃO	49
5.1. IMPACTO DA ACREDITAÇÃO NA QUALIDADE	49
5.1.1. A Perspetiva dos Profissionais.....	51
5.1.2. A Perspetiva dos Utentes	53
5.2. CONCLUSÕES	54
CAPÍTULO 6	57
6. ESTUDO COMPARATIVO	57
6.1. METODOLOGIA	57
6.1.1. Objetivos da Investigação	57

6.1.2.	Questões de Investigação.....	59
6.1.3.	Hipóteses de Investigação.....	59
6.1.4.	Tipo de Estudo.....	60
6.1.5.	Seleção da Amostra.....	61
6.1.6.	Instrumento de Recolha de Dados.....	62
6.1.7.	Procedimento de Recolha de Dados.....	64
6.1.8.	Tratamento Estatístico.....	65
6.2.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
6.2.1.	Caraterização e Análise da Amostra.....	68
6.2.2.	Alpha e Cronbach.....	73
6.2.3.	Comparação das Expetativas Entre Clientes Externos das UCC.....	74
6.2.4.	Comparação das Perceções Entre Clientes Externos das UCC.....	75
6.2.5.	Comparação da Avaliação da Qualidade dos Serviços nos Clientes Externos.....	77
6.2.6.	Comparação das Expetativas Entre Clientes Internos das UCC.....	80
6.2.7.	Comparação das Perceções Entre Clientes Internos das UCC.....	82
6.2.8.	Comparação da Avaliação da Qualidade dos Serviços nos Clientes Internos.....	84
6.2.9.	Análise Complementar da Avaliação da Qualidade.....	87
6.2.10.	Impacto da Acreditação na Qualidade do Serviço.....	88
6.3.	CONCLUSÕES.....	93
CAPÍTULO 7.....		95
7.	CONCLUSÕES.....	95
7.1.	CONCLUSÕES DE TRABALHO.....	95
7.2.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS.....	97

7.3. NOTA PESSOAL FINAL.....	99
REFERÊNCIAS.....	101
ANEXOS	107
A. AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DA RECOLHA DE DADOS NA UCCAB	109
B. AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS NA UCCMDR DA MEALHADA.....	111
C. CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CLIENTES EXTERNOS.....	117
D. CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CLIENTES INTERNOS	121
E. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS AOS CLIENTES EXTERNOS DA UCCAB	125
F. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS AOS CLIENTES INTERNOS DA UCCAB.....	135
G. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS AOS CLIENTES EXTERNOS DA UCCMDR DA MEALHADA.....	147
H. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS AOS CLIENTES INTERNOS DA UCCMDR DA MEALHADA.....	157

Índice de Figuras

Fig. 1 – Modelo Multidimensional de Maxwell	6
Fig. 2 – Modelo/Tríade de Donabedian	6
Fig. 3 – Tríade de Donabedian	7
Fig. 4 – Modelo Conceptual da Qualidade dos Serviços	10
Fig. 5 – Coordenação da RNCCI	21
Fig. 6 – Tipologias da RNCCI	22
Fig. 7 – Distribuição territorial das UCC pertencentes à RNCCI	23
Fig. 8 – Perspetiva atual da organização, articulação e prestação da RNCCI	24
Fig. 9 – Aspetos a considerar na melhoria do funcionamento da RNCCI	24
Fig. 10 – Aspetos fundamentais da certificação hospitalar	28
Fig. 11 – Propósitos, objetivos e beneficiários da aplicação das normas ISO	30
Fig. 12 – Benefícios e limitações das normas ISO 9000	31
Fig. 13 – Modelo de um Sistema de Gestão da Qualidade baseado em processos	32
Fig. 14 – Vantagens da certificação das empresas ao nível interno e externo	33
Fig. 15 – Critérios de diferenciação entre Certificação ISO e Acreditação	34
Fig. 16 – JCI standards	36
Fig. 17 – Funções da JCI com foco no utente e na organização	37
Fig. 18 – Dimensões e critérios de avaliação da qualidade do Modelo de Acreditação	43
Fig. 19 – Focos e funções do Manual Internacional de padrões de Acreditação para Cuidados Continuados	46

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Dimensões da Qualidade em Saúde de Maxwell	7
Tabela 2 - Formas de Referenciação para a RNCCI	21
Tabela 3 – Hospitais portugueses acreditados pela HQS e JCI, respetivamente	41
Tabela 4 – Instituições de saúde portuguesas acreditadas pela JCI	42
Tabela 5 – Dimensões da qualidade por grupo de questões	62
Tabela 6 – Pontuação da escala para avaliação das expetativas e perceções e respetivos significados	62
Tabela 7 – Pontuação da escala para avaliação da importância e respetivos significados	63
Tabela 8 – Pontuação da escala para avaliação da qualidade geral e respetivos significados	63
Tabela 9 – Pontuação da escala para avaliação do impacto da acreditação e respetivos significados	64
Tabela 10 – Níveis de significância	65
Tabela 11 – Valores de referência do alpha de cronbach	66
Tabela 12 – Valores de referência do R de Pearson	67
Tabela 13 – Caracterização da associação linear de acordo com os valores de R	67
Tabela 14 – Distribuição dos clientes internos das UCC em função do sexo, idade, habilitações literárias, cargo que ocupa na UCC e tempo de exercício profissional na UCC	71
Tabela 15 – Distribuição dos clientes externos das UCC em função do sexo, idade, habilitações literárias e pessoa inquirida	72
Tabela 16 – Valores do alpha de cronbach por variável, dimensão da qualidade e por tipo de cliente	73
Tabela 17 – Expetativas dos clientes externos, por dimensão da qualidade e por UCC	74
Tabela 18 – Perceções dos clientes externos, por dimensão da qualidade e por UCC	76
Tabela 19 – Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes externos, por dimensão, por qualidade geral e por UCC	77
Tabela 20 – Importância atribuída pelos clientes externos por dimensões, para cada UCC	78
Tabela 21 – Expetativas dos clientes internos, por dimensão da qualidade e por UCC	80

Tabela 22 – Percepções dos clientes internos, por dimensão da qualidade e por UCC	82
Tabela 23 – Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes internos, por dimensão, por qualidade e por UCC	84
Tabela 24 – Importância atribuída pelos clientes internos por dimensões, para cada UCC	85
Tabela 25 – Avaliação complementar da qualidade por dimensão da qualidade e por UCC	87
Tabela 26 – Impacto da acreditação nas dimensões da qualidade dos serviços	89
Tabela 27 – Correlação de Pearson entre acreditação e avaliação da qualidade, por dimensões	89

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição de inquiridos por UCC	68
Gráfico 2. Expetativas dos clientes externos por dimensão da qualidade e por UCC	75
Gráfico 3. Perceções dos clientes externos por dimensão da qualidade e por UCC	76
Gráfico 4. Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes externos, por dimensão, por qualidade geral e por UCC	78
Gráfico 5. Expetativas dos clientes internos por dimensão da qualidade e por UCC	81
Gráfico 6. Perceções dos clientes internos por dimensão da qualidade e por UCC	83
Gráfico 7. Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes internos, por dimensão, por qualidade geral e por UCC	85
Gráfico 8. Correlações entre acreditação a avaliação da qualidade, por dimensões da qualidade	91

Índice de Acrónimos

ACES	<i>Agrupamentos de Centros de Saúde</i>
ACS	<i>American College of Surgeons</i>
ACSA	<i>Agencia da Calidad Sanitaria de Andalucia</i>
CBA	<i>Consórcio Brasileiro de Acreditação</i>
CCI	<i>Cuidados Continuados Integrados</i>
CHAM	<i>Centro Hospitalar do Alto Minho</i>
CHKQS /HAQU	<i>Healthcare Accreditation and Quality Unit</i>
CHNE	<i>Centro Hospitalar do Nordeste</i>
CHS	<i>Centro Hospital de Setúbal</i>
DGS	<i>Direção Geral da Saúde</i>
DQS	<i>Departamento da Qualidade em Saúde</i>
ECL	<i>Equipa Coordenadora Local</i>
ECR	<i>Equipa Coordenadora Regional</i>
EFQM	<i>European Foundation for Quality Managment</i>
ENQS	<i>Estratégias Nacionais para a Qualidade em Saúde</i>
EPE	<i>Entidade Pública Empresarial</i>
ERS	<i>Entidade Reguladora da Saúde</i>
GMS	<i>Grupo Misericórdias Saúde</i>
HQS	<i>Health Quality Service</i>
IAPMEI	<i>Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e à Inovação</i>
IPO	<i>Instituto Português de Oncologia</i>
IQS	<i>Instituto da Qualidade em Saúde</i>

ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KFHQS	<i>King's Fund Health Quality Service</i>
KFOA	<i>King's Fund Organisational Audit</i>
MS	<i>Ministério da Saúde</i>
MTSS	<i>Ministério do Trabalho e Solidariedade Social</i>
PNAS	<i>Programa Nacional de Acreditação em Saúde</i>
PNS	<i>Plano Nacional de Saúde</i>
QAP	<i>Quality Assurance Program</i>
RNCCI	<i>Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i>
SA	<i>Sociedade Anónima</i>
SINAS	<i>Sistema Nacional de Avaliação em Saúde</i>
SNS	<i>Sistema Nacional de Saúde</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UCC	<i>Unidades de Cuidados Continuados</i>
UCCAB	<i>Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda</i>
UCCI	<i>Unidade de Cuidados Continuados Integrados</i>
UCCMDR	<i>Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação</i>
UMDR	<i>Unidade de Média Duração e Reabilitação</i>
UMP	<i>União das Misericórdias Portuguesas</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Capítulo 1

1. Introdução

No contexto atual, as questões da qualidade assumem um papel relevante e importante no âmbito das organizações de saúde, quer de cariz público ou privado, sendo os principais focos a melhoria global do desempenho dos serviços de saúde e consequentemente os resultados clínicos, económicos e centrados no doente.

A qualidade na prestação de cuidados à sociedade é um imperativo, quer pelas elevadas expectativas dos utentes muitas vezes decorrente do rápido acesso à informação e difusão da mesma, quer pelos avanços científicos e tecnológicos. Neste sentido, surgem conceitos centrais e interligados como a “gestão da qualidade”, “sistemas de gestão da qualidade”, “melhoria contínua da qualidade” e “avaliação da qualidade”.

O recente nível de cuidados que integra a área da saúde e social em Portugal – Cuidados Continuados Integrados –, não é exceção a esta regra: as preocupações com a melhoria contínua dos aspetos que integram o próprio conceito de qualidade são uma constante. A medição de indicadores de desempenho dos serviços são uma realidade e prática corrente deste nível de cuidados.

O envolvimento de algumas Unidades de Cuidados Continuados Integrados em programas de certificação/acreditação é reflexo desta procura pela melhoria da qualidade e pelo reconhecimento dos seus esforços e empenhamento nesse sentido.

Objetivos

A investigação que se pretende desenvolver, preconiza avaliar e comparar a qualidade dos serviços de Unidades de Cuidados Continuados envolvidas em programas de acreditação, comparativamente às Unidades de Cuidados Continuados que não estão

envolvidas em programas de acreditação, utilizando a escala SERVQUAL. Esta avaliação da qualidade dos serviços tem por base as expectativas e percepções dos clientes internos e externos das UCC, nas dimensões da qualidade dos serviços.

Pretende-se ainda avaliar o impacto da acreditação nas dimensões da qualidade dos serviços, bem como investigar a existência de relações entre o impacto da acreditação e a avaliação da qualidade dos serviços.

A finalidade da investigação reside primordialmente em compreender se se justifica a continuidade do envolvimento das UCC em processos de acreditação, tendo por base as diferenças significativas que a acreditação poderá acarretar, em termos de resultados no âmbito da avaliação da qualidade dos serviços.

Metodologia

Para atingir os objetivos propostos, recorreu-se numa fase inicial à revisão sistemática da literatura e posteriormente à realização de um estudo comparativo utilizando a metodologia quantitativa: aplicou-se um questionário com base na escala SERVQUAL, tendo sido os dados recolhidos submetidos a análise estatística descritiva e correlacional.

Estrutura

A presente dissertação divide-se em três partes principais: revisão da literatura (capítulo 2 a 5), estudo comparativo (capítulo 6) e conclusão (capítulo 7).

A revisão da literatura contempla o capítulo 2 com uma abordagem dos aspetos da gestão da qualidade, da qualidade em saúde em Portugal; capítulo 3 com a caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]: organização, constituição e unidades de cuidados continuados que compõem a RNCCI; capítulo 4 onde constam os aspetos globais inerentes à certificação e acreditação em saúde e de uma forma específica relacionados com os Cuidados Continuados; e capítulo 5 que integra os aspetos da qualidade em saúde e acreditação.

O estudo empírico propriamente dito inclui-se no capítulo 6, onde constam a metodologia, análise e discussão dos resultados e conclusões.

As conclusões do trabalho e limitações e sugestões para estudos futuros, terminando com uma nota pessoal final constituem o capítulo 7.

Capítulo 2

2. Qualidade em Saúde

Na era atual, falar de qualidade é ponto de passagem fundamental quando se pretende alcançar o sucesso num mundo globalizado e em constante mudança. Na opinião de Alhatmi (2010), a qualidade é um elemento importante no atendimento ao cliente em todas as indústrias, inclusivamente na indústria da saúde.

Com o presente capítulo pretende-se clarificar o conceito de qualidade em saúde, tendo por base a perspectiva de diversos autores; abordar as dimensões da qualidade em saúde com foco nos modelos de Maxwell e Donabedian; definir os constructos inerentes à gestão da qualidade em saúde, com relevo para a avaliação da qualidade em saúde onde se detalha o instrumento SERVQUAL; terminando com a história da qualidade da saúde em Portugal com ênfase nas atuais estratégias nacionais para a qualidade em saúde.

2.1. Conceito da Qualidade em Saúde

A qualidade será tudo aquilo que, de acordo com o cliente, melhora o produto. A qualidade está associada à percepção do cliente, logo não é objetiva. No entanto, a dificuldade em definir qualidade está na renovação constante das necessidades do consumidor. Deste modo, as organizações pretendem proporcionar um produto que possa ser adaptado para satisfazer o cliente, com um preço que este possa pagar (Deming, 1993 citado por Arroyo, 2007).

Para Crosby (1986, citado por Arroyo, 2007), qualidade é um produto que cumpre as suas especificações. As necessidades devem ser específicas, e a qualidade torna-se possível se essas especificações forem obedecidas, sem a ocorrência de defeitos. Enquanto, para

Feigenbaum (1994, citado por Arroyo, 2007), qualidade é a correção dos problemas e das causas que influenciam a satisfação do cliente.

Finalmente, Juran e Ishikawa concordam que qualidade se baseia no cliente, procurando desenvolver produtos que atendam às necessidades dos mesmos. Produtos de alta qualidade satisfazem a maioria dos consumidores; são os que não têm defeitos ou os que têm menos defeitos. (Juran, 1974; Ishikawa, 1993 citados por Arroyo, 2007).

De acordo com Feldman, Gatto e Cunha (2005, p.214), qualidade é “um processo dinâmico ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos”.

De acordo com Vinagre e Neves (2008, p.521), os utentes definem qualidade como “terem suas necessidades físicas e emocionais atendidas; receberem cuidados individualizados; estarem envolvidos com os seus cuidados e na tomada de decisão sobre os seus cuidados; que os médicos, enfermeiros e funcionários tenham conhecimento personalizado do utente, que respeitem e conheçam as crenças de saúde do utente, que construam um relacionamento com o utente, mostrem respeito pelo utente, oiçam o utente, e antecipem as suas necessidades; que protejam a privacidade e confidencialidade do utente; terem enfermeiros que atuam como defensores dos utentes, dando igual atenção para todos os utentes, e envolvendo a família e os amigos nos cuidados ao utente.”

As palavras usadas para descrever a qualidade nos cuidados de saúde variam entre países, entre as partes interessadas e ao longo do tempo. Essa variação reflete uma mudança na política de saúde - como a dos hospitais às redes e aos cuidados de saúde primários - e na percepção do que constitui a qualidade dos cuidados de saúde (World Health Organization [WHO], 2003).

Neste sentido, verifica-se que o termo qualidade encerra em si uma panóplia de definições que variam consoante os autores e é carregado de uma subjetividade inerente ao facto de ser dependente de percepções de diferentes indivíduos, sobretudo tratando-se de serviços de saúde em que o grau de ambiguidade, complexidade e heterogeneidade é superior. (Eiriz & Figueiredo, 2004 citado por Silva, Saraiva & Teixeira 2010)

2.2. Dimensões da Qualidade em Saúde

Estudos efetuados por diferentes autores revelam a emergência de dimensões da qualidade em saúde diversificadas, de acordo com o tempo e o foco:

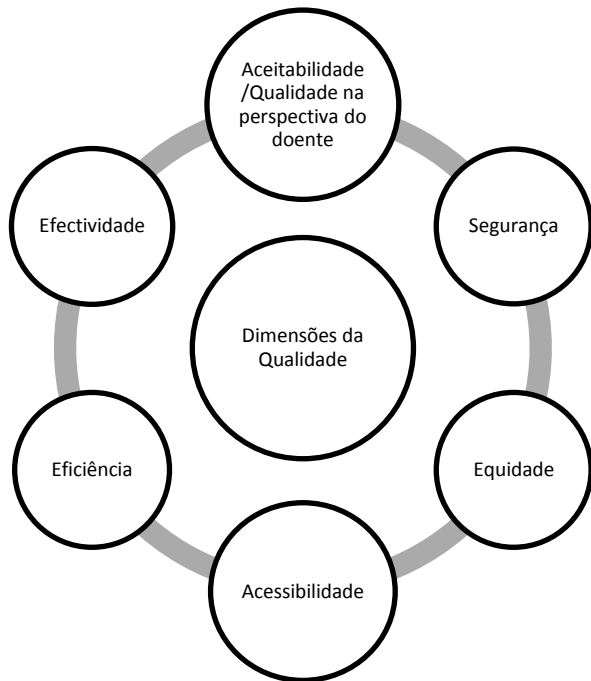
De acordo com Silva *et al.* (2010), Grönroos (1994) coloca a ênfase nos utentes, devendo ser estudadas as suas perceções. Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) identificaram dez critérios, posteriormente agrupados em cinco dimensões, para avaliar a qualidade do serviço:

- Aspetos tangíveis – elementos físicos;
- Confiança – corresponder às expectativas em termos de desempenho;
- Conformidade – ligada a aspetos de prontidão e utilidade;
- Garantia – inerente à competência, credibilidade e segurança;
- Empatia – relacionada com a compreensão e comunicação com o cliente.

De acordo com o Comité da Qualidade dos Cuidados de Saúde na América, referenciado em *Crossing the Quality Chasm* (2001, p.5-6), são propostos seis objetivos para a melhoria de cuidados de saúde, fornecendo um enfoque útil para medir a melhoria real na qualidade de cuidados de saúde e resultados de determinada abordagem específica. O Comité considera que os cuidados de saúde devem ser melhorados nas seguintes dimensões de modo a serem considerados:

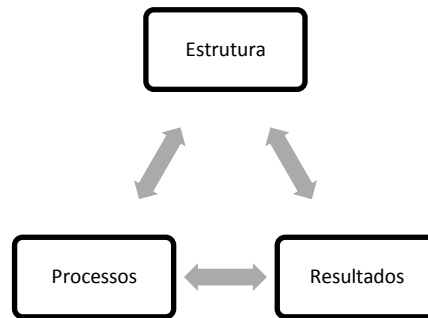
- “Seguros - evitando lesões aos pacientes resultantes dos cuidados que se destinam a ajudá-los.
- Eficazes - prestação de serviços com base em conhecimento científico para todos os que possam beneficiar e abstendo-se de prestação de serviços para aqueles que não são suscetíveis de beneficiar (evitando a subutilização e excesso de uso, respetivamente).
- Centrados no paciente - atendimento que respeite e seja sensível às preferências individuais do paciente, necessidades e valores e capaz de garantir que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
- Pontuais - oportuna redução de espera e, por vezes, atrasos prejudiciais tanto para aqueles que recebem e aqueles que prestam cuidados.
- Eficientes - evitando-resíduos, incluindo resíduos de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- Equitativos - prestação de cuidados que não variam em qualidade por causa das características pessoais como género, etnia, localização geográfica e *status* socioeconómico.”

A operacionalização da qualidade em saúde sob a forma de dimensões torna-se pertinente no âmbito da avaliação da qualidade em saúde, sendo necessário referenciar os contributos de Robert Maxwell e Donabedian e seus modelos multidimensional e tríade, respetivamente.



Fonte: Elaboração própria com base em Silva *et al.* (2010)

Fig.1- Modelo Multidimensional de Maxwell



Fonte: Elaboração própria com base em Silva *et al.* (2010)

Fig.2- Modelo/Tríade de Donabedian

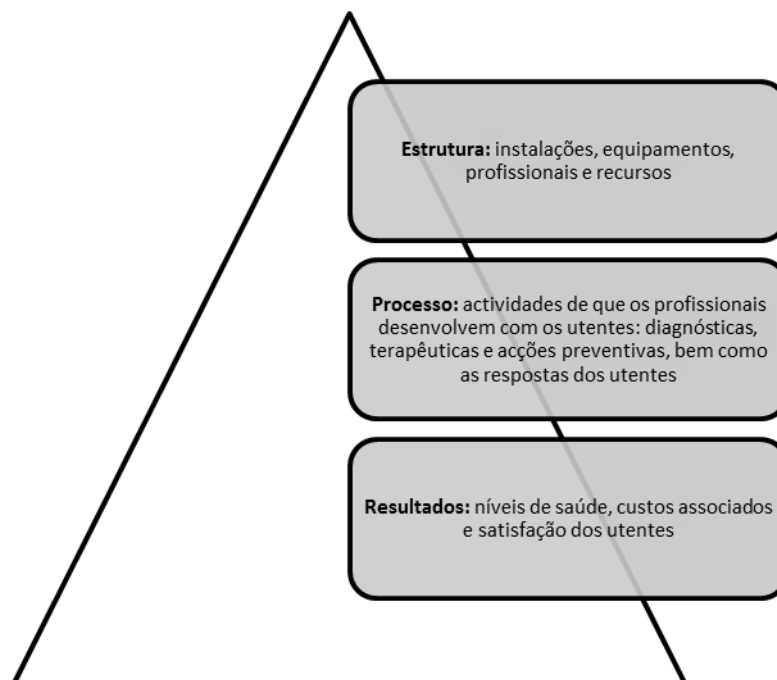
Detalhando as seis dimensões da qualidade de Maxwell:

Efectividade	•Efeito desejado e alcançado por uma determinada intervenção
Eficiência	•Produzir os mesmos efeitos com menos recursos ou maximizar os efeitos com os mesmos recursos
Aceitabilidade/qualidade na perspectiva do doente	•Grau de satisfação e expectativas dos doentes, opiniões, sugestões e reclamações
Acessibilidade	•Condições de acesso aos cuidados de saúde e factores que o condicionam
Equidade	•Reflete em que medida necessidades diferentes condicionam respostas diferentes
Segurança	•Ocorrência de eventos indesejados, decorrente da prestação de cuidados, causando dano ou incapacidade

Fonte: Adaptado de Maxwell (1992) citado por Silva *et al.* (2010)

Tabela 1. – Dimensões da Qualidade em Saúde de Maxwell.

O modelo de Donabedian assenta na tríade estrutura, processo e resultados:



Fonte: Adaptado de Silva *et al.* (2010)

Fig. 3 – Tríade de Donabedian.

Ambos os modelos focam a avaliação da qualidade em aspetos relacionados com o utente/cliente: uma das dimensões da qualidade focada pelo Modelo de Maxwell é a aceitabilidade/qualidade na perspetiva do doente e que se refere à qualidade percebida e relacionada com o grau de satisfação e expectativas dos doentes, bem como com as opiniões, sugestões, reclamações, segundo Silva *et al.* (2010).

De acordo com Sofaer e Firminger (2005), no Modelo de Donabedian, a estrutura refere-se à classificação do utente/consumidor do ambiente físico e instalações em que o serviço ocorre; o processo inclui, por exemplo, a classificação do utente das interações interpessoais com os profissionais e dos profissionais entre si, medindo atributos como a receptividade, simpatia, empatia, cortesia, competência e disponibilidade; os resultados referem-se à percepção do utente sobre os resultados do processo, incluindo a redução ou a resolução dos sintomas, ou resolução de problemas subjacentes.

A qualidade na saúde tem diferentes definições, de acordo com os diferentes autores e de acordo com os diversos intervenientes no sistema de saúde. Segundo Silva *et al.* (2010), os profissionais de saúde tendencialmente caracterizam a qualidade com base nos atributos e efetividade dos resultados obtidos da prestação de cuidados; os gestores baseiam-se em indicadores do desempenho da organização; e os utentes “valorizam os aspetos relacionais, decorrentes do contacto com a organização e com os profissionais de saúde, a acessibilidade e o «balanço» entre as expectativas e o resultado final dos cuidados recebidos”. (p.24)

2.3. Gestão da Qualidade em Saúde

A Gestão da Qualidade de acordo com Silva *et al.* (2010, p.21) é um “processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantias, sistemas, procedimentos e atividades ligadas à qualidade”.

O Sistema da Qualidade para Silva *et al.* (2010, p.21), é “um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria da qualidade nos cuidados prestados”.

De acordo com a WHO (2003), quando se faz referência a sistemas de gestão da qualidade, torna-se pertinente, abordar conceitos importantes como o controlo da qualidade, avaliação da qualidade, garantia da qualidade, gestão pela qualidade total, melhoria da qualidade, desenvolvimento da qualidade dos cuidados e governança clínica.

Controle da Qualidade – Técnicas operacionais e atividades utilizadas para atender aos requisitos da qualidade projetada. O *Quality Assurance Project* (QAP) permite associar ao controle dos processos dentro dos limites aceitáveis, a monitorização, de modo a permitir aos prestadores de cuidados de saúde e seus supervisores, perceber se estão a cumprir com as normas essenciais e se os cuidados prestados são eficazes. (WHO, 2003)

Avaliação da Qualidade – De acordo com a WHO (2003), a avaliação da qualidade identifica oportunidades de melhoria ao comparar o desempenho com as expectativas, padrões ou metas. Não preconiza a imposição de soluções ou ações corretivas.

Garantia da Qualidade – Todas as ações planeadas e sistemáticas necessárias para transmitir confiança adequada acerca da presença dos requisitos traçados pela qualidade num produto ou serviço. É a atividade que fornece as evidências necessárias para estabelecer a confiança entre os elementos envolvidos, sejam estes internos ou externos à organização, de que a função qualidade está a ser executada eficazmente. (WHO, 2003)

Gestão pela Qualidade Total – A Gestão pela Qualidade Total “baseia-se na participação de todos os membros de uma organização e que visa o sucesso a longo prazo através da satisfação do cliente e benefícios para todos os membros da organização e para a própria sociedade” (WHO, 2003, p.57). Implica um sistema abrangente que liga todos os processos em departamentos e em todos os níveis, para que todos entendam as necessidades e desejos dos clientes ou usuários finais do produto ou serviço.

Melhoria da Qualidade – A melhoria da qualidade tem por base o envolvimento dinâmico e ativo na pesquisa de fraquezas e oportunidades e o atingimento de objetivos como a redução de custos, melhorias nos resultados, foco no cliente. (Silva *et al.*, 2010)

Desenvolvimento da Qualidade dos Cuidados – Definido pela WHO (2003, p.57) como “o processo dinâmico que identifica e utiliza os melhores resultados de saúde para alcançar uma prática superlativa, abrangendo os conceitos gerais de controlo, avaliação, melhoria e garantia de qualidade”.

Governança Clínica – A Governança clínica implica a integração da gestão no âmbito da garantia da qualidade e no âmbito profissional da auditoria clínica. A ênfase que anteriormente era colocada na melhoria da qualidade, é atualmente reformulada e integra aspetos de administração e direção. (WHO, 2003)

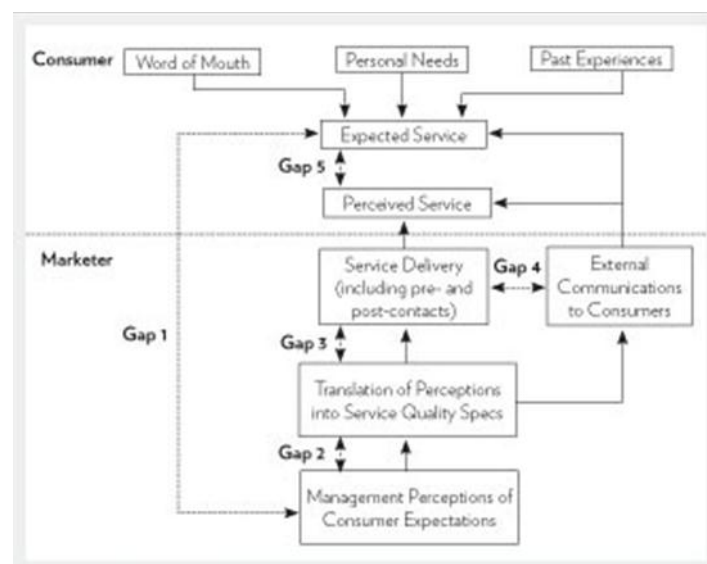
2.3.1. Avaliação da Qualidade em Saúde

A temática da qualidade nos serviços começou a ser desenvolvida a partir da década de 80. Após a identificação das especificidades dos serviços comparativamente aos produtos, onde se incluem a intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade produção e consumo, perecibilidade, elevada interatividade, ausência de propriedade, impossibilidade de devolução, participação dos clientes na produção e incerteza sobre as necessidades dos clientes, constataram-se as dificuldades da avaliação da qualidade dos serviços devido a essas características específicas.

Os trabalhos desenvolvidos por Parasuraman *et al.* (1985), com base no modelo de satisfação de Oliver que referia que a satisfação do cliente é a função da diferença entre a expectativa e o desempenho, concluíram que a avaliação da qualidade “Qj” de um serviço, por um cliente resulta da diferença entre a sua expectativa de desempenho “Ej” e o seu julgamento do serviço “Dj” (percepção do desempenho), em certas dimensões da qualidade em serviço (Salomi, Miguel & Abackerli, 2005):

$$Q_j = D_j - E_j$$

O modelo dos *gap* da qualidade dos serviços, mostra a forma como o cliente avalia a qualidade do serviço e como a empresa pode avaliar analiticamente a qualidade de um serviço prestado. O modelo demonstra as influências das várias discrepâncias ocorridas na qualidade dos serviços, e pode ser dividida em dois segmentos distintos: o contexto de gestão e o contexto do cliente (Salomi *et al.*, 2005):



Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1985)

Fig. 4 – Modelo Conceptual da Qualidade dos Serviços

Analisando o modelo conceptual, o *gap* 1 consiste na discrepância entre a expectativa do consumidor e a percepção da organização sobre essa expectativa; o *gap* 2 representa a discrepância entre a percepção da organização quanto às expectativas do cliente e transformação destas em especificações da qualidade dos serviços; o *gap* 3 corresponde à discrepância entre as normas e especificações das empresas e o serviço fornecido ao cliente; o *gap* 4 consiste na discrepância entre a promessa realizada pela comunicação externa e o serviço prestado; o *gap* 5 é função da direção e magnitude das discrepâncias dos *gap*'s anteriores e resume-se na discrepância entre a expectativa do cliente e percepção do serviço prestado.

Parasuraman *et al.* (1985) descobriram ainda que, independentemente da natureza do serviço, os clientes utilizam os mesmos critérios para a avaliação da qualidade dos serviços. Neste sentido, esses critérios foram agrupados inicialmente em 10 dimensões da qualidade passíveis de causar a discrepância entre expectativas e desempenho. De acordo com Babakus e Mangold (1992), o SERVQUAL foi uma escala desenvolvida com base nas dimensões identificadas e o modelo dos *gap*, tendo como propósito ser um instrumento para medir a qualidade de um serviço em diversos sectores.

Após diversas investigações desenvolvidas para o aperfeiçoamento da escala SERVQUAL, as 10 dimensões da qualidade dos serviços ficaram reduzidas a 5 que, de acordo com Babakus e Mangold (1992), são a tangibilidade (aspectos físicos, equipamentos e aparência dos profissionais), fiabilidade (capacidade de desempenho do serviço com precisão), capacidade de resposta (capacidade de ajudar prontamente os clientes), garantia (conhecimento e cortesia do pessoal e respetiva capacidade de inspirar confiança aos clientes) e empatia (capacidade de prestar um serviço atencioso e personalizado).

De acordo com Marques (2010), o modelo SERVQUAL é composto por três partes, a primeira para aferição das expectativas composta por 22 itens que representam características específicas para cada dimensão, a segunda para avaliação das percepções composta por 22 itens e a última parte que consiste numa única questão sobre o desempenho global da organização.

Carman (1990) refere que para muitos fornecedores de serviços, a importância de determinado atributo específico de um serviço, parece ser mais relevante do que as expectativas. Neste sentido surge a variável "importância de um atributo do serviço", que demonstra que as três variáveis: importância, expectativas e percepções, desempenham diferentes papéis na avaliação da qualidade.

Para Carman (1990, p.51), "um modelo completo da qualidade dos serviços tem que permitir medir o efeito da importância dos atributos individuais, nas percepções da qualidade". A Escala SERVQUAL ponderada emerge desta necessidade de contemplar o fator "importância" na avaliação da qualidade por parte dos clientes.

Importância e aplicação da Escala SERVQUAL na área da saúde

No sector da saúde, uma das maiores contribuições do SERVQUAL consiste na sua capacidade de identificar os sintomas e proporcionar um ponto de partida para a análise dos problemas subjacentes que inibem a prestação de serviços de qualidade.

De acordo com Babakus e Mangold (1992) o SERVQUAL permite aos investigadores testarem a eficácia das técnicas e ações levadas a cabo para a melhoria da qualidade, de modo a desenvolverem-se generalizações sobre essas ações e métodos. Permite simultaneamente dotar os administradores dos hospitais com uma ferramenta para a medição da qualidade funcional das suas organizações: uma pontuação deficiente em uma ou mais dimensões do SERVQUAL é normalmente sinal da existência de um problema mais profundo subjacente na organização.

A Escala SERVQUAL pode ser utilizada para medir não só as perceções da qualidade sob o ponto de vista dos utentes (clientes externos), mas também para medir, sob o ponto de vista da organização e colaboradores (clientes internos), a qualidade que consideram ser percebida pelos utentes, tendo como vantagem compreender as lacunas existentes entre as diferentes perceções (Babakus & Mangold, 1992).

De acordo com Brunh (2003) citado por Marques (2010), "as unidades ou funcionários, chamados de "clientes internos", são semelhantes aos clientes externos no que concerne às suas expetativas relativamente ao serviço que lhes é prestado e fazem julgamentos com base nessas expetativas". Apesar da utilização da Escala SERVQUAL ser amplamente utilizada para a avaliação da qualidade na perspetiva dos clientes externos, Reynoso e Moores (1995) citados em Marques (2010), confirmaram, através de estudos realizados em dois hospitais e um hotel, a possibilidade de utilizar as dimensões SERVQUAL, na avaliação da qualidade de serviços internos, devido à similaridade das dimensões SERVQUAL com as dimensões por eles encontradas.

Relativamente à aplicação da escala SERVQUAL na área da saúde, Babakus e Mangold (1992) optam por usar escalas de Likert de cinco pontos, em detrimento das escalas de sete pontos, na pontuação dos itens, no sentido de reduzir o "nível de frustração" nas respostas do paciente, aumentar a taxa de resposta e qualidade de resposta.

Outro aspeto referenciado por Babakus e Mangold (1992) na sua aplicação do SERVQUAL num ambiente hospitalar é a necessidade dos itens serem redigidos positivamente e não na negativa como acontece na Escala SERVQUAL original, devido a questões relacionadas a possibilidade de se produzirem fatores que são artefactos de método em vez de dimensões conceptuais significativas da qualidade dos serviços, criando problemas de qualidade de dados, colocando em causa a dimensionalidade e validade do instrumento (Buttle, 1996).

2.4. A História da Qualidade na Saúde em Portugal

Em Portugal, apesar da existência de um normativo que obrigava à criação de Comissões de Qualidade nos serviços de saúde, desde finais dos anos 80, a necessidade de implementar Sistemas de Qualidade em Saúde, surgiu após a Organização Mundial de Saúde ter especificado na meta 31 das “Metas para a Saúde para todos no ano 2000”, que “até 1990, todos os Estados Membros deveriam ter estabelecido mecanismos eficazes de garantia da qualidade dos cuidados aos utentes, no quadro dos sistemas de cuidados de saúde”. (Silva *et al.*, 2010, p.53)

De acordo com Sá (2010), o plano “A Saúde um Compromisso - Estratégia de Saúde para o virar do Século” foi uma orientação fundamental onde se assumiu a política da qualidade na saúde como parte integrante da política da saúde. O Programa Operacional da Saúde 2000-2006, cuja orientação global está consagrada na Estratégia da Saúde do documento “A Saúde um Compromisso” (1999), uma das ações delineadas no Eixo Prioritário II - Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade, consiste “em melhorar a prestação de cuidados de saúde, tanto através da introdução de sistemas e práticas de qualidade, como da qualificação e desenvolvimento dos recursos humanos”.

Neste sentido, foram criados diversos organismos, nomeadamente o Conselho Nacional de Qualidade na Saúde, a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde (1999), que, conjuntamente com a Comissão Nacional de Acreditação e a Agência de Avaliação de Tecnologias, seriam as bases para o Sistema Português da Qualidade na Saúde (Sá, 2010).

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, as orientações estratégicas no âmbito da Reorientação do Sistema de Saúde – Qualidade em Saúde, faz um diagnóstico de escassa cultura de qualidade, défice organizacional dos serviços de saúde, falta de indicadores de desempenho e apoio à decisão e insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica. (DGS, 2004)

Segundo Silva *et al.* (2010), desenvolveram-se neste âmbito diversos projetos e programas de melhoria da qualidade, como o(s)/a:

- Projeto *MoniQuOr* de Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde;
- Protocolo do Instituto da Qualidade em Saúde com o *King's Fund Health Quality* de âmbito hospitalar;
- QualiGest com base no modelo da *European Foundation for Quality Management*, surge como um modelo de autoavaliação da qualidade na gestão;
- Desenvolvimento e aplicação de questionários para a avaliação da satisfação das expectativas dos clientes;

- Medição dos estados de saúde;
- Elaboração de Linhas de Orientação Clínica;
- Projetos de Melhoria Contínua;
- Desenvolvimento de metodologias de acreditação em saúde.

No contexto dos projetos levados a cabo na área da qualidade em saúde, torna-se pertinente destacar o projeto SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde [ERS] no âmbito do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio que obriga a ERS a implementar um sistema de classificação dos prestadores de cuidados de saúde no que concerne à qualidade, em parceria com o consórcio Siemens-Joint Commission International [JCI].

O projeto SINAS baseia-se em indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados, aplicados aos prestadores, permitindo a obtenção de um *rating* dos mesmos. Consequentemente obter-se-á mais informação sobre a qualidade do sistema de saúde, a melhoria contínua dos cuidados prestados e um aumento na capacidade de tomada de decisão do utente com base na informação disponibilizada.

O modelo de *rating* em desenvolvimento engloba quatro parâmetros sobre os quais as instituições de saúde serão avaliadas: excelência clínica, segurança do doente, instalações e conforto e satisfação do utente.

Do relatório da WHO (2011) relativamente à avaliação do Plano Nacional de Saúde [PNS] 2004-2010, surgem como principais recomendações para as políticas em saúde:

- “Construir um amplo consenso criado pelo Plano Nacional de Saúde vigente na obtenção de ganhos de saúde e usá-lo como uma base para o próximo Plano;
- Reorientar o papel do Ministério da Saúde sobre a administração do sistema de saúde, que deverá concentrar-se na definição de objetivos do sistema de saúde, os papéis de atores e limites para a ação;
- Informar regularmente o Parlamento sobre a implementação do Plano Nacional de Saúde e melhorias em objetivos-chave relacionados com a saúde pública e fortalecimento do sistema de saúde em Portugal;
- Lidar com a fragmentação da função de administração do sistema de saúde do Ministério da Saúde e relacionadas à falta de coordenação, de modo que o desempenho do sistema de saúde possa ser gerido de forma adequada e as metas de saúde pública possam ser alcançadas;
- Reforçar o envolvimento e colaboração interministerial (começando com o Ministério das Finanças e do Ministério dos Negócios Estrangeiros) e desenvolver capacidades para a avaliação do impacto na saúde em todo o governo;

- Capacitar as Autoridades Regionais de Saúde para conduzir o envolvimento das partes interessadas e da comunidade e o planeamento a nível local;
- Para o próximo Plano, propor um equilíbrio entre os grandes objetivos de saúde pública e as orientações para a ação e um número limitado de objetivos prioritários para o fortalecimento do sistema de saúde, a serem alcançados dentro do prazo do Plano;
- Para o próximo Plano, construir uma base que permita uma forte evidência na abordagem das lacunas nas políticas importantes no atual Plano, especificamente as desigualdades de saúde, a sustentabilidade do sistema de saúde, recursos humanos para a saúde, qualidade dos cuidados de saúde e segurança e equidade no financiamento."

Apesar de se encontrar atualmente em discussão pública, torna-se pertinente referenciar o Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 em que se marca a criação de novas entidades abaixo referidas.

Consciente da preocupação com as atuais exigências da prestação de cuidados de saúde com um nível de qualidade cada vez mais elevado, o Ministério da Saúde optou por criar, no âmbito da Direção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde [em 2009], sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde [extinto em 2006] e da Agência da Qualidade na Saúde, com a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade, tendo por base as Estratégias Nacionais para a Qualidade em Saúde [ENQS] (DQS-DQS dgs.pt (n.d.) Estratégia Nacional Para a Qualidade na Saúde » Prioridades Estratégicas. Retirado de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0> em 29/10/2011)

1. “Qualidade clínica e organizacional;
2. Informação transparente ao cidadão;
3. Segurança do doente;
4. Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
5. Gestão integrada da doença e inovação;
6. Gestão da mobilidade internacional de doentes;
7. Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.”

Para além disso, criou o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde, nomeado em 2009 enquanto órgão consultivo para as questões relacionadas com a missão do Departamento da Qualidade e Saúde, através da operacionalização da ENQS.

O surgimento de Estruturas de Gestão Integrada para a melhoria da qualidade da gestão: horizontais (Centros Hospitalares e Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES]) e verticais (Unidades Locais de Saúde) são outro marco das recentes reformas.

O PNS 2011-2016 inclui ações e recomendações, bem como orientações relacionadas com a qualidade (DGS, 2011, p.19):

1. “Divulgar, promover e desenvolver o exercício das responsabilidades, direitos e deveres dos cidadãos nos serviços de saúde
2. Criar e Desenvolver programas específicos na área da educação para a saúde, autogestão da doença e capacitação dos cuidadores informais
3. Desenvolver as competências dos profissionais de saúde na relação com o doente
4. Desenvolver um modelo de acreditação dos serviços de saúde
5. Desenvolver um sistema de elaboração, disseminação, monitorização e avaliação de Normas de Orientação Clínica
6. Constituir uma Rede de Articulação e Referenciação entre os vários níveis de cuidados de saúde
7. Registo de Saúde Eletrónico integrado, acessível ao cidadão
8. Integrar os sistemas de informação e de monitorização em Saúde
9. Desenvolvimento do modelo de planeamento, monitorização e avaliação das instituições
10. Desenvolvimento do sistema de “*Balanced Scorecard*” para melhoria da adequação, desempenho e articulação dos processos de contratualização
11. Desenvolvimento do sistema de contratualização e de convenções
12. Desenvolver o sistema de financiamento e pagamento de cuidados, para promover a responsabilidade das instituições por ganhos em saúde”

As orientações a nível político consistem em (DGS, 2011, p.13):

1. “Reforçar a responsabilidade pela governação integrada, incluindo a governação clínica, em todos os níveis e em todos os sectores do sistema de saúde.
2. Avaliar a política de qualidade, através de nomeação de entidade externa e independente, responsável pela monitorização, elaboração de recomendações e publicitação de resultados.
3. Desenvolver instrumentos de padronização (standards) para a promoção da qualidade quanto a procedimentos clínicos, informação, indicadores da qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços e instituições.
4. Reforçar a responsabilidade das especialidades médicas generalistas, como a medicina geral e familiar, a medicina interna e a pediatria, na gestão global do caso e na responsabilidade pelo percurso clínico.

5. Institucionalizar a avaliação das tecnologias em saúde como requisito para a introdução custo-efetiva, incremental e criteriosa de novas tecnologias”.

As orientações a nível das instituições, consistem em (DGS, 2011, p.14):

1. “Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional, incluindo estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização, segurança, identificação e correção de erros.
2. Promover ações de formação sobre aspetos da qualidade em saúde nas organizações de saúde.
3. Avaliar e divulgar a qualidade e custo-efetividade das suas práticas, de forma rigorosa e transparente, contribuindo para uma cultura de construção de conhecimento e de boas práticas.”

As orientações a nível dos profissionais, consistem em (DGS, 2011, p.15):

1. “Assegurar a procura de uma visão de qualidade total, compreendendo a cadeia de valor em saúde em que a sua atividade se insere, o percurso clínico, a função de gestão do caso e a gestão do risco, em processos de melhoria contínua da qualidade.
2. Desenvolver uma visão específica sobre segurança do doente e gestão do risco no próprio ato individual e personalizado”.

2.5. Conclusão

A qualidade em saúde é um conceito amplo, abrangente e complexo, abarcando as diferentes perspetivas dos *stakeholders*, sendo um conceito simultaneamente multidimensional, na ótica de diversos autores, dos quais se destacam Maxwell e Donabedian.

No âmbito da gestão da qualidade em saúde, aplicam-se os conceitos para a gestão da qualidade em geral, destacando-se a avaliação da qualidade em saúde enquanto forma de identificação de oportunidades de melhoria do desempenho, com recurso a instrumentos de medição da qualidade como o SERVQUAL.

Em Portugal, as preocupações com as questões da qualidade em saúde são uma constante, repercutindo-se numa orientação estratégica e forte investimento a nível político, institucional e profissional, com a criação e/ou reformulação de organismos, estruturas e programas que preconizam alcançar os mais altos níveis de qualidade na área da saúde.

Capítulo 3

3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

No sentido de tornar perceptíveis as especificidades deste sector da saúde e social em Portugal, dado que é neste contexto que decorre a investigação levada a cabo, o presente capítulo aborda os aspetos inerentes à criação da RNCCI; à sua coordenação nacional regional e local e aos modos de referenciação dos utentes; e à organização e constituição da RNCCI, terminando com uma breve perspetiva do atual funcionamento da Rede e aspetos a melhorar.

3.1. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Os dados estatísticos revelam o crescente envelhecimento populacional a nível mundial. Portugal enquadra-se e revê-se claramente, nesta estatística: o Eurostat estima um aumento na esperança de vida à nascença em Portugal de 6,4 anos nas mulheres e de 8,3 anos nos homens, até 2060 (atingindo valores de 88.8 e de 84.1 anos, respetivamente) (Lopes, 2010). Com o incremento da esperança média de vida e crescente evolução tecnológica em diversas áreas, como a da saúde, o resultado é o aumento de doenças crónicas e incapacitantes e conseqüentemente um sistema de saúde incapaz de dar resposta a esta alteração sociodemográfica.

Perante esta realidade, o Estado português deparou-se com a necessidade de colmatar as lacunas e insuficiências detetadas no sistema de saúde e no âmbito das políticas sociais e dar resposta às referidas necessidades emergentes, através do desenvolvimento de ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investimento no

desenvolvimento de cuidados de saúde e de longa duração que garantam a qualidade, a equidade e a sustentabilidade dos sistemas; e ajustamento ou criação de respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e às alterações de funcionalidade.

Neste sentido, surge o Decreto-Lei (DL) n.º 101/2006, de 6 de Junho no âmbito conjunto dos Ministérios da Saúde e do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, a RNCCI, “um modelo de intervenção integrado e ou articulado de saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado”, assumindo-se como “um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.”

O artigo 4º do Capítulo I do DL n.º101/2006 de 6 de Junho, define como objetivo geral da RNCCI a “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”, sendo os cuidados continuados integrados (CCI) definidos como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (DL n.º101/2006, Artigo 3º).

3.2. Coordenação e Referenciação na RNCCI

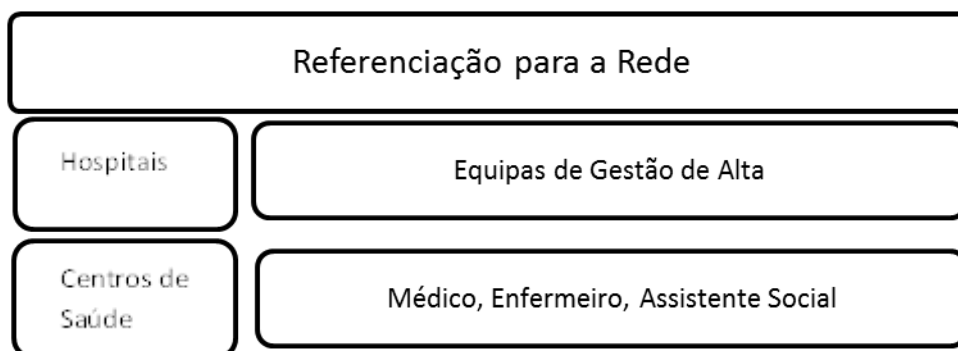
De acordo com o DL n.º101/2006, Artigo 9º, a coordenação da Rede processa-se a nível nacional, regional e local de acordo com a seguinte estrutura:



Fonte: Elaboração própria com base no DL nº101/2006, artigo 9º.

Fig. 5 - Coordenação da RNCCI.

Os utentes podem ser referenciados para a RNCCI através de dois mecanismos/vias distintos: centros de saúde ou hospitais. Nos centros de saúde, a referência, pode ser efetuada pelo médico, enfermeiro, assistente social. A nível hospitalar, o encaminhamento para a rede é efetuado através das Equipas de Gestão de Alta, equipas multidisciplinares que têm como função preparar e gerir a alta do utente em articulação com os diferentes serviços e de acordo com os problemas de saúde e sociais presentes.

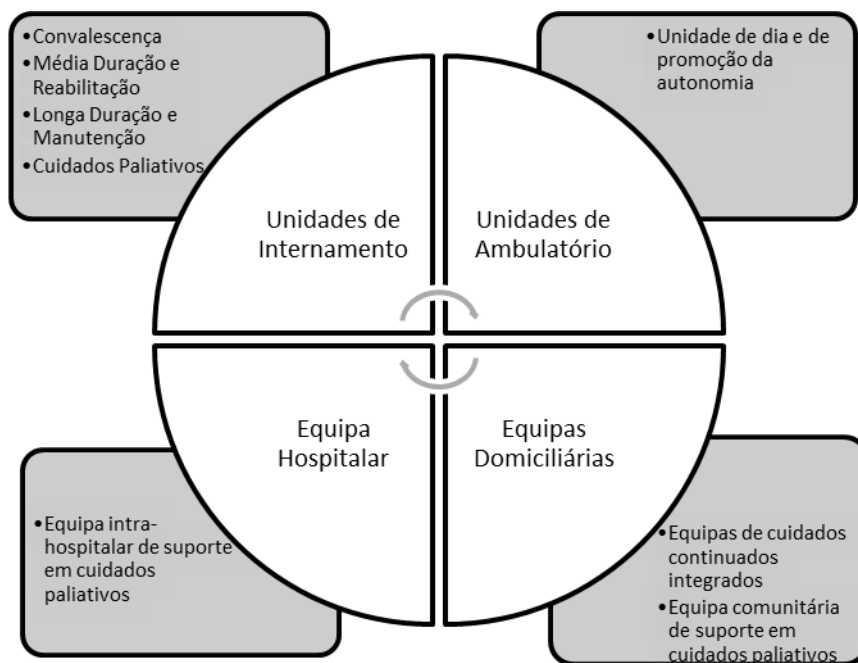


Fonte: Elaboração própria

Tabela 2 - Formas de Referência para a RNCCI

3.3. Organização/Constituição da RNCCI

A prestação de cuidados aos utentes é assegurada através de quatro tipos de resposta, a seguir representadas e posteriormente detalhadas.



Fonte: Adaptado do Guia da RNCCI (2009)

Fig. 6 – Tipologias da RNCCI.

O art.º 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho define as unidades de acordo com a sua tipologia:

Unidade de Convalescença – “unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.”

Unidade de Média Duração e Reabilitação - “unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.”

Unidade de Longa Duração e Manutenção – “unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.”

O disposto no n.º 1 do Art.º 19.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho define Unidade de Cuidados Paliativos como “uma unidade de internamento, com espaço físico

próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. Presta acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.”

O n.º 1 do Art.º 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho refere que as Equipas de Cuidados Continuados Integrados são uma “equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio.”

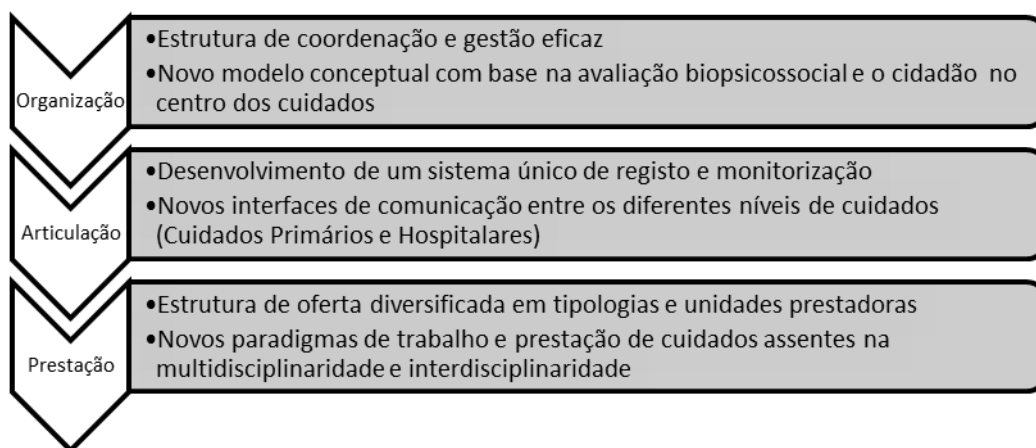
No n.º 2 do Art.º 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho é referido que as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos são uma “equipa multidisciplinar que presta apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos.”

Como se pode verificar pelas figuras abaixo, as unidades de internamento pertencentes à RNCCI encontram-se distribuídas de norte a sul do país e as equipas domiciliárias estão estrategicamente distribuídas regionalmente.



Fig. 7 – Distribuição territorial das UCC pertencentes à RNCCI.

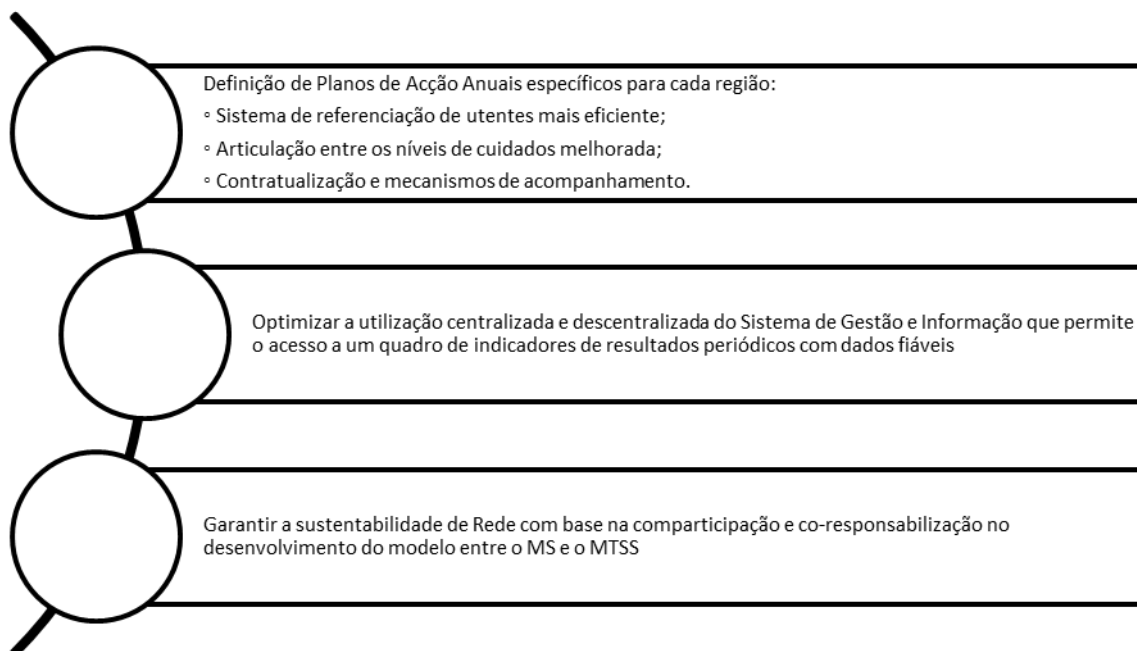
O desenvolvimento e expansão da RNCCI nos seus seis anos de existência foram muito significativos, na medida em que foram criados níveis significativos de respostas, com elevadas taxas de ocupação, tendo-se conseguido, de acordo com Guerreiro (2011, p.4):



Fonte: Elaboração própria com base em Guerreiro (2011)

Fig. 8 – Perspetiva atual da organização, articulação e prestação da RNCCI.

Apesar do comprovado crescimento da RNCCI, muitos aspetos necessitam de implementação, reformulação e/ou consolidação no sentido de tornar a Rede mais eficiente e operacional:



Fonte: Elaboração própria com base em Guerreiro (2011)

Fig. 9 – Aspetos a considerar na melhoria do funcionamento da RNCCI.

3.4. Conclusões

A RNCCI nasceu há cerca de seis anos, constituindo-se como um nível de cuidados intermediário de intervenção integrado de cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência.

A coordenação processa-se a nível nacional, regional e local e a referenciação de utentes para a Rede efetua-se no sector hospitalar ou a nível dos cuidados de saúde primários. Após a referenciação, os utentes ingressam numa das tipologias de resposta da rede, de acordo com as suas necessidades clínicas e sociais: internamento, ambulatório, equipa hospitalar ou equipas domiciliárias.

Apesar de se considerar um projeto recente, melhorias foram sendo efetuadas ao longo do tempo e muitas outras se perspetivam no âmbito da organização, articulação e prestação.

Capítulo 4

4. Certificação e Acreditação em Saúde e CCI

A prestação de cuidados ou serviços de saúde de qualidade pode ser incrementada através de avaliações objetivas externas que promovam a comparação com padrões/*standards* preestabelecidos. Os sistemas de certificação e acreditação servem o referido propósito ao permitirem a obtenção de informações fundamentais acerca da capacidade, qualidade e segurança de instituições de saúde.

Este capítulo inicia-se com uma abordagem aos aspetos da certificação e acreditação de serviços de saúde, focando as diferenças entre ambas. Seguidamente são referidos os métodos de trabalho das principais entidades credenciadas para a acreditação, nomeadamente a KFHQS (atual HQS) e a JCI, bem como as instituições de saúde em Portugal, envolvidas em processos de acreditação por essas entidades.

Após a abordagem teórica dos aspetos gerais da acreditação, efetua-se uma análise do percurso da acreditação pela JCI, em cuidados continuados, considerando as especificidades inerentes ao processo de acreditação em cuidados continuados, bem como as diferenças nos focos, padrões, propósitos e elementos de medição do manual de acreditação da JCI para cuidados continuados.

4.1. Normas e Certificação/Acreditação de Serviços de Saúde

De acordo com Rooney e Ostenberg (1999) a certificação pode ser conferida quer a instituições de saúde quer a profissionais. No que se refere a profissionais a certificação é definida como “um processo pelo qual um órgão autorizado, normalmente governamental ou conselho de certificação de uma sociedade profissional, confere

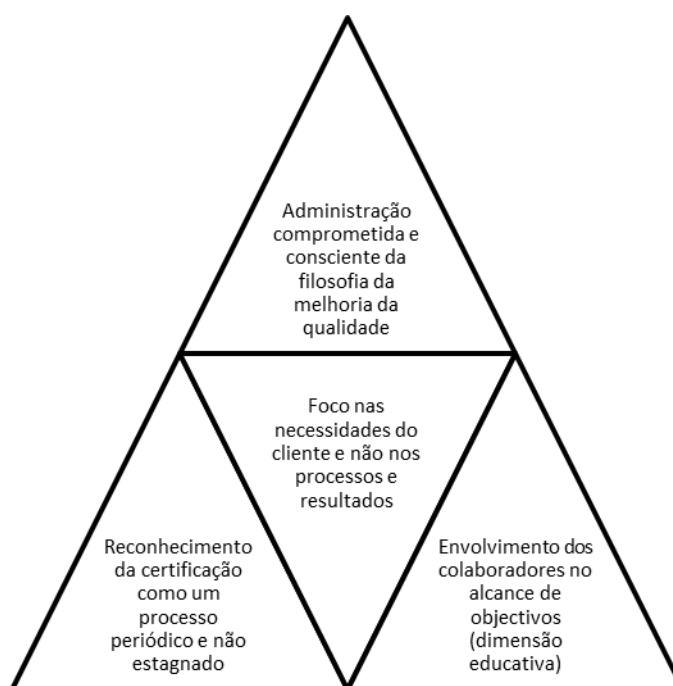
reconhecimento àqueles profissionais que atendem a certas qualificações predeterminadas.” (p.25)

No que respeita a instituições de saúde, segundo o mesmo autor, a certificação pode ser conferida quer por organizações governamentais ou não governamentais e geralmente possui um carácter voluntário, excetuando-se situações como quando o contratante dos serviços exigir que a instituição seja certificada para o desempenho de determinadas funções/serviços.

De acordo com Mezomo (2001), a certificação indicia que as instituições detêm capacidade para produzir serviços de qualidade dado o reconhecimento da existência de determinados *standards* de qualidade nos serviços de saúde, não garantido, per se, que os serviços prestados sejam de qualidade.

A certificação permite o desenvolvimento da confiança dos utentes nos serviços prestados, que se pressupõe de qualidade superior, para além de ser um importante componente no âmbito da gestão possibilitando a otimização dos benefícios e minimização dos riscos e custos inerentes à racionalização dos recursos em saúde. (Mezomo, 2001)

A certificação hospitalar implica que determinados aspetos sejam levados em linha de consideração para que existam repercussões efetivas na qualidade dos cuidados prestados:



Fonte: Elaboração própria com base em Mezomo (2001)

Fig. 10 – Aspetos fundamentais da certificação hospitalar.

4.1.1. Certificação ISO

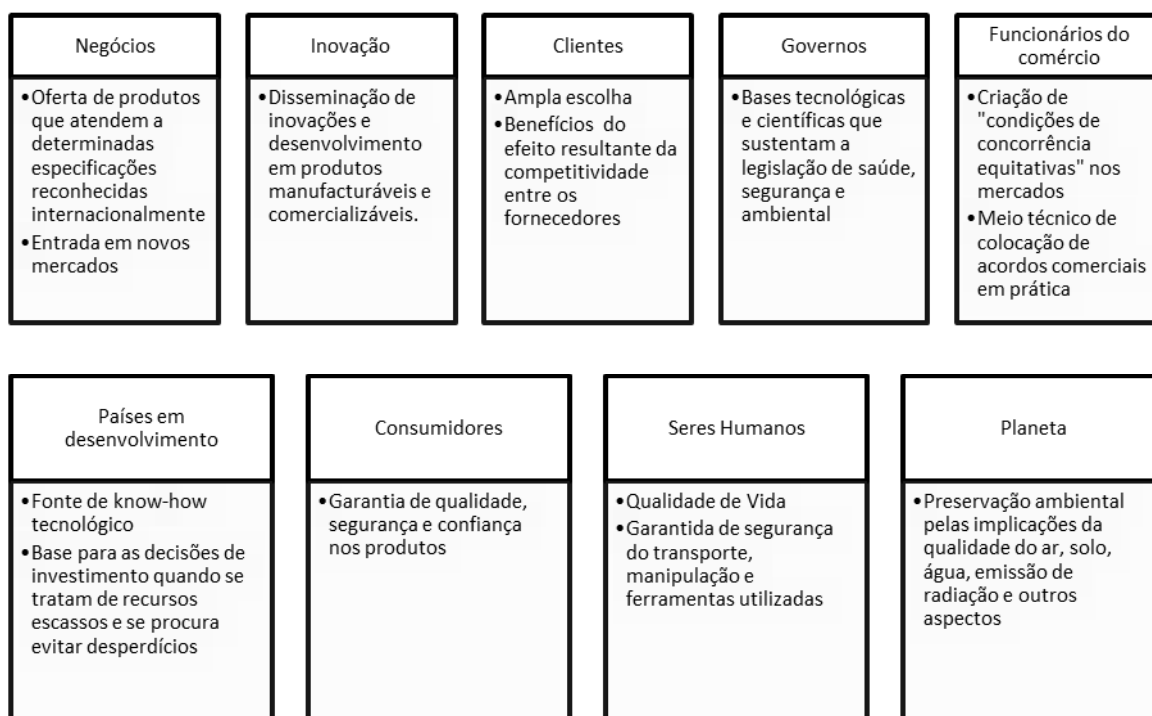
ISO significa *International Organization for Standardization* (Organização Internacional de Normalização), uma federação internacional de órgãos nacionais de normalização de mais de 90 países. O trabalho de preparação das normas internacionais é realizado através dos comités técnicos da ISO, podendo contar com a participação de organizações internacionais governamentais e não-governamentais.

De acordo com Rooney e Ostenberg (1999), a missão da ISO consiste no desenvolvimento da padronização e atividades correlacionadas, no sentido de facilitar a troca de bens e serviços em todo o mundo. Não detém em si mesma a capacidade de certificar nenhuma entidade, não sendo como tal, nenhum órgão de certificação/auditoria. Contudo, as suas normas podem ser incorporadas em avaliações externas efetuadas por terceiros, em análises independentes.

De acordo com a ISO iso.org (2011). About ISO. Retirado de www.iso.org/iso/about.htm em 04/12/2011, as normas garantem características desejáveis de produtos e serviços, tais como qualidade, preocupação ambiental, confiabilidade, eficiência e intercâmbio e a um custo económico. Servem propósitos como:

- “Promover o desenvolvimento, fabricação e fornecimento de produtos e serviços de forma mais eficiente e mais segura;
- Facilitar o comércio entre os países, tornando-o mais justo;
- Fornecer aos governos, uma base técnica para a legislação de saúde, segurança e ambiental e avaliação da conformidade;
- Partilhar avanços tecnológicos e boas práticas de gestão;
- Divulgar a inovação;
- Salvaguardar consumidores e usuários em geral, de produtos e serviços;
- Tornar a vida mais simples, fornecendo soluções para problemas comuns.”

Tendo em consideração os propósitos que as normas perseguem pode sistematizar-se da seguinte forma os seus objetivos, nos diferentes níveis:



Fonte: adaptado de ISO iso.org. Who standards benefits. Retirado de www.iso.org/iso/about/discover-iso_who-standards-benefits.htm em 04/12/2012

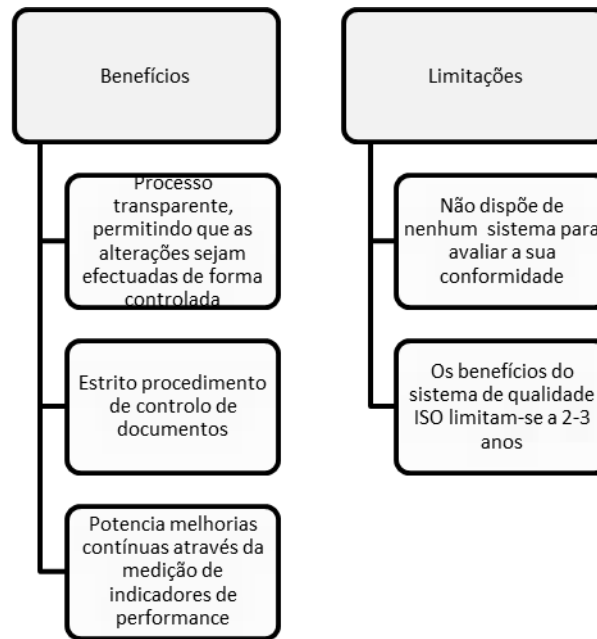
Fig. 11 – Propósitos, objetivos e beneficiários da aplicação das normas ISO

As normas para o desenvolvimento de sistemas de garantia da qualidade, na qual se enquadra a série ISO 9000, foram inicialmente pensadas para aplicação no sector da produção, mas são atualmente utilizadas em diversos sectores/organizações, inclusive no sector da saúde. As normas ISO 9000 constituem-se como uma extensa série de normas de requisitos, orientações e documentos que permitem dotar as organizações de ferramentas que auxiliam na gestão das mesmas.

De acordo com Geraedts, Montenarie e Hendriks (1999), as normas ISO 9000, possuem três características principais:

- Foco no processo e não no resultado;
- Os processos de trabalho e recursos estão identificados, sendo a performance avaliada com base em indicadores de performance;
- O sistema tem que ser passível de verificação através de documentos como o manual da qualidade, procedimentos descritivos dos principais processos de trabalho, procedimentos/instruções *standard* e medições dos indicadores de performance.

Segundo os mesmos autores e Rooney e Ostenberg (1999) trabalhar com as normas ISO 9000 tem benefícios e limitações:



Fonte: Elaboração própria com base Geraedts *et al.* (1999) e Rooney & Ostenberg (1999)

Fig. 12 – Benefícios e limitações das normas ISO 9000.

Um outro aspeto pertinente de se referenciar no âmbito das limitações é o facto de a família das normas ISO 9000 tomarem como foco a manutenção de um sistema de gestão da qualidade em que são definidos os mínimos de conformidade que um produto ou serviço deve atingir. Contudo, os máximos, ou seja as especificações que definem um produto ou serviço de alta qualidade, não são definidas. (Rooney & Ostenberg, 1999)

A família das normas ISO 9000 engloba a ISO 9000 (fundamentos e vocabulário), ISO 9001 (requisitos), ISO 9004 (guia para a melhoria da performance).

A publicação da ISO 9000:2005 resultou da incorporação de vários termos na norma ISO 9000:2000.

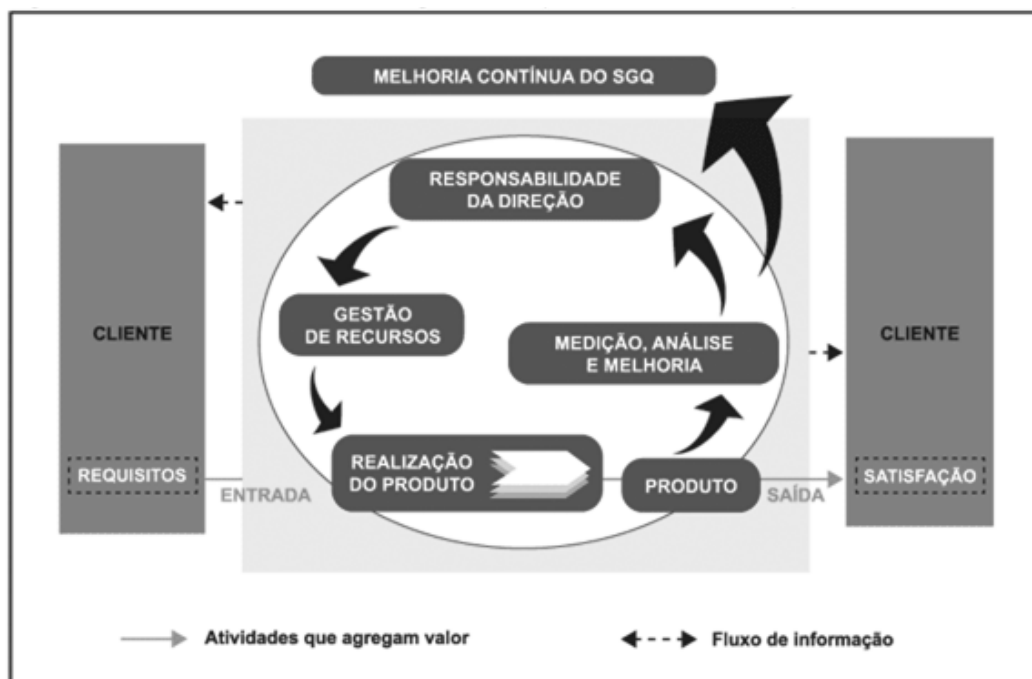
A norma ISO 9001, publicada inicialmente em 1987, sofreu revisões em 1994, 2000 e em 2008, de modo a manter-se alinhada com as expectativas do utilizador. De acordo com Gonzalez e Martins (2007), constata-se que a característica marcante desse sistema de gestão dos requisitos da norma ISO 9001:1994 é o forte controlo e inspeção do processo e a exigência da documentação dessas ações, não se encontrando evidências quanto à melhoria contínua dos processos e quanto à qualidade do sistema de gestão.

Em 2000, a nova revisão dirigiu o seu foco para uma estrutura comum de sistema de gestão baseado na abordagem por processos, ligado ao método de melhoria PDCA (Plan, Do, Check, Act), sendo necessárias demonstrações da ocorrência de melhoria contínua

(Gonzalez & Martins, 2007), bem como o enfoque no cliente, resultando a ISO 9001:2000.

De acordo com Castilho, o processo de aperfeiçoamento da norma ISO 9001:2000 em 2008 limitou-se a introduzir alterações de forma a melhorar a clareza, traduções, utilização, consistência com a família 9000 e compatibilidade com a ISO 14001, daqui resultando a ISO 9001:2008.

A norma ISO 9001:2008 fomenta a abordagem por processos quando se delinea ou melhora a eficácia de um sistema de gestão da qualidade numa organização, de modo a aumentar a satisfação do utente e ir de encontro aos seus requisitos, considerar processos de valor acrescentado, aumentar o desempenho e eficácia do processo e obter a melhoria contínua dos processos com base na medição dos objetivos.



Fonte: Gonzalez & Martins (2007)

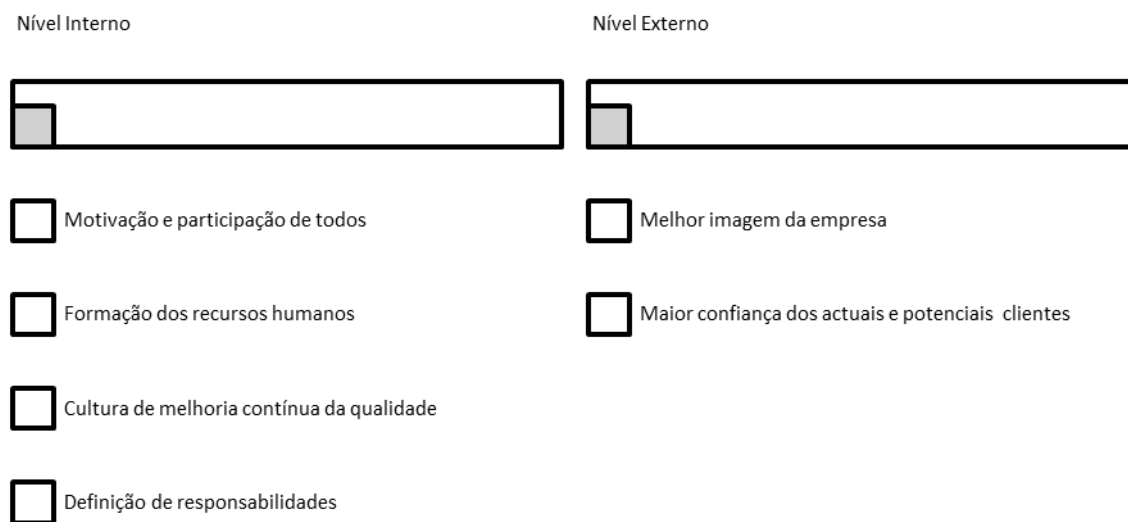
Fig. 13 – Modelo de um Sistema de Gestão da Qualidade baseado em processos

De acordo com o IAPMEI (2001), a certificação de Sistemas de Garantia da Qualidade inicia-se com a identificação dos processos operativos que caracterizam a(s) atividade(s) da empresa e que são objeto de procedimentos escritos, consistindo em demonstrar a sua conformidade com uma das normas de garantia da qualidade.

A norma ISO 9001:2008 é reconhecida como referência na área da garantia da qualidade e amplamente utilizada de forma transversal em vários sectores. Para proceder à certificação de determinada entidade, é necessário que a empresa prepare e organize

uma série de documentos e procedimentos escritos relacionados com a implementação do seu sistema da qualidade, que integrarão um *dossier* final que se destina a ser auditado por um dos organismos acreditados pelo Instituto Português da Qualidade para certificar Sistemas de Garantia da Qualidade, para obtenção do certificado de conformidade. (IAPMEI, 2001)

A certificação de instituições traz vantagens a nível interno e externo:



Fonte: Adaptado de IAPMEI (2001)

Fig. 14 – Vantagens da certificação das empresas ao nível interno e externo.

4.1.2. Acreditação

Segundo Rooney e Ostenberg (1999), a acreditação consiste na avaliação da conformidade da instituição de saúde com padrões de desempenho preestabelecidos, efectuada por profissionais externos. A acreditação procura não apenas a verificação da conformidade a padrões mínimos destinados a garantir a segurança pública, mas também toma como foco estratégias contínuas de melhoria e alcance de padrões ótimos de qualidade.

De acordo com Diniz citado em Manual de Acreditação de Unidades de Saúde (DQS, 2011, p.5), “o processo de acreditação, não sendo um fim em si mesmo, promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua e ajuda a consolidar, mais rapidamente, a cultura de qualidade integral no interior dos serviços. Por outro lado, através do reconhecimento público da qualidade das melhorias conseguidas nos serviços

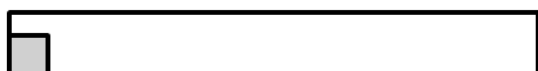
prestadores, de cuidados acreditados, confere aos cidadãos maior confiança no sistema de saúde.”

De acordo com Timmons (2008), a acreditação tem como filosofia a avaliação global da organização de saúde, na interação complexa dos seus processos clínicos e de gestão com base em *standards*, envolvendo os profissionais de saúde e *stakeholders*, estimulando uma cultura de qualidade que suporta a melhoria contínua.

Os principais objetivos da acreditação são (Rooney & Ostenberg, 1999, p.17):

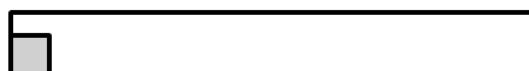
- “Melhorar a qualidade dos cuidados da saúde estabelecendo metas ótimas a serem atingidas ao alcançarem-se os padrões para organizações de saúde;
- Estimular e melhorar a integração e a gestão dos serviços de saúde;
- Estabelecer uma base de dados comparativos de instituições de saúde destinado a atender um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados;
- Reduzir os custos dos cuidados da saúde enfocando ou aumentando a eficiência e efetividade dos serviços;
- Oferecer educação e consultoria a instituições de saúde, gestores e profissionais de saúde sobre estratégias de melhoria de qualidade e “melhores práticas” na área da saúde;
- Fortalecer a confiança do público na qualidade dos cuidados de saúde;
- Reduzir os riscos associados a lesões e infeções em pacientes e membros do quadro de pessoal.”

Certificação ISO



- Normas de requisitos baseados nos princípios da gestão da qualidade
- Obrigatoriedade de um sistema de concepção do sistema de gestão da qualidade
- Aplicação transversal a diversos sectores
- Flexibilidade na adequação das práticas cumprindo as normas
- Certificação atribuída por varias entidades acreditadas para o efeito

Acreditação



- Normas de padrões de gestão da qualidade predefinidos
- Aplicação directa dos padrões do sistema de gestão da qualidade
- Aplicação apenas ao sector da saúde
- Obrigatoriedade na adopção integral dos padrões estabelecidos
- Acreditação atribuída por entidades supra institucionalmente reconhecidas

Fonte: Adaptado de Silva (2003) citado por Sampaio (2011)

Fig. 15 – Critérios de diferenciação entre Certificação ISO e Acreditação.

4.2. Entidades credenciadas

4.2.1. Joint Commission International

De acordo com Juran e Godfrey (1999), em 1950 nasceu a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (posteriormente designada por Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]) no decurso do trabalho levado a cabo pelo American College of Surgeons [ACS] que desenvolveu projetos relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde e *standards* para hospitais americanos em áreas como a organização de profissionais, arquivo de registos, disponibilidade de instalações diagnósticas e terapêuticas. A JCAHO tem como propósito o estabelecimento de *standards* de cuidados para os Hospitais e a realização de investigações que ensinem e promovam melhorias no sistema de cuidados e segurança.

A metodologia de trabalho da JCAHO prende-se com a avaliação externa (planta física, documentação médica, entrevistas aos profissionais de modo a compreender o seu nível de envolvimento com a organização e as suas capacidades para desenvolver o trabalho de forma eficiente e introduzirem melhorias) e interna da qualidade (constituição de comissões). (Juran & Godfrey, 1999)

A JCI é uma subsidiária da The Joint Commission, criada em 1994 que se dedica ao processo de acreditação enquanto metodologia de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo atualmente uma das maiores entidades acreditadoras nos Estados Unidos e com trabalho desenvolvido em 80 países. Assume-se atualmente como uma poderosa ferramenta de avaliação e valioso instrumento para a melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado ao doente.

“O ano de 2009 marcou o décimo aniversário do primeiro hospital acreditado pela JCI, o Hospital Israelita Albert Einstein, uma entidade privada sem fins lucrativos em São Paulo, Brasil. Desde então, mais de 400 organizações de saúde públicas e privadas em 39 países foram acreditadas ou certificadas pela JCI. A JCI fornece acreditação para hospitais, unidades de cuidados ambulatoriais, laboratórios clínicos, serviços de cuidados contínuos, organizações de transporte médico e serviços de cuidados primários, bem como certificação para programas de cuidados clínicos em 15 áreas. Nossos padrões foram desenvolvidos por especialistas internacionais de cuidados de saúde e definem expectativas uniformes e alcançáveis”. (JCI jointcomissioninternational.org, (n.d.) Sobre a Joint Commission International. Retirado de <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/About-JCI/> 2011 em 26/11/ 2011)

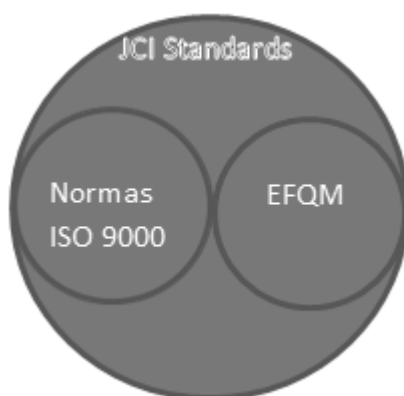
De acordo com Silva *et al.* (2010), a filosofia da acreditação hospitalar pelas normas da JCI baseia-se na avaliação global da organização, na utilização de normas consensuais para a

avaliação da qualidade, no envolvimento dos profissionais de saúde no desenvolvimento de normas e avaliação dos processos, questões de segurança e efetividade dos cuidados prestados com foco no utente, bem como na criação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

A JCI [jointcommissioninternational.org](http://pt.jointcommissioninternational.org), (n.d.) Sobre a Joint Comission International. Retirado de <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/About-JCI/> 2011 em 26/11/2011 refere que os benefícios da acreditação pela JCI centram-se em:

- “Melhorar a confiança do público como uma organização que valoriza a qualidade e segurança dos pacientes
- Envolver pacientes e suas famílias como parceiros no processo de cuidados
- Construir uma cultura aberta para aprender com os eventos adversos e preocupações de segurança
- Garantir um ambiente de trabalho seguro e eficiente que contribua para a satisfação da equipe
- Estabelecer uma liderança colaborativa que se esforça para estabelecer excelência na qualidade e segurança dos pacientes
- Entender como melhorar continuamente os processos e resultados de cuidados clínicos”.

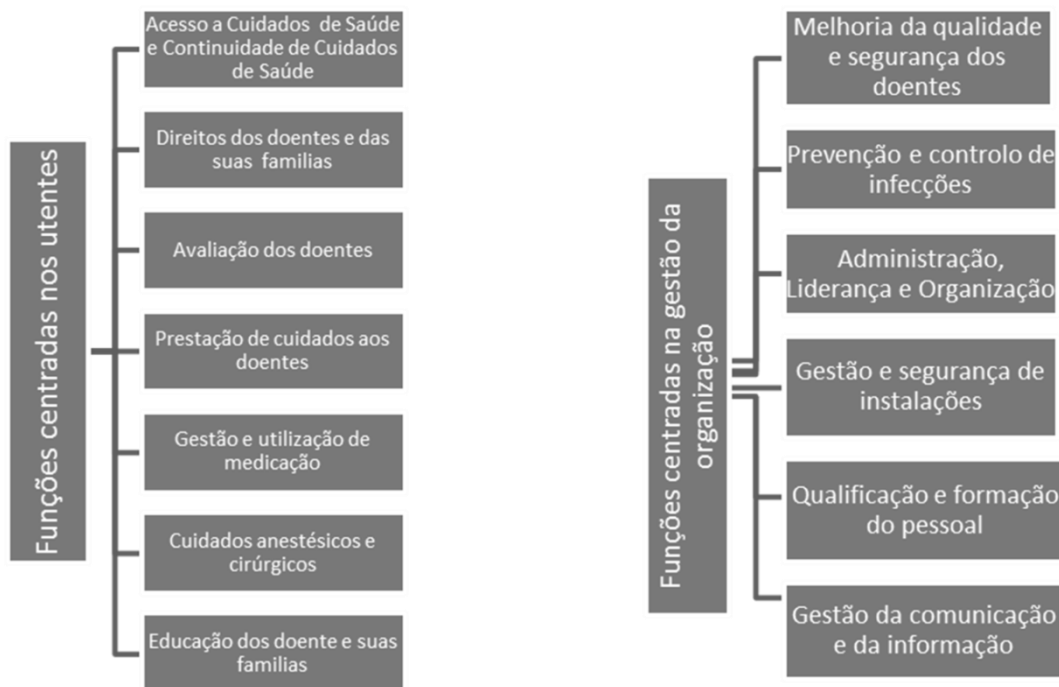
Segundo Pasternak (2008), os *standards* são organizados em torno de funções importantes, com foco no utente e de modo a serem interpretados e investigados dentro da cultura e legislação do próprio país. Refere ainda que os *standards* da JCI englobam muitos critérios de controlo de qualidade e liderança da qualidade da ISO 9000, bem como muitos critérios da *European Foundation for Quality Managment* [EFQM].



Fonte: Adaptado de Pasternak (2008)

Fig. 16 – JCI standards.

O referencial de trabalho da JCI no âmbito hospitalar é o Manual Internacional de Padrões de Acreditação para Hospitais organizado em sete funções com foco no utente e seis com foco na organização, as quais abrangem um total de 368 padrões de avaliação:



Fonte: Adaptado de Pasternak (2008) e JCI (2007)

Fig. 17 – Funções da JCI com foco no utente e na organização.

Em termos estruturais, para cada uma das funções são definidos padrões de avaliação (*standards*), sendo que a cada padrão corresponde um propósito (descrição do *standard*) e os respetivos elementos de mensuração (indicam o que é necessário para demonstrar o cumprimento do padrão, proporcionam maior clareza para cada padrão e ajudam as organizações a educar os colaboradores sobre os padrões e a prepararem-se para o processo de acreditação. (Pasternak, 2008)

As etapas da acreditação pela JCI, segundo Silva *et al.* (2010, p. 124), são:

1. “Apresentação da metodologia e manual de padrões de acreditação;
2. Sensibilização da gestão de topo;
3. Constituição de grupo facilitador;
4. Elaboração e desenvolvimento do programa de formação do hospital;
5. Autoavaliação;
6. Pesquisa de opiniões de doentes e funcionários;
7. Preparação do hospital para a avaliação;
8. Estabelecimento da agenda para a avaliação;
9. Avaliação de diagnóstico;

10. Discussão do relatório e recomendações;
11. Elaboração do plano de ação para a conformidade com os padrões;
12. Implementação das ações corretivas;
13. Avaliação simulada;
14. Continuação das ações corretivas;
15. Avaliação para Acreditação.”

A realização de uma avaliação de acreditação implica uma análise do nível de cumprimento dos padrões da JCI no interior de uma instituição, tendo por base entrevistas ao pessoal e doentes, e recolha de outras informações verbais; observações nos locais de prestação de cuidados aos doentes pelos avaliadores; recolha das políticas, procedimentos e outro tipo de documentos fornecidos pela organização; e recolha de resultados dos processos de autoavaliação, quando fazem parte do processo de acreditação (JCI, 2007).

Mediante a referida avaliação, as instituições pode ser decretada a decisão de Acreditada ou Acreditação recusada. A instituição é Acreditada quando se verifica (JCI, 2007, p.5):

- “O cumprimento a um nível aceitável de cada um dos padrões da JCI (uma pontuação de, pelo menos, “5” em cada padrão);
- O cumprimento a um nível aceitável de todos os padrões incluídos num determinado capítulo (uma pontuação acumulada de, pelo menos, “7” em cada capítulo);
- Um nível geral aceitável de cumprimento dos padrões (uma pontuação acumulada de, pelo menos, “8,5” em todos os padrões);

E

- Um nível aceitável de cumprimento de todos os Objetivos em Matéria de Segurança de Doentes a Nível Internacional (uma pontuação de, pelo menos, “5” em todos os requisitos da Meta)”.

A decisão de Acreditação Recusada ocorre quando obtém (JCI, 2007, p.6):

- “Pontuações inferiores a “5” num ou mais padrões;
- Uma pontuação acumulada de menos de “7” em cada um dos capítulos;
- Uma pontuação acumulada de menos de “8,5” em todos os padrões;
- Um ou mais dos Objetivos em Matéria de Segurança de Doentes a Nível Internacional com pontuação inferior a “5”;
- Uma avaliação de confirmação focalizada exigida (consulte também o Glossário) não resultou na observação de um nível aceitável de cumprimento dos padrões

aplicáveis e/ou dos requisitos de Objetivos de Segurança de Doentes a Nível Internacional;

- Quando a JCI retira a sua acreditação por outros motivos;

Ou

- Quando uma organização voluntariamente desiste do processo de acreditação.”

A duração da atribuição da acreditação é de 3 anos, após os quais, a instituição deverá ser submetida a nova avaliação para renovação da acreditação.

4.2.2. King’s Fund Health Quality Service

O King’s Fund, inicialmente designado por King’s Fund Organisational Audit [KFOA] consistia numa fundação inglesa sem fins lucrativos que visava a melhoria da saúde das populações, particularmente em Londres. Nos anos 80, tinha como atividade principal a realização de auditorias a entidades prestadoras de cuidados. (Boto, Costa & Lopes, 2008)

De acordo com Boto *et al.* (2008), em 1998, o KFOA mudou de nome para Health Quality Service (HQS), e em 2000 tornou-se uma fundação independente, dedicada a apoiar prestadores de cuidados a melhorar a qualidade dos mesmos, através de avaliação independente e acreditação. Em 2005, o HQS tornou-se parte da CHKS, em particular pela sua Healthcare Accreditation and Quality Unit (HAQU).

O King’s Fund Health Quality Service, enquanto programa de acreditação dos hospitais, utiliza uma metodologia de avaliação que se divide numa série de etapas sequenciais (França, n.d.):

1. Introdução aos padrões e critérios;
2. Autoavaliação e desenvolvimento organizacional;
3. Revisão por pares (avaliação externa e independente do desempenho organizacional, tendo por base os critérios específicos, efetuada por profissionais hospitalares);
4. Relatório final;
5. Decisão de acreditação.

Como vantagem da utilização da metodologia KFHQs no âmbito da acreditação hospitalar, França (n.d.) refere o facto de ter sido especificamente desenhado para

unidades de saúde, abrangendo o hospital no seu todo e não apenas partes isoladas, realçando a importância do envolvimento dos profissionais e a comunicação interna no decurso do processo. Para as organizações, os benefícios apontados assentam na criação de uma cultura de qualidade interna, promoção do trabalho em equipa, normalização de procedimentos e ações, promoção de atitudes de planeamento, promoção da responsabilização, aumento da dinâmica para o cumprimento dos compromissos legais e criação de um meio facilitador da iniciativa individual e coletiva.

De acordo com França (n.d.), o principal aspeto que distingue a metodologia do KFHQS da JCI diz respeito às equipas de avaliação: no KFHQS os profissionais fazem parte integrante da bolsa de avaliadores da instituição, sendo especificamente formados e selecionados para o efeito e não remunerados.

4.3. Instituições de Saúde Certificadas/Acreditadas em Portugal

A acreditação de hospitais fazia parte da missão do Instituto da Qualidade em Saúde [IQS], entre 1998-2006, de acordo com modelos internacionais como o King's Fund, tendo por base o protocolo celebrado entre as duas entidades e do qual resultou o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais.

O Hospital Fernando Fonseca foi o primeiro hospital português a ser acreditado pelo King's Fund em 2001.

Em 2004 a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. introduziu o modelo da Joint Commission International para a acreditação dos hospitais.

Segundo o Departamento da Qualidade na Saúde, em 2008 foram conferidas à DGS as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português e consequentemente a responsabilidade sobre o desenvolvimento do programa nacional de acreditação em saúde.

De acordo com os dados referidos no PNS 2011-2016, entre 2001 e 2009, 13 dos 27 hospitais que tinham iniciado o processo de acreditação pelo KF/HQS, obtiveram a acreditação; dos 15 hospitais em processo de acreditação pela JCI, apenas 2 a obtiveram.

De acordo com os dados do IQS de Julho de 2007, referidos em Boto *et al.*, (2008), os hospitais envolvidos em processos de acreditação pelas entidades HQS e JCI foram:

HQS	JCAHO
Hospital Fernando da Fonseca	Hospital de São Sebastião, SA
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE
Hospital São Teotónio, EPE	Hospital Padre Américo, Vale de Sousa, EPE
Hospital Santa Marta, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira — Guimarães, EPE
Hospital D. Estefânia	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Hospital Dr. Francisco Zagalo	Centro Hospitalar Baixo Alentejo
Hospital São Marcos	Hospital de Santo André, EPE
IPO Porto, EPE	Hospital Nossa Senhora do Rosário — Barreiro, EPE
Hospital Geral de Santo António, EPE	Hospital Pulido Valente, EPE
IPO Coimbra, EPE	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Hospital Garcia de Orta, EPE	IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE
Hospital D. de Mirandela — CHNE	Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, SA
CHAM, EPE	
Hospital Distrital de Anadia	
Hospital Ortopédico Santiago Outão	
Hospital São Bernardo — CHS, EPE	

Fonte: Boto *et al.* (2008)

Tabela 3 – Hospitais portugueses acreditados pela HQS e JCI, respetivamente.

Os dados divulgados pela JCI revelam que em Portugal as instituições de saúde acreditadas por esta entidade são:

Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E., Covilhã

Primeira acreditação: 29 de Março de 2010

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Primeira acreditação: 28 de Outubro de 2010

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE – Unidade de Guimarães

Primeira acreditação: 20 de Dezembro de 2008

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE (anteriormente designado como Hospital Padre

Américo - Vale do Sousa E.P.E), Penafiel

Primeira acreditação: 11 de Julho de 2008

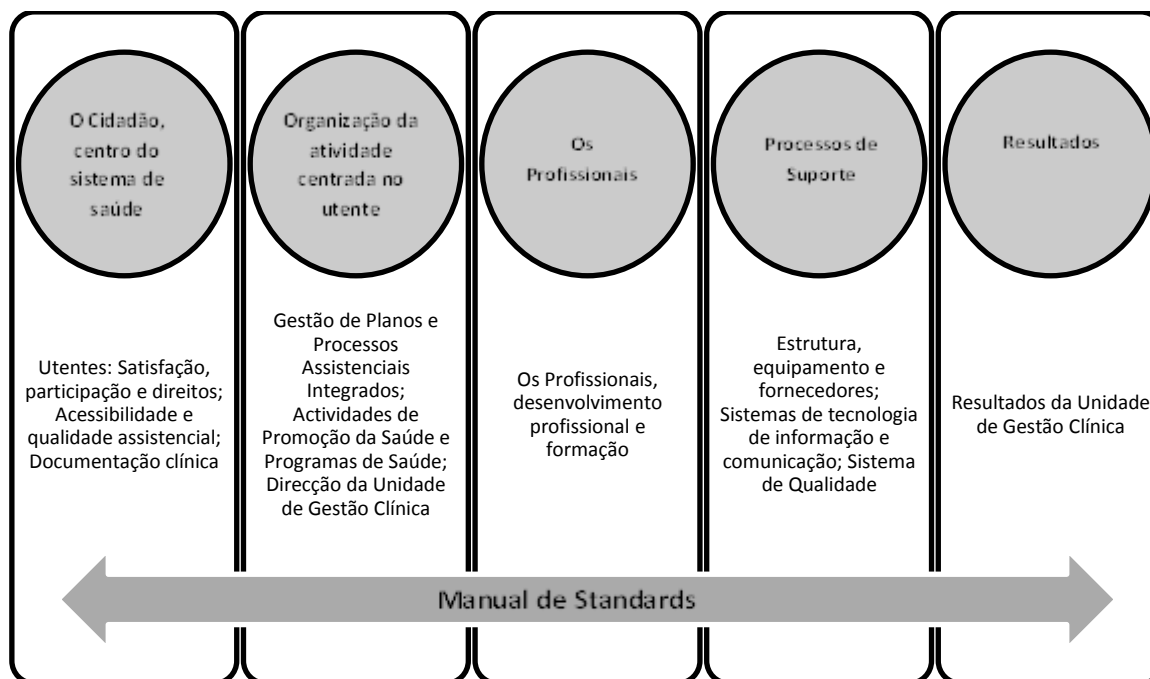
Fonte: JCI pt.jointcomissioninternacional.org (n.d.). Organizações acreditadas pela JCI. Retirado de (<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/> a 26/10/2011).

Tabela 4 – Instituições de saúde portuguesas acreditadas pela JCI.

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde [PNAS] do âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, baseado no Despacho 69/2009, de 31 de Agosto aprova o modelo Agencia da Calidad Sanitaria de Andalucia [ACSA] como modelo oficial e nacional de acreditação para as Instituições do Serviço Nacional de Saúde, tendo por base a gestão por processos, gestão clínica e gestão de competências.

O PNAS implica uma mudança paradigmática da prestação de cuidados centrada na organização, para ser centrada no cidadão, assumindo-se como uma ferramenta para o desenvolvimento da estratégia da qualidade, constituindo um estímulo para a aplicação de boas práticas, de procedimentos normalizados da qualidade e segurança, de metodologias de avaliação do risco e de estudos de custo-efetividade, na prestação dos cuidados de saúde. (DQS, 2011)

O modelo de acreditação contempla 5 dimensões e onze critérios sobre os quais incide a avaliação da qualidade, seguidamente esquematizados:



Fonte: DQS (2011)

Fig. 18 – Dimensões e critérios de avaliação da qualidade do Modelo de Acreditação.

A acreditação é atribuída com base no grau de cumprimento dos requisitos exigidos, determinando um nível de acreditação bom, ótimo ou excelente.

No PNS 2011-2016 destaca-se ainda a Acreditação da Unidade de Saúde Familiar de Valongo em 2010, segundo o modelo da Agência da Qualidade Sanitária de Andaluzia definido pelo Ministério da Saúde, como oficial para o SNS.

4.4. Acreditação em Cuidados Continuados Integrados

A coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Inês Guerreiro, afirma em sede de entrevista “Julgo ser decisivo a implementação de um sistema de acreditação das unidades e equipas prestadoras da RNCCI”. (Guerreiro, 2011, p.6)

A senda na busca dos mais elevados níveis de qualidade dos cuidados e segurança dos utentes, bem como o seu reconhecimento a nível nacional e internacional constituem objetivos das Santas Casas, detentoras de 50% de UCC da RNCCI.

A acreditação em Cuidados Continuados Integrados é um assunto bastante recente, dado que as primeiras Unidades de Cuidados Continuados a obterem o selo da garantia da

qualidade pela JCI, foram as Unidades de Águeda, Batalha, Ribeira da Pena e Sabrosa, em Março de 2012.

De acordo com a UMP (2012), outras sete Misericórdias estão também a preparar-se para a acreditação pela JCI, nomeadamente Guimarães, Póvoa de Varzim, Mortágua, Mora, Entroncamento, Santiago do Cacém e Loulé.

A acreditação é vista pela UMP (2012) não apenas como uma forma de reconhecimento da qualidade dos serviços prestados, mas simultaneamente como forma de racionalização de custos e redução de desperdícios através dos procedimentos implementados.

Segundo a UMP (2012, p. 5), os reflexos da acreditação estendem-se aos profissionais e aos utentes. No âmbito dos profissionais, a acreditação “faz com que se sintam mais seguros, uma vez que os protocolos de procedimentos estão bem-feitos. Por outro, é o reconhecimento do trabalho que desempenharam e continuam a desempenhar”. Relativamente aos utentes, “a acreditação das unidades é uma garantia de qualidade e segurança”.

4.5. Processo de Acreditação das UCCI

A JCI foi a entidade acreditadora das Unidades de Cuidados Continuados atualmente acreditadas em Portugal. Os responsáveis pelo Grupo Misericórdias Saúde referem que a escolha pela JCI enquanto entidade acreditadora se prendeu com dois fatores principais que são o facto de em Portugal ainda não existirem metodologias específicas de acreditação na área dos cuidados continuados e com o facto de a JCI ser uma entidade pautada pela garantia de qualidade, rigor e reconhecida internacionalmente. (UMP, 2012)

O processo de acreditação das UCCI segue os procedimentos referenciados anteriormente em “As etapas da acreditação pela JCI”, segundo Silva *et al.* (2010).

No entanto verificaram-se algumas diferenças relativamente aos aspetos relacionados com o normal acompanhamento do processo de acreditação. De acordo com a UMP (2012, p.5), “a JCI apenas assegurou a auditoria final. Toda a parte de consultoria e formação ao longo do processo foi assegurado pela UMP, através do Grupo Misericórdias Saúde [GMS]. Ao longo de cerca de dois anos, foram feitas diversas auditorias internas, assim como consultoria nas áreas de qualidade e controlo de infeção e muita formação. O GMS também apoiou as Santas Casas envolvidas através da elaboração de indicadores e protocolos para prestação de cuidados”.

Os aspetos de maior relevo sinalizados pela UMP (2012), relativos à metodologia utilizada pela JCI foram o acompanhamento na prestação de cuidados da admissão à alta do utente, a realização de entrevistas aos colaboradores, bem como aspetos organizacionais de sustentabilidade económica, gestão de recursos humanos, incluindo o recrutamento e a formação, a gestão da segurança nas instalações, a abordagem multidisciplinar dos processos, a maneira como é comunicada a informação aos colaboradores.

4.6. JCI – Focos, Padrões, Propósitos e Elementos de Medição

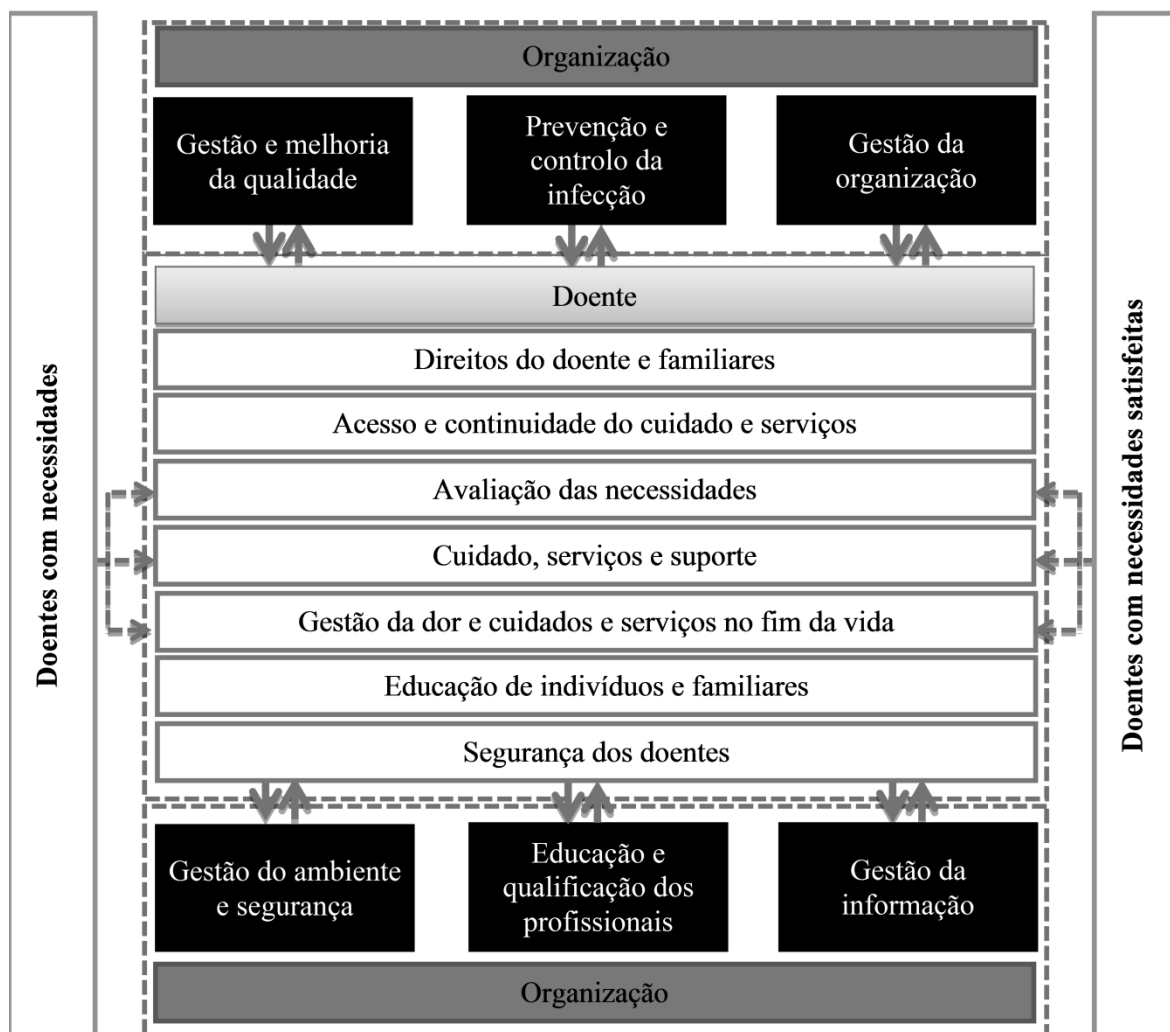
O Manual Internacional de Padrões de Acreditação para Cuidados Continuados, traduzido pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) para aplicação a instituições de saúde brasileiras é o manual que serve de referência em Portugal para a acreditação em cuidados continuados.

A organização do referido Manual é similar ao manual para a acreditação de hospitais (referido anteriormente no capítulo das entidades credenciadas), dado que se subdivide em funções com foco nos indivíduos (secção I) e funções com foco na gestão da organização (secção II).

As funções com foco nos indivíduos são o acesso e continuidade dos serviços, direitos do indivíduo e familiares; avaliação das necessidades; cuidados, serviços e suporte; gestão da dor de indivíduos no final de vida e educação do indivíduo e familiares.

As funções com foco na gestão da organização são a gestão da melhoria da qualidade; prevenção e controlo da infeção; gestão da organização; gestão do ambiente e segurança; educação e qualificação dos profissionais e gestão da informação.

O seguinte esquema procura integrar os conceitos acima referidos:



Fonte: Nogueira (2011)

Fig. 19 – Focos e funções do Manual Internacional de padrões de Acreditação para Cuidados Continuados.

4.7. Conclusões

A certificação das organizações traz benefícios a nível interno (âmbito da gestão) e a nível externo (âmbito dos clientes).

As normas ISO permitem às organizações desenvolverem os seus sistemas de gestão da qualidade. Apesar de não deterem a capacidade para certificar instituições, podem ser incorporadas em avaliações externas por terceiros.

Por sua vez, a acreditação não permite apenas e somente verificar a conformidade com os padrões mínimos predefinidos, mas também o desenvolvimento de estratégias para o alcance de padrões ótimos de qualidade.

A JCI e a KFHQS (atual CHKS) constituem entidades credenciadas para a acreditação e certificação de organizações de saúde, contando com diversas instituições de saúde acreditadas/certificadas em Portugal. Ambas entidades baseiam o seu processo numa avaliação global da instituição e envolvimento dos profissionais, visando a criação de uma cultura de melhoria da qualidade. O principal aspeto diferenciador reside no facto de no KFHQS, os profissionais da própria instituição integrarem a equipa avaliadora.

No âmbito dos CCI, o envolvimento em processos de acreditação é recente, tendo as primeiras quatro UCC sido acreditadas em Março de 2011, pela JCI.

A base do processo é o Manual Internacional de Padrões de Acreditação para os Cuidados Continuados, seguindo a metodologia similar ao processo de acreditação hospitalar, introduzindo apenas uma *nuance*: a consultoria e formação foram da responsabilidade do GMS.

Capítulo 5

5. Qualidade em Saúde e Acreditação

Apesar de ser um conceito subjetivo, dado estar implicitamente relacionado com as percepções e características individuais, a qualidade pode ser objetivada através da medição da conformidade com as exigências predefinidas.

Feldman *et al.* (2005, p. 218) referem que “A certificação da avaliação hospitalar pelo processo de Acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, bem como estabelece níveis crescentes de qualidade”, acrescentando ainda que “Entende-se que o futuro será das organizações que possuírem algum tipo de certificação e que de certa forma, isto quebrará o paradigma da fragmentação da saúde proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essência da excelência.”

Neste sentido, verifica-se que a acreditação e qualidade são conceitos interligados e que a constatação da presença de uma organização acreditada abre caminho ao incremento da qualidade dos serviços prestados por essa mesma instituição.

O presente capítulo procura efetuar uma revisão da literatura no âmbito do impacto e importância da acreditação na qualidade dos serviços, quer na perspectiva dos clientes internos (profissionais), quer na perspectiva dos clientes externos (utentes).

5.1. Impacto da Acreditação na Qualidade

A filosofia da acreditação hospitalar pela JCI integra, segundo Silva *et al.* (2010), a avaliação global da organização assente na complexidade de processos e funções que o próprio utente representa, sendo o próprio o foco para o desenvolvimento de normas

para avaliação dos processos, segurança e efetividade dos cuidados, perspetivando uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Neste sentido, o facto da organização estar envolvida em processos de acreditação, permite o estabelecimento de um compromisso, para com os utentes e profissionais, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e do ambiente de trabalho, com a minimização dos riscos.

De acordo com Silva *et al.* (2010, p.128), na reflexão sobre uma experiência da Acreditação hospitalar pela JCI, “constata-se que a Acreditação Hospitalar pela JCI se perspetiva nas seguintes dimensões da qualidade: em relação à prática profissional, como elemento central da gestão organizacional e como marca de garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde.”

Os reflexos da acreditação repercutem-se na vertente quer dos clientes internos: profissionais da organização, quer dos clientes externos: utentes. Silva *et al.* (2010, p. 128), referem que “os benefícios obtidos pelos prestadores de cuidados prendem-se com a melhoria do desempenho organizacional e, conseqüentemente, dos cuidados prestados aos utentes, a demonstração do comprometimento da organização com a segurança e a qualidade, a melhoria da confiança da comunidade (...).”

Estudos levados a cabo por Quimbo, Peabody, Shimkhada, Woo e Solon (2008), encontraram evidências de que a acreditação pode ser um mecanismo eficaz para a garantia de qualidade entre os prestadores públicos e privados. Contudo, os mesmos autores referem que a acreditação por si só pode não ser um mecanismo de garantia de qualidade suficiente. Quimbo *et al.* (2008) citam autores como Chen, Donabedian, Kumaranayake e Salmon que sugerem que o impacto da acreditação em qualidade é um pouco fraco.

De acordo com Quimbo *et al.* (2008) a acreditação, por sua própria natureza, não mede a interação entre o prestador e o paciente e enfoca os elementos estruturais de atendimento. Esta limitação levou as instituições acreditadas a não se limitarem em estruturas baseadas em padrões e a incluírem processos e resultados baseados em padrões de desempenho. Contudo é referido que os progressos nesta área são limitados, dada a dificuldade em medir com precisão os resultados e a resistência à medição de outros itens que não as simples entradas estruturais.

5.1.1. A Perspetiva dos Profissionais

De acordo com Hesbeen (2001, p. 10), “a qualidade dos serviços oferecidos à população, depende em primeiro lugar do empenho pessoal dos profissionais.”

Neste sentido, a compreensão e integração dos profissionais nas questões relacionadas com a qualidade dos serviços torna-se essencial no desempenho de uma organização que visa garantir cuidados de qualidade aos utentes.

Importa verificar que perceções possuem os profissionais, relacionadas com a acreditação e a qualidade em saúde.

François e Pomey (2005) estudaram os modelos de qualidade e respetivas mudanças implementados em hospitais franceses, submetidos a acreditação. Os autores referem que a acreditação desempenha um papel importante na implementação de processos de qualidade, sendo que a implementação foi mais completa em hospitais de pequeno estatuto, em comparação com os grandes hospitais de estatuto público. As mudanças mais importantes foram criação de estruturas específicas, aparecimento de novas profissões e elaboração de documentação de qualidade. Nos hospitais onde o processo de qualidade foi fortemente implementado, houve uma tendência à não fragmentação entre as profissões e entre as estruturas e fenómenos de desenvolvimento dos profissionais e *empowerment*.

Num estudo correlacional desenvolvido por Lopes (2007) para avaliar o impacto da acreditação hospitalar nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar, percecionadas por 224 profissionais de um hospital em acreditação e por 144 de um hospital sem acreditação, os dados indicaram uma melhor performance no hospital em acreditação. A acreditação foi identificada como um projeto de qualidade por 97,29% dos participantes do hospital em acreditação e estes percecionaram, em média, mais práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar do que os participantes do hospital sem acreditação.

As diferenças foram estatisticamente significativas em todas as dimensões: liderança, orientação para o cliente, aprendizagem e inovação, segurança, gestão dos processos e dos recursos e melhoria contínua. A liderança foi a dimensão mais pontuada e a orientação para o pessoal a menos pontuada no hospital em acreditação; a segurança a mais pontuada e a melhoria contínua a menos pontuada no hospital sem acreditação. A autora concluiu que a acreditação é importante e necessária, mas insuficiente para o dinamismo da melhoria contínua da qualidade.

El-jardali, Jamal, Dimassi, Ammar e Tchaghchaghian (2008) procuraram avaliar o impacto percebido da acreditação na qualidade dos cuidados, na ótica dos profissionais de saúde,

especificamente enfermeiros em hospitais libaneses, bem como os fatores percebidos que podem contribuir e explicar mudanças na qualidade dos cuidados.

Os resultados obtidos refletiram uma pontuação mais alta para a variável “resultados da qualidade” que indica que os enfermeiros perceberam uma melhoria na qualidade durante e após o processo de acreditação.

Os preditores dos melhores “resultados da qualidade” foram liderança, compromisso e suporte, uso de dados, gestão da qualidade, participação do pessoal e tamanho hospital. A variável “gestão da qualidade” teve o maior impacto em hospitais de médio porte, enquanto a “participação do pessoal” teve o maior impacto em hospitais de pequeno porte.

Os autores concluíram que, de acordo com as enfermeiras libanesas, a acreditação hospitalar é uma boa ferramenta para melhorar a qualidade dos cuidados, acrescentando ainda que, a fim de assegurar que as práticas de acreditação trazem melhorias de qualidade eficazes, existe uma necessidade de avaliar a qualidade com base em indicadores de resultados centrados nos doentes.

Sampaio (2011, p. 97), concluiu na sua tese sobre os efeitos da acreditação nas percepções sobre qualidade na saúde no Hospital Francisco Zagalo, de Ovar, que “a maioria dos profissionais atribui uma importância elevada à acreditação como instrumento de melhoria contínua da qualidade.” Refere ainda que “em Portugal a acreditação hospitalar constitui uma abordagem importante para a melhoria da qualidade das estruturas e dos serviços de saúde com efeitos positivos a vários níveis nomeadamente na segurança, da orientação para o cliente, da definição da missão hospitalar e em menor grau da orientação para os profissionais e da melhoria contínua da qualidade.”

Manzo, Ribeiro, Brito e Alves (2012a), desenvolveram um estudo qualitativo com o objetivo de investigar o papel e a influência da enfermagem no processo de acreditação hospitalar, num hospital privado de Belo Horizonte.

A metodologia utilizada foi a realização de entrevistas semiestruturadas a 9 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem, posteriormente submetidas à análise de conteúdo. Os resultados mostraram que o papel da equipa de enfermagem na acreditação envolve aspetos relacionados com os cuidados, administrativos, educacionais e de pesquisa.

Os participantes do estudo apresentaram diferentes percepções sobre a influência do processo de acreditação no seu trabalho. Os aspetos positivos de crescimento pessoal e valorização do currículo foram destacados, bem como aspetos negativos como stress e pouca valorização profissional. Os autores referem que é necessário que os profissionais compreendam a lógica do processo e ajam com vista à interdisciplinaridade e de modo a

superar a fragmentação do cuidado, alcançando assim a integralidade e a qualidade dos cuidados desejada.

Manzo, Ribeiro, Brito, Alves e Feldman (2012b) procuraram compreender as implicações do processo de acreditação para os pacientes a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem. Neste sentido realizaram um estudo qualitativo num hospital privado de médio porte em Belo Horizonte, recorrendo a entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo.

Os resultados mostraram que o processo de acreditação proporciona cuidados aos utentes com excelência, com a padronização de técnicas e apoio para o cuidado científico, orientando ações e práticas de saúde que são realizados com segurança. Por outro lado, os profissionais inquiridos relataram a falta de conhecimento dos pacientes sobre a importância da acreditação, bem como o distanciamento entre os profissionais e pacientes, devido aos aspetos burocráticos do processo de acreditação e de limitação de tempo para o diálogo e interação. Na perspectiva dos profissionais, a acreditação hospitalar significa melhores condições na assistência ao paciente, incluindo cuidados com excelência, mas prejudica o contacto paciente-profissional, devido à elevada exigência e burocracia no processo.

5.1.2. A Perspetiva dos Utentes

De acordo com Ferreira (2003, p. 26), “de entre os vários intervenientes que o utilizam os serviços de saúde, o utente assume um papel fundamental, pois é quem recebe diretamente a prestação dos cuidados e quem pode fazer uma avaliação dos cuidados que recebeu, assim como do impacto desses mesmos cuidados.”

A perspetiva dos utentes, torna-se neste âmbito, extremamente relevante, na análise da qualidade dos cuidados e acreditação. Contudo os estudos encontrados não são diretamente relacionados com a perspetiva do doente, mas com indicadores baseados em alguns padrões da JCI, como a segurança do paciente.

Thornlow e Merwin (2009) examinaram a relação entre as práticas de segurança do paciente, medidos pelos padrões de acreditação e os resultados de segurança do paciente provenientes da análise de taxas de infeção, úlceras de decúbito, falência respiratória em hospitais dos Estados Unidos. Verificaram que os padrões de acreditação que refletem práticas de segurança do paciente estavam relacionados com alguns resultados, mas não a outros.

Al-Awa, Wever, Melot e Devreux *et al.* (2011c) levaram a cabo um estudo sobre o impacto e as limitações do processo de acreditação encontrado por outros investigadores, bem como a experiência do Hospital Universitário King Abdul-Aziz, na Arábia Saudita. 34,57% dos indicadores de segurança do paciente melhoraram significativamente durante o processo de acreditação. Os resultados mostraram que a média geral de melhoria relativa foi de 34,43%. O processo de acreditação melhorou significativamente 1/3 dos indicadores de segurança do paciente e percepção de equipas de enfermagem.

De acordo com Al-Awa *et al.* (2011c, p. 200) “a acreditação é um processo de avaliação reconhecido internacionalmente usado para avaliar, promover e garantir a qualidade eficiente e eficaz de assistência ao paciente e segurança do paciente”. Neste sentido e tendo por base estes autores, a acreditação tem implicações diretas na qualidade dos cuidados ao utente.

Este facto foi corroborado pelos mesmos autores, num estudo retrospectivo e prospetivo com a duração de 4 anos, sobre o impacto da acreditação na segurança do paciente e indicadores da qualidade dos cuidados do Hospital Universitário King Abdul-Aziz, na Arábia Saudita, levado a cabo em 2011, tendo concluído que a acreditação tem um impacto positivo na segurança do paciente e indicadores da qualidade dos cuidados. (Al-Awa *et al.*,2011a)

Al-Awa *et al.* (2011b) realizaram um estudo para comparar os indicadores de qualidade e segurança do paciente no período pré e pós acreditação no Hospital Universitário King Abdul-Aziz, utilizando o teste McNemar para verificar a significância dos resultados. A comparação das percentagens dos que responderam Concordo e Concordo Totalmente nos itens pré e pós-acreditação mostrou que pós-acreditação melhorou a percepção sobre a qualidade da assistência ao paciente e segurança do paciente e promoveu boas práticas de segurança. A acreditação conduz a uma melhoria global percebida na qualidade dos cuidados e segurança do paciente, estatisticamente muito significativa ($p < 0,001$).

5.2. Conclusões

De acordo com Greenfield e Braithwait (2008), após uma revisão e análise exaustiva da literatura sobre os estudos que incidiam sobre a acreditação, os resultados acerca do impacto ou eficácia da acreditação foram classificados em 10 categorias: atitudes dos profissionais perante a acreditação, promoção da mudança, impacto organizacional, impacto financeiro, medidas de qualidade, avaliação do programa, as opiniões dos

consumidores ou a satisfação do paciente, a divulgação pública e desenvolvimento profissional. Apenas nas categorias promoção da mudança e desenvolvimento profissional foram encontrados achados consistentes. Resultados inconsistentes foram identificados em cinco categorias: atitudes dos profissionais perante a acreditação, o impacto organizacional, impacto financeiro, medidas de qualidade e avaliação do programa, sendo que as três categorias restantes não reúnem estudos suficientes para tirar conclusões.

Almoajel (2012) efetuou uma revisão sistemática da literatura entre 2005 e 2011 para identificar a relação entre acreditação e indicadores de qualidade utilizados em serviços de saúde dos hospitais. Em muitos dos estudos incluídos usando indicadores de qualidade resultou na melhoria dos serviços de saúde do hospital. O autor concluiu que é essencial para a melhoria da qualidade das organizações de saúde ter indicadores de qualidade e avançar para o processo de acreditação.

A revisão da literatura na temática do impacto da acreditação aponta resultados diferenciados. Na perspetiva dos profissionais verifica-se que a acreditação desempenha um papel importante na implementação dos processos de qualidade (François & Pomey, 2005), melhoria da qualidade (El-jaradali *et al.*, 2008; Sampaio, 2011), melhoria da performance hospitalar devido a mais práticas de gestão da qualidade (Lopes, 2007), constatando-se fenómenos de desenvolvimento profissional (François & Pomey, 2005; Greenfield & Braithwait, 2008), crescimento pessoal e valorização do currículo (Manzo *et al.*, 2012a).

Contudo, estudos referem que a acreditação, per se, pode não constituir um mecanismo de garantia da qualidade suficiente (Quimbo *et al.*, 2008) e/ou insuficiente para o dinamismo da melhoria contínua da qualidade (Lopes, 2007), sugerindo que o impacto da acreditação na qualidade é fraco (Quimbo *et al.*, 2008).

Na perspetiva dos utentes, os estudos demonstram que a acreditação tem um impacto positivo na segurança do paciente e indicadores da qualidade dos cuidados, constatando os utentes, uma melhoria global na qualidade dos cuidados e segurança, com a acreditação (Al-Awa *et al.*, 2011a,b e c).

No entanto, aspetos negativos como o distanciamento profissional-utente por questões relacionadas com a elevada exigência e burocracia do processo, encontram-se associadas à acreditação das instituições de saúde. (Manzo *et al.*, 2012b)

Capítulo 6

6. Estudo Comparativo

O presente capítulo inclui a metodologia de investigação e a análise e discussão dos resultados.

6.1. Metodologia

O capítulo da metodologia pretende dar a conhecer os objetivos, as questões e as hipóteses de investigação, classificar o tipo de estudo, o modo de seleção da amostra, o instrumento de recolha de dados e sua aplicação aos clientes externos e internos, os procedimentos para a recolha de dados e as etapas do tratamento estatístico dos dados

6.1.1. Objetivos da Investigação

O manual da JCI (2007, p.1) refere que a “acreditação avalia a instituição de saúde para determinar se esta obedece a um determinado conjunto de requisitos (padrões), concebidos para conseguir melhorias na segurança e na qualidade da prestação de cuidados (...) proporciona às instituições abrangidas um clima de empenho visível no sentido da melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes (...) o processo de acreditação foi concebido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de instituições que pugnam continuamente pela melhoria dos seus procedimentos de prestação de cuidados e dos resultados obtidos (...)”.

Considerando o referido anteriormente, a qualidade dos serviços prestados poderá ser melhorada com o envolvimento das instituições em processos de acreditação, sendo que

a qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde constitui um fator determinante do seu sucesso e da sua sobrevivência na era atual.

De acordo com Parasuraman *et al.* (1988) citado por Silvestro (2005, p.216), “argumentaram que a compreensão das expectativas dos clientes, e a monitorização das mudanças nas expectativas e percepções dos clientes ao longo do tempo, é crucial para a prestação de um serviço de qualidade e deve ser o ponto de partida para qualquer análise de melhoria de serviço.”

Avaliar as expectativas e percepções da qualidade dos serviços dos utentes torna-se desta forma, um aspeto fundamental para diagnosticar a qualidade dos serviços e reformular estratégias no sentido da melhoria contínua.

De acordo com McCarthy e Keefe (1999, p.187) “seguidores de Crosby, Juran, e especialmente de Deming, enfatizam que os esforços para a qualidade devem ser baseados num conhecimento profundo dos processos essenciais à prestação de serviços de qualidade numa organização particular (Dobyns & Crawford-Mason, 1991). Os profissionais podem fornecer esse conhecimento. Os profissionais são os principais clientes internos de qualidade de serviço, e eles estão mais bem informados do que a maioria em muitos processos de desempenho organizacional.” Tendo por base estes aspetos considera-se pertinente a extensão da avaliação da qualidade dos serviços aos clientes internos: os profissionais que nela exercem funções.

Neste sentido, pretende-se perceber se existem diferenças significativas nas expectativas (E) e percepções (P) e na avaliação da qualidade dos serviços (P-E) dos utentes (adiante designados clientes externos) e profissionais (adiante designados de clientes internos), comparativamente entre UCC acreditadas e UCC não acreditadas.

A relevância desta temática está relacionada com o recente envolvimento das UCC em processos de acreditação, que apresentam custos avultados: custos diretos relacionados com a implementação, desenvolvimento e finalização do processo de acreditação, bem como os custos indiretos ligados à necessidade de recursos humanos a alocar para a concretização do processo. De acordo com Shaw (2003, p. 4), “estes programas requerem investimentos substanciais, e há ampla evidência de que os hospitais aumentam rapidamente a conformidade com as normas publicadas e melhoram os processos organizacionais nos meses anteriores à avaliação externa. Há menos evidências de que isso traz benefícios em termos de processo clínico e resultados para o paciente.”

Assim sendo, considera-se pertinente a realização de um estudo que permita, para além de avaliar a qualidade dos serviços, verificar se existem diferenças em termos de avaliação da qualidade dos serviços entre UCC acreditadas e não acreditadas, na ótica dos

clientes internos e externos e se essas diferenças são significativas, justificando ou não, - neste âmbito-, as instituições continuarem a apostar na acreditação das suas UCC.

Pretende-se ainda verificar se a acreditação está relacionada com essa mesma avaliação da qualidade, tendo por base a perspectiva dos clientes internos da UCC acreditada.

6.1.2. Questões de Investigação

Existem diferenças na avaliação da qualidade dos serviços por parte dos clientes externos, entre a UCC acreditada e UCC não acreditada?

Existem diferenças na avaliação da qualidade dos serviços por parte dos clientes internos, entre a UCC acreditada e UCC não acreditada?

Qual o impacto da acreditação nas dimensões da qualidade dos serviços, na perspectiva dos clientes internos da UCC acreditada?

Existe relação entre o impacto percebido da acreditação pelos clientes internos e a avaliação da qualidade pelos clientes internos da UCC acreditada?

6.1.3. Hipóteses de Investigação

O manual da JCI (2007, p.1) refere que “o processo de acreditação foi concebido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de instituições que pugnam continuamente pela melhoria dos seus procedimentos de prestação de cuidados e dos resultados obtidos. Ao procederem desta forma as instituições aumentam a confiança da população de que a instituição se preocupa com a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados”.

Tendo por base este pressuposto e Feldman *et al.* (2005, p. 218) que referem “A certificação da avaliação hospitalar pelo processo de Acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, bem como estabelece níveis crescentes de Qualidade (...) proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expetativas dos pacientes, essência da excelência”, foram formuladas as H1, H2 e H3:

H1 - As expetativas dos clientes externos relativamente à qualidade dos serviços são superiores na UCC acreditada

H2 - As percepções dos clientes externos relativamente à qualidade dos serviços são superiores na UCC acreditada

H3 – A avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes externos é superior na UCC acreditada

De acordo com o manual da JCI (2007, p.1) é referido como benefício da acreditação o facto de as instituições proporcionarem “um ambiente de trabalho seguro e eficiente que contribui para a melhoria dos níveis de satisfação dos trabalhadores”.

Sendo que apesar de constituírem constructos distintos, vários estudos demonstram que a qualidade precede a satisfação. Neste sentido, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

H4 - As expectativas dos clientes internos relativamente à qualidade dos serviços são superiores nas UCC acreditadas

H5 - As percepções dos clientes internos relativamente à qualidade dos serviços são superiores nas UCC acreditadas

H6 – A avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes internos é superior na UCC acreditada

Tendo por base os estudos realizados por El-jardali *et al.* (2008) e Lopes (2007) sobre o impacto da acreditação na ótica dos profissionais de saúde e nos resultados dos estudos de Al-Awa *et al.* (2011), referenciados anteriormente, surgem as seguintes hipóteses:

H7 – Os clientes internos percebem que a acreditação apresenta um impacto positivo nas dimensões da qualidade dos serviços

H8 – Para os clientes internos da UCC acreditada, quanto mais positivo for o impacto percebido da acreditação, melhor a avaliação da qualidade dos serviços pelos mesmos.

6.1.4. Tipo de Estudo

A metodologia utilizada consiste na metodologia quantitativa que tem como objetivo estudar o comportamento dos indivíduos e permite generalizar os resultados a partir de uma pequena amostra de indivíduos.

O presente estudo é do tipo descritivo-correlacional. De acordo com Fortin (1999), o objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar fatores determinantes ou

conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo. Segundo a mesma autora, “num estudo descritivo-correlacional, o investigador explora e determina a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações”. (p.174)

Considera-se ainda um estudo transversal dado que a recolha de dados é efetuada ao longo do tempo.

6.1.5. Seleção da Amostra

A população em estudo consiste nos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação da Mealhada e Águeda, enquanto clientes externos. A amostra é constituída pelos utentes com capacidade de resposta ao instrumento de recolha de dados, ou, no caso de o utente não conseguir responder ao questionário, deverá ser o familiar ou o cuidador principal a proceder ao preenchimento. Na impossibilidade de corresponder a um dos referidos requisitos, o utente não é elegível para participar no estudo.

Os profissionais que exercem funções nas referidas UCC à data da colheita de dados, desde profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicólogos, auxiliares de ação médica), pessoal da área social (assistentes sociais, educadores sociais, gerontólogos, animadores socioculturais) e serviços de apoio/administrativo (auxiliares de serviços gerais, secretárias, rececionistas, telefonistas, administrativas) constituem também a população em estudo, enquanto clientes internos.

Neste sentido, a técnica de amostragem é não aleatória, dado que, de acordo com Fortin (1999, p.208) a amostragem não probabilística “é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual a ser escolhido”. Apenas são elegíveis para constituição da amostra os utentes internados nas referidas UCC, que correspondam aos critérios especificados anteriormente e os profissionais que se encontrem a exercer funções no período da colheita de dados.

De acordo com o referido no subcapítulo 4.4 Acreditação em Cuidados Continuados, em Portugal as UCC acreditadas são Águeda, Batalha, Lousada e Ribeira da Pena. A UCC selecionada para a realização da presente investigação foi a de Águeda, por diversos motivos que se prendem a necessidade de reduzir as potenciais variáveis causadoras de enviesamentos no estudo: as UCC de Águeda e Mealhada apresentam uma proximidade geográfica superior às restantes UCC acreditadas e admitem utentes da mesma área geográfica (região centro), factos que permitem a redução das diferenças

sociodemográficas da população, para além de serem reguladas pela mesma Equipa Coordenadora Local (ECL) que realiza as visitas de acompanhamento trimestrais e auditam as UCC e Equipa Coordenadora Regional (ECR) que coloca os utentes nas UCC.

6.1.6. Instrumento de Recolha de Dados

A escala SERVQUAL ponderada, para avaliar expectativas e as perceções de qualidade do serviço pelos clientes internos e externos foi o instrumento eleito.

O questionário incluiu 22 itens que procuram avaliar as 5 dimensões da qualidade:

Dimensões da qualidade	Questões
Aspetos tangíveis	1 a 4
Fiabilidade	5 a 9
Capacidade de resposta	10 a 13
Garantia	14 a 17
Empatia	18 a 22

Tabela 5 – Dimensões da qualidade por grupo de questões.

A resposta a cada item relativo às expectativas e perceções do desempenho é dada numa escala do tipo Likert com cinco posições:

Pontuação	Significado
1	Discordo totalmente
2	Discordo
3	Nem discordo/nem concordo
4	Concordo
5	Concordo totalmente
n/a	Não se aplica

Tabela 6 – Pontuação da escala para avaliação das expectativas e perceções e respetivos significados.

Aplicação aos clientes externos:

Inicialmente é solicitado o preenchimento de dados de cariz sociodemográfico, nomeadamente sexo, idade, escolaridade, bem como a colocação das iniciais do nome do utente para que seja possível efetuar o cruzamento de dados entre as perceções e as

expetativas, de modo a atingir os objetivos do estudo, e a identificação da pessoa que respondeu ao inquérito: utente ou familiar/cuidador.

A aplicação do questionário é faseada sendo a primeira aplicação relativa à avaliação das expetativas dos utentes efetuada no momento da admissão do utente na UCC e a segunda aplicação no momento da alta, para captar as perceções da performance dos serviços prestados, utilizando a escala acima referida. Existe uma segunda coluna, relativa à importância atribuída a cada item de qualidade do serviço utilizando uma escala com 5 posições:

Pontuação	Significado
1	Nada importante
2	Pouco importante
3	Muito importante
4	Importante
5	Extremamente importante
n/a	Não se aplica

Tabela 7 – Pontuação da escala para avaliação da importância e respetivos significados.

Finalmente é colocada uma questão de avaliação da qualidade geral, utilizando uma escala de 5 posições, equacionada da seguinte forma:

Pontuação	Significado
1	Inaceitável
2	Medíocre
3	Satisfatório
4	Muito Bom
5	Excelente

Tabela 8 – Pontuação da escala para avaliação da qualidade geral e respetivos significados.

Aplicação aos clientes internos:

O questionário para aplicação aos clientes internos, não exige nenhum momento específico para preenchimento, pelo que se considera pertinente que sejam aplicados aquando da receção dos mesmos nas respetivas UCC.

O questionário aos clientes internos inicia-se com os dados sociodemográficos e profissionais: sexo, idade, habilitações literárias, cargo que ocupa na UCC, tempo de exercício profissional na UCC, identificação de quem realizou o inquérito e data.

O questionário aos profissionais subdivide-se em 3 partes: a parte I e II que são similares à dos clientes externos que procuram aferir as expectativas, perceções da performance e importância atribuída a cada item e uma questão sobre a qualidade geral, utilizando as escalas acima referidas.

Para a UCCMDR da Mealhada o inquérito termina nesta fase em que se encontram preenchidas a parte I e II. Para a UCCAB (Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda), UCC de Águeda, tipologia de média duração e reabilitação, o questionário é composto por uma terceira parte:

Parte III – No sentido de estudar o impacto da acreditação em cuidados continuados na qualidade percebida, na perspetiva dos clientes internos, foi elaborado um questionário com base nos itens que constituem o SERVQUAL para cada uma das dimensões da qualidade. A resposta a cada item é dada numa escala com cinco posições:

Pontuação	Significado
1	Muito negativo
2	Negativo
3	Nenhum
4	Positivo
5	Muito positivo
n/a	Não se aplica

Tabela 9 – Pontuação da escala para avaliação do impacto da acreditação e respetivos significados.

6.1.7. Procedimento de Recolha de Dados

Numa fase inicial foram solicitadas as respetivas autorizações para a realização do estudo (ver Anexo A e B), dirigidas aos provedores das Santas Casas da Misericórdia da Mealhada e Águeda, em Abril de 2012. A aprovação para a realização do estudo na UCCMDR da Mealhada foi obtida no mês de Abril e na UCCAB no final de Maio.

Na UCCMDR da Mealhada os inquéritos foram distribuídos e recolhidos pela autora, que exerce funções na instituição e na UCCAB, pela assistente social que exerce funções nessa instituição, após tomar conhecimento da metodologia preconizada para a realização do estudo, bem como dos aspetos inerentes ao preenchimento do instrumento de recolha de dados.

A recolha dos questionários terminou a 30 de Setembro de 2012, tendo-se obtido na UCCMDR da Mealhada um total de 64 questionários: 31 a clientes internos e 33 a clientes externos; e na UCCAB um total de 63 questionários: 32 a clientes internos e 31 a clientes externos.

6.1.8. Tratamento Estatístico

Para o tratamento estatístico de dados recorreu-se ao programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versão 17.

No sentido de analisar e comparar os dados sociodemográficos e profissionais dos inquiridos das duas UCC, recorreu-se testes *t-student* para variáveis contínuas como a idade e tempo de serviço; e ao teste de independência do Qui-quadrado para variáveis qualitativas como o sexo, habilitações literárias, cargo exercido na UCC e pessoa inquirida.

Os níveis de significância utilizados em todas as análises estatísticas são os seguintes:

Significância	Níveis
A diferença não é significativa	$P > 0.05$
A diferença é significativa	$P \leq 0.05$
A diferença é muito significativa	$P \leq 0.01$
A diferença é altamente significativa	$P \leq 0.001$

Fonte: Adaptado de Pereira (2008)

Tabela 10 – Níveis de significância.

Os testes *t* de student para amostras independentes aplicam-se para comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais. (Pestana & Gageiro, 2008)

De acordo com Pestana e Gageiro (2008), os testes de independência do Qui-Quadrado permitem analisar a relação de dependência entre variáveis qualitativas. Neste sentido temos variáveis independentes ou existe relação entre as variáveis.

Relativamente aos objetivos deste trabalho, numa fase inicial realizou-se uma análise estatística descritiva dos dados, determinando as médias das expectativas, perceções e importância, para os clientes internos e externos, por dimensão da qualidade.

De modo a analisar a fiabilidade das escalas, os valores do alpha de cronbach serviram de referência. O alpha de cronbach é uma das medidas mais utilizada para verificar a consistência interna de um determinado grupo de variáveis (itens) e, de acordo com Pestana e Gageiro (2008, p. 527-528) pode definir-se como “a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica” e que varia entre 0 e 1:

Consistência da escala	Valores de alpha de cronbach
Muito boa	> 0.9
Boa	0.8 – 0.9
Razoável	0.7 – 0.8
Fraca	0.6 – 0.7
Inaceitável	< 0.6

Fonte: adaptado de Pestana e Gageiro (2008)

Tabela 11 – Valores de referência do alpha de cronbach.

Seguidamente foi efetuado o cálculo do *Gap* que consiste na diferença entre as perceções e expetativas (P-E), para os clientes internos e externos, considerando separadamente cada dimensão da qualidade:

$$\text{Qualidade do Serviço} = (P-E)$$

Posteriormente foram comparadas as médias das seguintes variáveis de dois grupos diferentes de sujeitos em estudo, através do teste *t-student* para amostras independentes:

- Expetativas entre clientes internos das duas UCC;
- Expetativas entre clientes externos das duas UCC;
- Perceções entre clientes internos das duas UCC;
- Perceções entre clientes externos das duas UCC;
- Importância entre os clientes internos das duas UCC;
- Importância entre os clientes externos das duas UCC;
- Avaliação da qualidade entre os clientes externos das duas UCC;
- Avaliação da qualidade entre os clientes internos das duas UCC.

De acordo com Hall, Neves e Pereira (2011, p. 221), nos teste *t-student* para amostras independentes, “a independência não se verifica apenas entre os elementos de uma mesma amostra, mas também se tem que qualquer elemento da primeira amostra é independente de qualquer elemento da segunda” e que “o padrão resultante da amostra combinada revela-se (...) determinante na deteção de eventuais discrepâncias entre as populações na origem dos dados (...).”

Adicionalmente, a significância estatística da diferença entre expectativas e percepções por dimensão, para os clientes internos e externos separadamente e para cada UCC, foi testada através do teste *t-student* para amostras emparelhadas.

De acordo com Pestana e Gageiro (2008, p.248), “o teste *t* permite inferir sobre a igualdade de média de duas amostras emparelhadas. (...) Este teste é também apropriado para analisar dois grupos diferentes de casos relativamente a alguma característica que tenham em comum e pela qual possam ser comparados.”

Para analisar os dados da parte III do questionário aos clientes internos na UCCAB, realizou-se uma análise estatística descritiva: média, moda e desvio padrão e de modo a testar a hipótese 8 do estudo, recorreu-se à análise do coeficiente de correlação R de Pearson, que, de acordo com Pestana e Gageiro (2008) constitui uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e variam entre -1 e 1, sendo que:

Caracterização da correlação entre as duas variáveis	Valores de R
Perfeita positiva: quando uma aumenta, a outra aumenta em média, num valor proporcional	R = 1
Não existe relação linear entre as variáveis	R = 0
Relação linear negativa perfeita	R = -1

Fonte: Pestana e Gageiro (2008)

Tabela 12 – Valores de referência do R de Pearson.

Segundo Pestana e Gageiro (2008, p. 181), “a associação poder ser negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, isto é, se os aumentos de uma variável estão associados, em média, a diminuições da outra; ou pode ser positiva, se a variação entra as variáveis for no mesmo sentido.” As associações podem ser caracterizadas de acordo com os valores de R da seguinte forma:

Caracterização da associação linear	Valores de R
Muito baixa	$R < 0,2$
Baixa	$0,2 < R < 0,39$
Moderada	$0,4 < R < 0,69$
Alta	$0,7 < R < 0,89$
Muito Alta	$0,9 < R < 1$

Fonte: Adaptado de Pestana e Gageiro (2008)

Tabela 13 – Caracterização da associação linear de acordo com os valores de R.

Os valores da tabela 13 são positivos, mas aplica-se a mesma lógica para as correlações negativas.

6.2. Análise e Discussão dos Resultados

O presente capítulo tem por objetivo apresentar e discutir os resultados obtidos através da análise dos dados obtidos. Optou-se por realizar a apresentação dos resultados seguida imediatamente pela análise e discussão dos mesmos, dado que no que se refere às comparações de expectativas e percepções, poderia ser mais complexo e mais difícil entendimento ao leitor.

O capítulo inicia-se com a caracterização da amostra, seguida da análise do alpha de cronbach. Os três subcapítulos seguintes referem-se a análises comparativas relativamente aos clientes internos, no âmbito das expectativas, percepções e avaliação da qualidade e os três subcapítulos subsequentes relativos aos clientes internos para as mesmas variáveis. Segue-se um subcapítulo de análise complementar da avaliação da qualidade. O capítulo finaliza-se com um subcapítulo de análise do impacto da acreditação na avaliação da qualidade dos serviços.

6.2.1. Caracterização e Análise da Amostra

A amostra obtida é constituída por um total de 127 indivíduos, sendo 31 e 32 clientes internos, respetivamente da UMDR da Mealhada e UCCAB; e 33 e 31 clientes externos, respetivamente da UMDR da Mealhada e UCCAB.

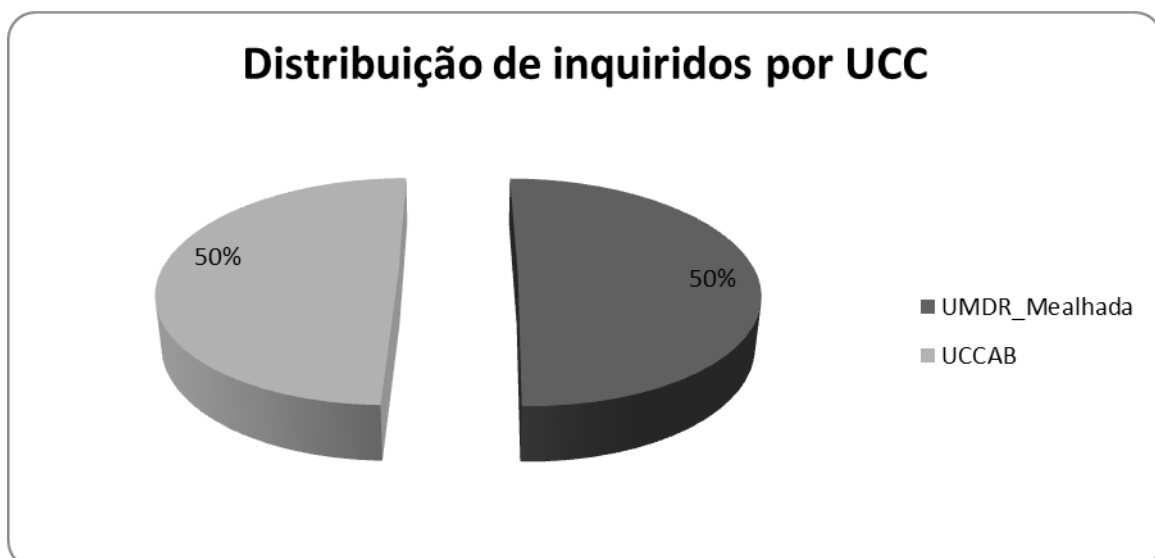


Gráfico 1. Distribuição de inquiridos por UCC

Seguidamente apresenta-se a caracterização da amostra dos clientes internos e clientes externos separadamente, relativamente aos dados sociodemográficos e profissionais. As

UCC em estudo são comparadas através da análise da média (M) e desvio-padrão (DP) para a idade e tempo de exercício profissional, acompanhados pelos valores do teste *t-student* e significância (p); e pelo número total (n) e percentagem (%) para o sexo, habilitações literárias, cargo que ocupa na UCC e pessoa inquirida, acompanhados pelos valores do teste do Qui-quadrado (χ^2) e significância (p).

Clientes Internos					
Dados sociodemográficos e profissionais		UCCMDR da Mealhada	UCCAB	Testes e Significância	
		n (%) / M (DP)	n (%) / M (DP)	<i>t-student</i> / χ^2	<i>p</i>
Sexo	Feminino	28 (90.3)	29 (90.6)	0.002	0.967
	Masculino	3 (9.7)	3 (9.4)		
Idade		33.26 (8.05)	32.84 (10.67)	0.17	0.86
Habilitações literárias	Sem escolaridade	-	-	5.56	0.135
	1º Ciclo	2 (6.5)	-		
	2º Ciclo	-	-		
	3º Ciclo	5 (16.1)	2 (6.5)		
	Secundário	5 (16.1)	11 (35.5)		
	Superior	19 (61.3)	18 (58.1)		
Cargo que ocupa na UCC	Administrativa	-	1 (3.1)	6.56	0.923
	Assistente Social	1 (3.2)	1 (3.1)		
	Auxiliar	12 (38.7)	11 (34.4)		
	Animadora Cultural	-	1 (3.1)		
	Directora Técnica	1 (3.2)	-		
	Enfermeiro	9 (29)	9 (28.1)		
	Farmacêutico	1 (3.2)	-		
	Fisioterapeuta	3 (9.7)	2 (6.3)		
	Médico	1 (3.2)	2 (6.3)		
	Nutricionista	-	1 (3.1)		
	Psicólogo	1 (3.2)	1 (3.1)		
	Recepcionista	-	1 (3.1)		
	Terapeuta da Fala	1 (3.2)	1 (3.1)		
	Terapeuta Ocupacional	1 (3.2)	1 (3.1)		
Tempo de exercício profissional na UCC		3.22 (1.51)	3.39 (2.48)	-0.32	0.75

Tabela 14 – Distribuição dos clientes internos das UCC em função do sexo, idade, habilitações literárias, cargo que ocupa na UCC e tempo de exercício profissional na UCC.

ANÁLISE: Não existem diferenças estatisticamente significativas nas amostras das duas UCC, sendo estas semelhantes relativamente aos dados sociodemográficos e profissionais ($p > 0.05$), para os clientes internos.

Clientes Externos					
Dados sociodemográficos		UCCMDR da Mealhada	UCCAB	Testes e Significância	
		n (%) / M (DP)	n (%) / M (DP)	<i>t-student</i> / χ^2	<i>p</i>
Sexo	Feminino	22 (66.7)	11 (35.5)	6.22	0.013
	Masculino	11 (33.3)	20 (64.5)		
Idade		74.48 (12.49)	72.75 (12.47)	0.59	0.558
Habilitações literárias	Sem escolaridade	12 (36.4)	5 (18.5)	4.43	0.218
	1º Ciclo	20 (60.6)	18 (66.7)		
	2º Ciclo	-	-		
	Secundário	-	1 (13.7)		
	Superior	-	-		
Inquirido	Utente	14 (42.4)	8 (25.8)	1.96	0.162
	Familiar/Cuidador	19 (57.6)	23 (74.2)		

Tabela 15 – Distribuição dos clientes externos das UCC em função do sexo, idade, habilitações literárias e pessoa inquirida.

ANÁLISE: Não há diferenças estatisticamente significativas nas amostras no que respeita à idade, habilitações literárias e pessoa inquirida ($p > 0.05$). Contudo, no que respeita ao sexo, verifica-se que existe uma diferença significativa dado que $p \leq 0.05$, ou seja, as amostras não são comparáveis relativamente ao sexo.

6.2.2. Alpha e Cronbach

No sentido de analisar a consistência interna da escala, apresentam-se os valores do Alpha de Cronbach para todas as dimensões da qualidade de acordo com a variável em análise: expectativas, percepções, importância e acreditação, para clientes internos e externos, independentemente da UCC.

Variáveis	Dimensões da Qualidade	Valores de Alpha de Cronbach	
		Clientes Externos	Clientes Internos
Expectativas	Aspetos Tangíveis	0.82	0.50
	Fiabilidade	0.81	0.75
	Capacidade de resposta	0.77	0.59
	Garantia	0.90	0.72
	Empatia	0.88	0.82
Percepções	Aspetos Tangíveis	0.85	0.71
	Fiabilidade	0.84	0.71
	Capacidade de resposta	0.84	0.66
	Garantia	0.78	0.85
	Empatia	0.85	0.79
Importância	Aspetos Tangíveis	0.92	0.81
	Fiabilidade	0.91	0.86
	Capacidade de resposta	0.92	0.65
	Garantia	0.95	0.84
	Empatia	0.93	0.92
Acreditação	Aspetos Tangíveis	-	0.91
	Fiabilidade	-	0.96
	Capacidade de resposta	-	0.90
	Garantia	-	0.90
	Empatia	-	0.98

Tabela 16 – Valores do alpha de cronbach por variável, dimensão da qualidade e por tipo de cliente.

ANÁLISE: Os valores do alpha de cronbach expostos refletem uma elevada consistência interna das escalas utilizadas no estudo. Torna-se pertinente referir que no âmbito das expectativas dos clientes internos, as dimensões da qualidade: aspetos tangíveis e capacidade de resposta, bem como na dimensão capacidade de resposta, no âmbito das percepções para os mesmos clientes, apresentam valores de alpha de cronbach baixos. De acordo com Pestana e Gageiro (2008, p.530), (...) as baixas categorias de um item estão em média, associadas às baixas categorias de outras variáveis que compõem o fator.” Contudo, optou-se por manter os itens, na medida em que se consideraram importantes para a análise: seria impossível obter a avaliação da qualidade dos serviços, sem as expectativas e/ou as percepções dos clientes, em todas as dimensões da qualidade.

Outro aspeto que se torna relevante analisar são os elevados valores do alpha de cronbach para avaliar o impacto da acreditação nas cinco dimensões da qualidade referidas, que apenas se aplica aos clientes internos da UCCAB. Dado que esta escala foi uma adaptação dos itens da escala SERVQUAL, a elevada consistência interna, tendo por base os valores de referência do alpha de cronbach, leva-nos a considerar a fiabilidade da escala. De acordo com Pestana e Gageiro (2008, p.527), a consistência interna dos fatores demonstra que “as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões.”

6.2.3. Comparação das Expetativas Entre Clientes Externos das UCC

Para testar a hipótese 1 que refere que as expetativas dos clientes externos relativamente à qualidade dos serviços são superiores na UCC acreditada, foram analisadas a média (M) e o desvio-padrão (DP) das expetativas dos clientes externos de cada UCC, por dimensão da qualidade, apresentando-se seguidamente os resultados dessa análise, bem como do teste *t-student* e significância (p):

CLIENTES EXTERNOS		UCCMDR_Mealhada		UCCAB		Teste <i>t-student</i>	Significância (p)
Expectativas	Dimensões	M	DP	M	DP		
	Aspectos Tangíveis	4,2361	0,39163	4,6371	0,40228	-4,127	0,000
	Fiabilidade	4,1278	0,33519	4,6645	0,44238	-5,641	0,000
	Capacidade de resposta	4,0694	0,39466	4,6452	0,47335	-5,429	0,000
	Garantia	4,3056	0,40581	4,7500	0,43301	-4,333	0,000
	Empatia	4,1889	0,32406	4,5613	0,53021	-3,521	0,001

Tabela 17 – Expetativas dos clientes externos, por dimensão da qualidade e por UCC.

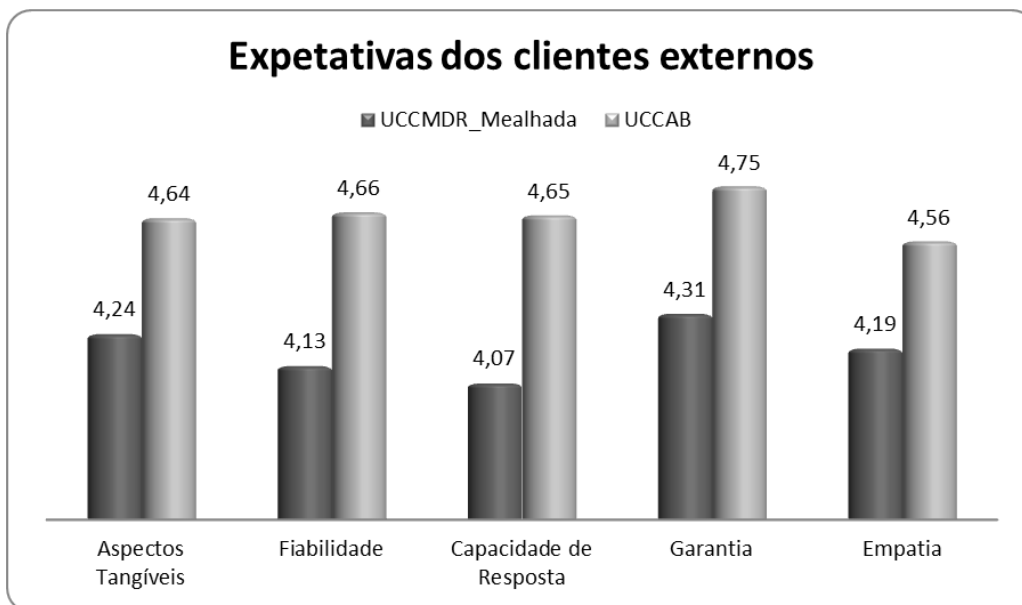


Gráfico 2. Expetativas dos clientes externos por dimensão da qualidade e por UCC.

ANÁLISE: As médias das expetativas dos clientes externos relativamente à qualidade do serviço, para todas as dimensões da qualidade são superiores na UCCAB, em comparação com a UMDR da Mealhada. A análise estatística mostra que para todas as dimensões da qualidade, as expetativas dos clientes internos de cada UCC apresentam diferenças altamente significativas ($p \leq 0.001$), sendo na UCC acreditada (UCCAB) que essas expetativas são superiores.

Neste sentido, confirma-se a hipótese 1 formulada para o presente estudo: as expetativas da qualidade dos clientes externos, para todas as dimensões da qualidade são superiores na UCC acreditada. Esta constatação vai de encontro ao que seria esperado, de acordo com a revisão da literatura.

6.2.4. Comparação das Perceções Entre Clientes Externos das UCC

Para testar a hipótese 2 que refere que as perceções dos clientes externos relativamente à qualidade dos serviços são superiores na UCC acreditada, foram analisadas a média (M) e o desvio-padrão (DP) das expetativas dos clientes externos de cada UCC, por dimensão da qualidade, apresentando-se seguidamente os resultados dessa análise e do teste *t-student* e significância (p):

CLIENTES EXTERNOS		UCCMDR_Mealhada		UCCAB		Teste t-student	Significância (p)
Percepções	Dimensões	M	DP	M	DP		
	Aspectos Tangíveis	4,1439	0,36697	4,6425	0,41677	-5,086	0,000
	Fiabilidade	4,2000	0,38730	4,4000	0,73394	-1,375	0,174
	Capacidade de resposta	4,1439	0,40998	4,4839	0,58429	-2,708	0,009
	Garantia	4,2500	0,40505	4,6129	0,49091	-3,234	0,002
	Empatia	4,1515	0,36066	4,5742	0,55074	-3,654	0,001

Tabela 18 – Percepções dos clientes externos, por dimensão da qualidade e por UCC.

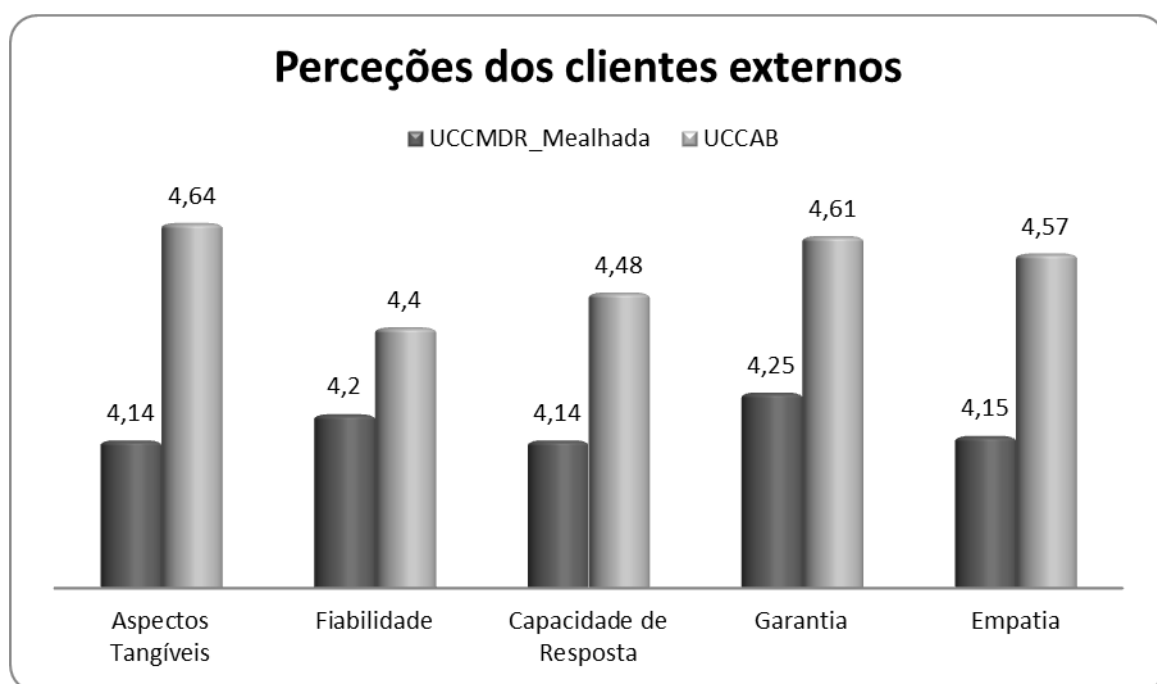


Gráfico 3. Percepções dos clientes externos por dimensão da qualidade e por UCC.

ANÁLISE: Em relação às médias das percepções da qualidade dos serviços pelos clientes externos, para cada UCC, verifica-se que na UCCAB, estas são superiores, em todas as dimensões da qualidade, às médias da UCCMDR da Mealhada.

Constata-se que existe uma diferença estatisticamente muito significativa ($p \leq 0.01$) nas percepções da qualidade por parte dos clientes externos, em todas as dimensões da qualidade, exceto na dimensão fiabilidade, em que $p > 0.05$.

Os clientes externos da UCCAB (UCC acreditada) apresentam percepções da qualidade dos serviços mais elevadas do que na UCCMDR da Mealhada (UCC não acreditada) e essa diferença é estatisticamente significativa, o que permite afirmar que se confirma a

hipótese 2 do estudo, com a ressalva da dimensão da qualidade: fiabilidade, em que as diferenças não são significativas para as duas UCC, se confirma.

Reformulando: as percepções da qualidade dos clientes externos são superiores na UCC acreditada, nas dimensões da qualidade: aspetos tangíveis, capacidade de resposta, garantia e empatia.

A dimensão fiabilidade diz respeito à capacidade de desempenho do serviço com precisão. Tendo por base o estudo levado a cabo por Manzo *et al.* (2012b), que relata o distanciamento entre profissionais e utentes, devido aos aspetos burocráticos do processo de acreditação e de limitação de tempo para o diálogo e interação, considera-se que poderá ser um fator a modelar a percepção da qualidade na dimensão da qualidade fiabilidade, por parte dos clientes externos, prejudicando a UCC acreditada neste âmbito.

6.2.5. Comparação da Avaliação da Qualidade dos Serviços nos Clientes Externos

No sentido de testar a hipótese 3: a avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes externos é superior na UCC acreditada, aplicou-se a fórmula da avaliação ponderada da qualidade dos serviços (P-E), calcularam-se as médias (M) e desvio-padrão (DP) dessa avaliação ponderada para cada dimensão da qualidade e para cada UCC, e realizou-se o teste *t-student* para amostras independentes, com respetivos níveis de significância (p). Acrescenta-se ainda a análise estatística descritiva da qualidade geral referida pelos clientes externos. A tabela seguinte expõe os resultados encontrados:

Clientes Externos	UCCMDR_Mealhada		UCCAB		Teste <i>t-student</i>	Significância (p)	
	M	DP	M	DP			
Qualidade dos Serviços	Dimensões						
	Aspectos Tangíveis	-,1061	,42301	,0054	,47965	-,987	,327
	Fiabilidade	,0848	,42140	-,2645	,74007	2,339	,023
	Capacidade de resposta	,0985	,47574	-,1613	,61762	1,892	,063
	Garantia	-,0530	,57878	-,1371	,48235	,629	,532
	Empatia	-,0485	,46106	,0129	,68495	-,423	,674
	Qualidade Geral	4,2727	0,57406	4,4839	,62562	-1,408	0,164

Tabela 19 – Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes externos, por dimensão, por qualidade geral e por UCC.

Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes externos

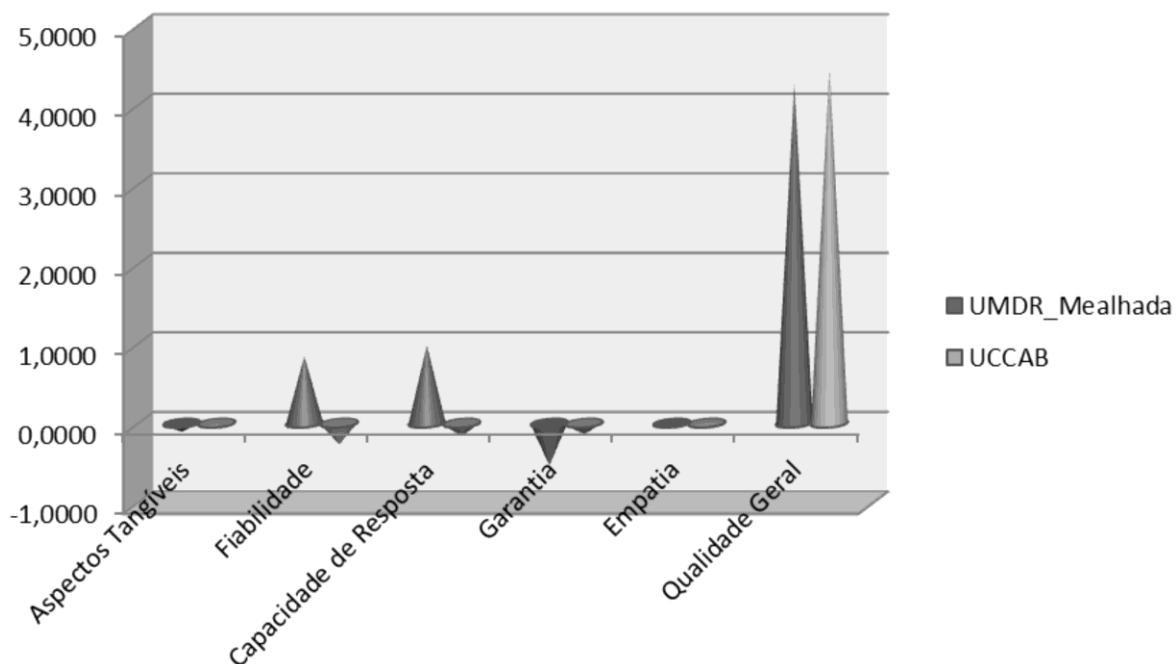


Gráfico 4. Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes externos, por dimensão, por qualidade geral e por UCC.

De modo a complementar a avaliação da qualidade, considera-se pertinente identificar as dimensões da qualidade que os clientes externos identificam como sendo de maior importância. Neste sentido calcularam-se as médias (M) e desvio-padrão (DP) da importância atribuída para cada dimensão da qualidade e para cada UCC, e realizou-se o teste *t-student* (*t*) para amostras independentes, com respetivos níveis de significância (*p*):

Importância		Clientes Externos			
		M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
UCCMDR_Mealhada	Aspectos Tangíveis	3,5833	,52917	-8,04	,000
	Fiabilidade	3,6313	,48222	-6,30	,000
	Capacidade de Resposta	3,6406	,58523	-6,84	,000
	Garantia	3,7344	,54231	-6,98	,000
	Empatia	3,6750	,51494	-7,15	,000
UCCAB	Aspectos Tangíveis	4,6543	,48575	-8,04	,000
	Fiabilidade	4,5556	,64291	-6,30	,000
	Capacidade de Resposta	4,6389	,51578	-6,89	,000
	Garantia	4,6944	,50637	-6,98	,000
	Empatia	4,6444	,52428	-7,15	,000

Tabela 20 – Importância atribuída pelos clientes externos por dimensões, para cada UCC.

ANÁLISE: Analisando a qualidade geral, confirma-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as UCC, por parte dos clientes externos, dado que $p > 0.05$.

Nas dimensões da qualidade fiabilidade e capacidade de resposta, verificam-se diferenças significativas na avaliação da qualidade por parte dos clientes externos. De referir que na dimensão capacidade de resposta a diferença é marginal, dado que $p=0.063$, enquanto na dimensão fiabilidade a diferença é considerada significativa ($p=0.023$).

A análise das médias para as referidas dimensões, indica que os clientes externos da UCCMDR da Mealhada apresentam uma avaliação da qualidade positiva, ou seja, as suas perceções superam as expectativas, enquanto na UCCAB as perceções da qualidade pelos clientes externos, não superaram as suas expectativas, para as dimensões capacidade de resposta e fiabilidade.

Importa ainda verificar, apesar de estatisticamente não ser significativo, que nas dimensões aspetos tangíveis e empatia, a UCCAB apresenta médias positivas, o que indica que as perceções da qualidade dos clientes externos para estas dimensões, superaram as suas expectativas, enquanto na UCCMDR da Mealhada, isto não aconteceu. Na dimensão garantia, em ambas UCC, as expectativas foram mais elevadas do que as perceções de qualidade pelos clientes externos.

Na sequência da análise efetuada, a hipótese 3 não se confirma, ou seja, a avaliação da qualidade pelos clientes externos, não é superior na UCC acreditada. Os resultados mostram que inclusivamente o contrário se constata: na dimensão da qualidade fiabilidade, os clientes externos da UCC não acreditada, apresentam valores superiores de avaliação da qualidade, comparativamente à UCC acreditada.

Esta constatação vai precisamente de encontro ao que foi referido anteriormente relativamente á investigação de Manzo *et al.* (2012b), ou seja, se a acreditação também conduz ao distanciamento entre profissionais e pacientes, pelos aspetos burocráticos que envolvem o processo e que limitam o tempo para o diálogo e interação, prejudicando o contacto paciente-profissional, torna compreensível que os clientes externos das UCC não acreditadas avaliem superiormente a qualidade dos serviços, na dimensão fiabilidade - que se traduz na capacidade de desempenho do serviço com precisão -, e que as UCC acreditadas fiquem prejudicadas, concretamente nesta dimensão da qualidade.

Silva *et al.* (2010, p. 24) coadjuva esta afirmação na medida em que, em termos de caracterização da qualidade na saúde, “os utentes valorizam os aspetos relacionais, decorrentes do contato com a organização e com os profissionais de saúde (...)”

Relativamente à importância que os clientes externos atribuem às dimensões da qualidade, constata-se que existem diferenças estatisticamente altamente significativas ($p \leq 0.001$) entre as duas UCC, sendo na UCCAB que os clientes externos atribuem maior importância a todas as dimensões da qualidade.

Esta atribuição de importância poderá ser inerente ao facto dos utentes, sabendo que são os usufrutuários dos serviços de uma UCC acreditada, quererem o melhor para si e como tal sobrevalorizarem a importância em todas as dimensões da qualidade, devido também à acreditação.

6.2.6. Comparação das Expetativas Entre Clientes Internos das UCC

No sentido de testar a hipótese 4: as expetativas dos clientes internos relativamente à qualidade dos serviços são superiores na UCC acreditada, foram analisadas a média (M) e o desvio-padrão (DP) das expetativas dos clientes internos de cada UCC, por dimensão da qualidade, apresentando-se seguidamente os resultados do teste *t-student* e significância (p):

CLIENTES INTERNOS		UCCMDR_Mealhada		UCCAB		Teste <i>t-student</i>	Significância (p)
Expetativas	Dimensões	M	DP	M	DP		
	Aspectos Tangíveis	4,4758	0,36717	4,5469	0,36166	-0,774	0,442
	Fiabilidade	4,4000	0,43205	4,6562	0,33402	-2,639	0,011
	Capacidade de resposta	4,1048	0,58728	4,2734	0,42293	-1,311	0,195
	Garantia	4,7742	0,33761	4,7813	0,29614	-0,088	0,930
	Empatia	4,5484	0,38976	4,5688	0,48222	-0,184	0,855

Tabela 21 – Expetativas dos clientes internos, por dimensão da qualidade e por UCC.

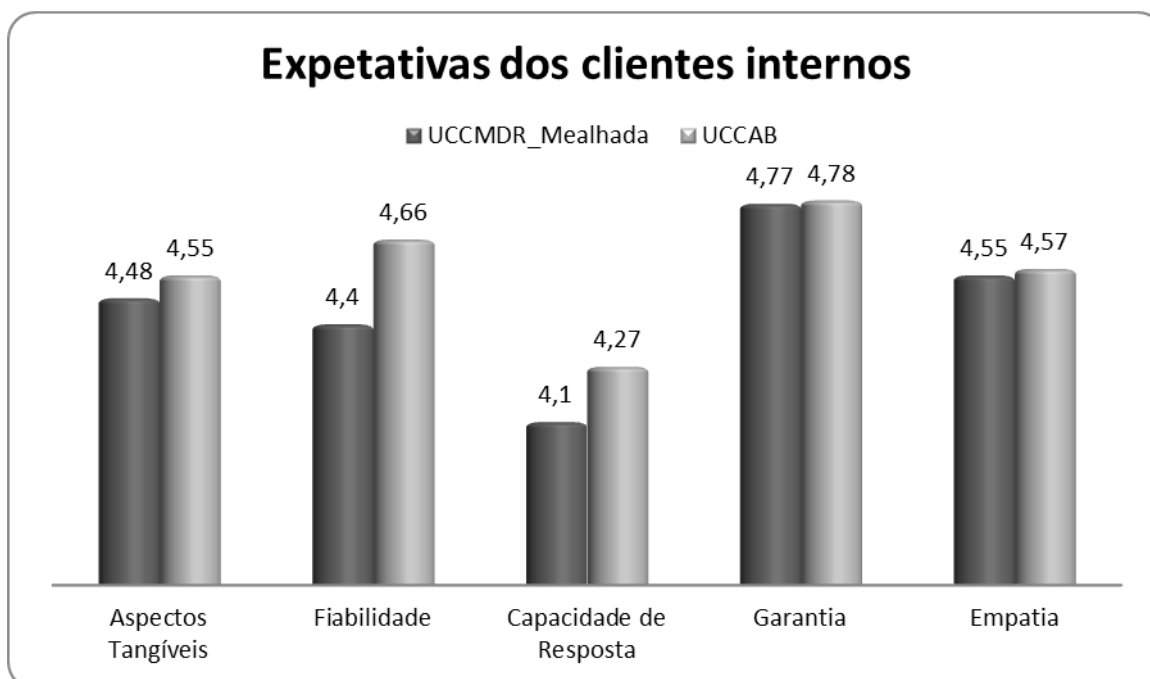


Gráfico 5. Expetativas dos clientes internos por dimensão da qualidade e por UCC

ANÁLISE: Analisando as médias das expetativas dos clientes internos para cada dimensão da qualidade, verifica-se que as médias das expetativas na UCCAB são, para todas as dimensões da qualidade, superiores às expetativas dos clientes internos da UCCMDR da Mealhada. Contudo, estatisticamente, apenas a dimensão fiabilidade, apresenta uma diferença muito significativa, dado que $p=0.011$.

Neste sentido, a hipótese 4 não se confirma na íntegra, uma vez que, apesar da média das expetativas dos clientes internos quanto à qualidade dos serviços ser superior na UCCAB (UCC acreditada), comparativamente à UMDR da Mealhada (UCC não acreditada), as diferenças não são estatisticamente significativas, à exceção da dimensão fiabilidade.

Reformulando: as expetativas da qualidade dos serviços por parte dos clientes internos são superiores na UCC acreditada, apenas na dimensão da qualidade: fiabilidade. Isto significa que os clientes internos esperam que a capacidade de desempenho do serviço com precisão (fiabilidade), seja superior na UCC acreditada. Contudo, não valorizam significativamente as restantes dimensões da qualidade quanto ao que é esperado, numa UCC acreditada.

No âmbito da função “avaliação das necessidades”, de acordo com a JCI (2004, p.51), “um processo de avaliação efetiva do indivíduo resulta em decisões sobre o cuidado e tratamento imediatos das necessidades da melhor forma (...)” e “ estes processos são mais efetivamente implementados quando os vários profissionais de saúde responsáveis pelo indivíduo entendem seus papéis e responsabilidades (...)”.

De acordo com a função “cuidados, serviços e suporte”, “certas atividades são básicas para cuidar do indivíduo” e “cada profissional tem um papel claro no cuidado ao indivíduo”. (JCI, 2004, p.67)

Tendo em consideração as funções “avaliação das necessidades” e “cuidados e serviços de suporte” do manual internacional de padrões de acreditação para cuidados continuados da JCI, que englobam padrões que parecem estar relacionados com a dimensão da qualidade: fiabilidade, este facto poderá justificar a inflação das expectativas dos clientes internos, nesta dimensão, dado serem os que correspondem à intervenção direta dos profissionais e dos quais estes consideram ser da sua responsabilidade (prestação de cuidados ao utente), estando cientes do tipo de resposta que podem oferecer aos utentes.

6.2.7. Comparação das Perceções Entre Clientes Internos das UCC

De modo a testar a hipótese 5: as perceções dos clientes internos relativamente à qualidade dos serviços são superiores nas UCC acreditadas, foram analisadas a média (M) e o desvio-padrão (DP) das perceções dos clientes internos de cada UCC, por dimensão da qualidade, apresentando-se seguidamente os resultados, bem como do teste *t-student* e significância (p):

CLIENTES INTERNOS	UCCMDR_Mealhada	UCCAB		Teste <i>t-student</i>	Significância (p)		
		M	DP			M	DP
Perceções	Dimensões						
	Aspectos Tangíveis	4,2527	0,43805	4,3438	0,40035	-0.862	0.392
	Fiabilidade	4,1823	0,38439	4,2063	0,49379	-0,215	0,831
	Capacidade de resposta	3,9435	0,56903	3,9922	0,63654	-0,319	0,751
	Garantia	4,4919	0,44009	4,4297	0,47193	0,541	0,590
	Empatia	4,4645	0,38432	4,2875	0,55634	1,465	0,148

Tabela 22 – Perceções dos clientes internos, por dimensão da qualidade e por UCC.

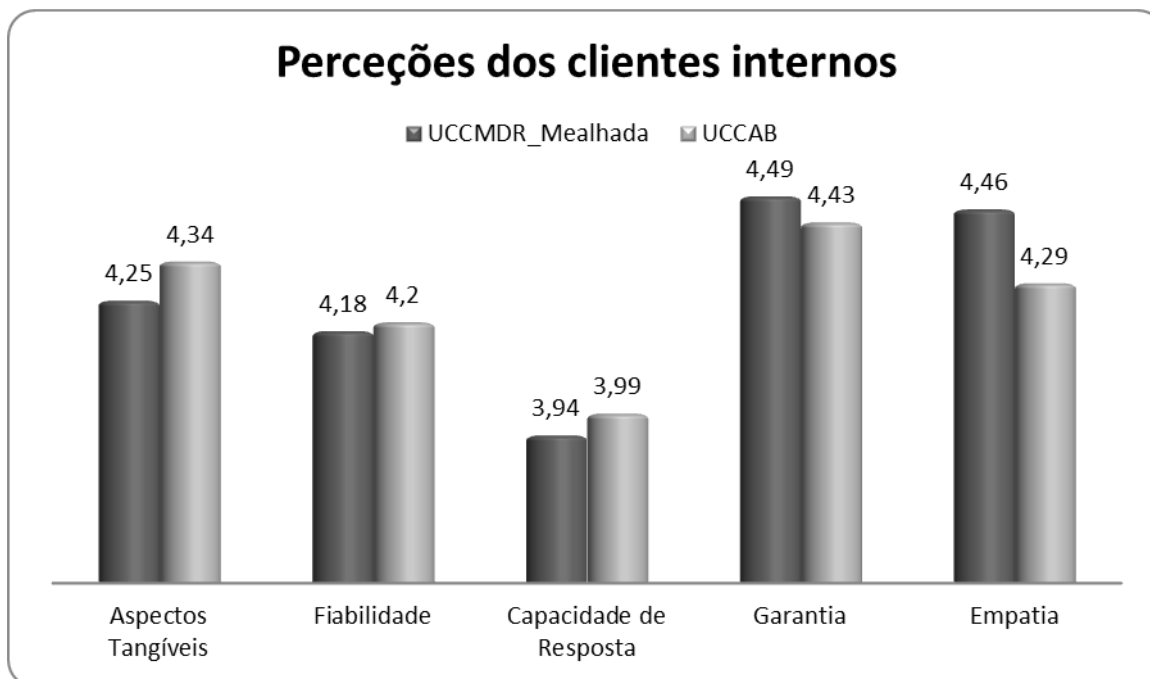


Gráfico 6. Perceções dos clientes internos por dimensão da qualidade e por UCC.

ANÁLISE: Em termos estatísticos, os níveis de significância para as percepções dos clientes internos, em todas as dimensões da qualidade, são superiores a 0.05, o que indica que a diferença não é significativa, ou seja, os clientes internos de ambas UCC, apresentam semelhantes percepções da qualidade dos serviços.

Da análise das médias das percepções da qualidade dos serviços, por parte dos clientes internos em cada UCC, constata-se que nas dimensões da qualidade: aspetos tangíveis, fiabilidade e capacidade de resposta, a UCCAB apresenta níveis mais elevados de percepção da qualidade, enquanto nas dimensões garantia e empatia, na UCCMDR da Mealhada, os clientes internos apresentam maior percepção da qualidade dos serviços.

A hipótese 5 formulada não se confirma porque, apesar das diferenças verificadas nas médias das percepções dos clientes internos para as duas UCC, estas não são estatisticamente significativas.

Reformulando: as percepções da qualidade dos serviços por parte dos clientes internos, para qualquer dimensão da qualidade, não são superiores na UCC acreditada. O facto de a UCC ser acreditada não aumenta as percepções da qualidade do serviço pelos clientes internos, comparativamente a uma UCC não acreditada.

Este resultado poderá ir parcialmente de encontro às conclusões do estudo de Lopes (2007) que refere que a acreditação é necessária, mas insuficiente para o dinamismo da melhoria contínua da qualidade, bem como do estudo de Donabedian (2005) realizado em hospitais de Nova York em 1964, citado em Quimbo *et al.* (2008, p.506) referem que a

acreditação "não parece, por si só, estar ligada à qualidade dos cuidados", justificando que as percepções da qualidade por parte dos clientes internos da UCCAB (acreditada), não sejam significativamente superiores às dos clientes internos da UCCMDR da Mealhada (não acreditada).

6.2.8. Comparação da Avaliação da Qualidade dos Serviços nos Clientes Internos

No sentido de testar a hipótese 6: a avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes internos é superior na UCC acreditada, aplicou-se a fórmula da avaliação da qualidade dos serviços (P-E), calcularam-se as médias (M) e desvio-padrão (DP) dessa avaliação ponderada para cada dimensão da qualidade e para cada UCC, e realizou-se o teste *t-student* para amostras independentes, com respetivos níveis de significância (p).

Acrescenta-se ainda a análise estatística descritiva da qualidade geral referida pelos clientes internos. A tabela seguinte expõe os resultados encontrados:

Clientes Internos	UCCMDR_Mealhada		UCCAB		Teste <i>t-student</i>	Significância (p)	
	M	DP	M	DP			
Qualidade dos Serviços	Dimensões						
	Aspectos Tangíveis	-,2231	,51252	-,2031	,44194	-,166	,869
	Fiabilidade	-,2177	,56014	-,4500	,48990	1,753	,085
	Capacidade de resposta	-,1613	,60397	-,2813	,55631	,820	,415
	Garantia	-,2823	,44131	-,3516	,46167	,609	,545
	Empatia	-,0839	,52605	-,2813	,58554	1,406	,165
	Qualidade Geral	4,1935	0,40161	4,1250	0,60907	0,526	0,601

Tabela 23 – Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes internos, por dimensão, por qualidade e por UCC.

Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes internos

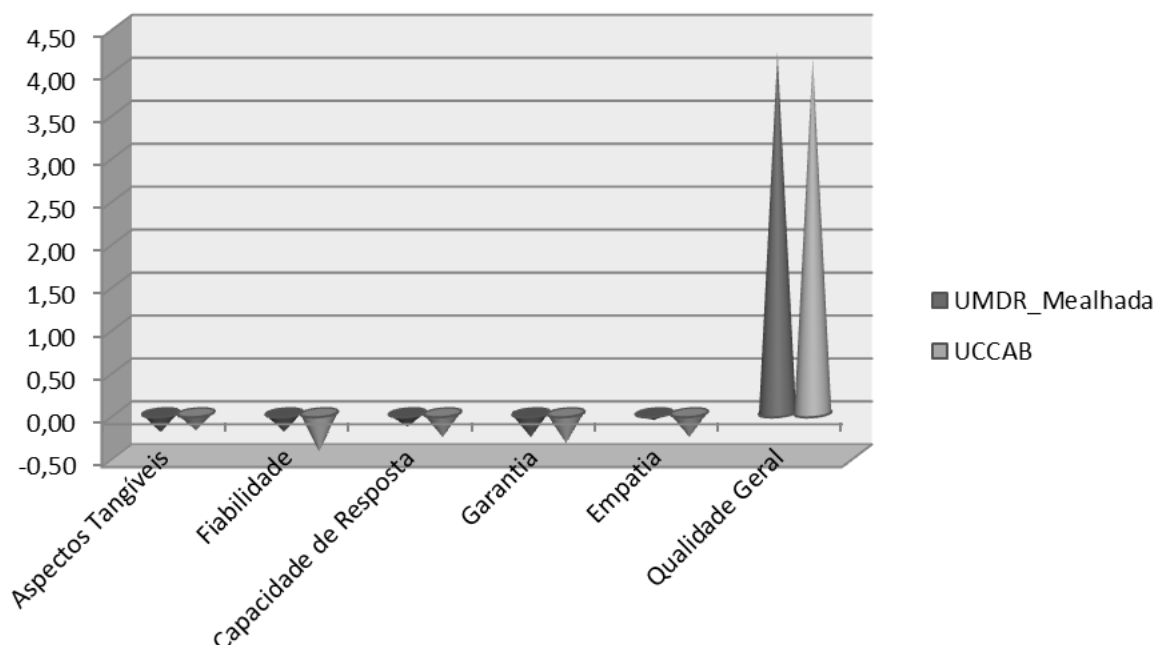


Gráfico 7. Avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes internos, por dimensão, por qualidade geral e por UCC.

De modo a complementar a avaliação da qualidade, considera-se pertinente identificar as dimensões da qualidade que os clientes internos identificam como sendo de maior importância. Neste sentido calcularam-se as médias (M) e desvio-padrão (DP) da importância atribuída para cada dimensão da qualidade e para cada UCC, e realizou-se o teste *t-student* para amostras independentes, com respetivos níveis de significância (p):

Importância		Clientes Internos			
		M	DP	t	p
UCCMDR_Mealhada	Aspectos Tangíveis	4,1667	,53489	-,556	,567
	Fiabilidade	4,3065	,54570	-1,74	,087
	Capacidade de Resposta	4,1048	,47335	-2,32	,024
	Garantia	4,6694	,37298	-,089	,929
	Empatia	4,5887	,44266	,055	,956
UCCAB	Aspectos Tangíveis	3,5833	,52917	-,576	,567
	Fiabilidade	3,6313	,48222	-1,74	,087
	Capacidade de Resposta	3,6406	,58523	-2,32	,024
	Garantia	3,7344	,54231	-,089	,929
	Empatia	3,6750	,51494	,055	,956

Tabela 24 – Importância atribuída pelos clientes internos por dimensões, para cada UCC.

ANÁLISE: Apenas se verifica uma diferença significativa marginal na avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes internos, na dimensão fiabilidade ($p=0.085$), sendo que, na UCCAB, as perceções da qualidade pelos clientes internos, não superaram as suas expectativas, de forma mais acentuada do que na UCCMDR da Mealhada.

Dado que para todas as restantes dimensões da qualidade, a diferença na avaliação da qualidade pelos clientes internos, em cada UCC, não é significativa e na dimensão fiabilidade é apenas uma diferença marginal, a hipótese 6 do estudo não se confirma. Não é possível afirmar que o contrário se verifica, ou seja, que na UCC não acreditada, para a dimensão fiabilidade, a avaliação da qualidade pelos clientes internos é superior, dado que o nível de significância é baixo.

De referir que para ambas UCC, as expectativas são sempre superiores às perceções da qualidade dos serviços, em todas as dimensões da qualidade, o que se reflete nas médias negativas da avaliação da qualidade dos serviços. Torna-se pertinente referir que existem aspetos que não são possíveis contornar e que podem influenciar esta avaliação, sendo o mais relevante o facto de os profissionais estarem a avaliar as expectativas de uma UCC, da qual fazem parte enquanto profissionais e na qual exercem funções. Possivelmente poderão ter sido apontadas expectativas do que seria o desejo e não do que de facto se espera de uma UCC.

Analisando a qualidade geral, verifica-se que também não existem diferenças estatisticamente significativas entre os clientes internos das duas UCC.

Os estudos de Lopes (2007) poderão constituir um elemento explicativo parcial dos resultados encontrados para esta ausência de diferenças significativas na avaliação da qualidade por parte dos clientes internos, na UCC acreditada e não acreditada.

O estudo desenvolvido (por Manzo *et al.* 2012a) acrescenta ainda como aspetos negativos do processo de acreditação o *stress* e a pouca valorização profissional. Neste sentido, a baixa valorização profissional, poderá traduzir-se numa avaliação da qualidade abaixo do que seria esperado pelos clientes internos de uma UCC acreditada.

O facto de a UCCAB ser acreditada há relativamente pouco tempo (desde Março de 2012), poderá corroborar a justificação atribuída aos resultados encontrados. Contudo, esta justificação carece de estudos que sustentem e estabeleçam claramente esta relação de causa-efeito.

Relativamente à importância que os clientes internos atribuem às dimensões da qualidade, constata-se que é na dimensão capacidade de resposta que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as duas UCC, sendo na UCCMDR da Mealhada que os clientes internos atribuem maior importância à referida dimensão.

6.2.9. Análise Complementar da Avaliação da Qualidade

Com o objetivo de realizar uma análise complementar, no âmbito da avaliação da qualidade dos serviços, e que poderá constituir um contributo importante para a gestão das UCC, considerou-se pertinente comparar as expectativas com as perceções da qualidade para os clientes internos e para os clientes externos separadamente, para a UCCMDR da Mealhada e UCCAB, separadamente.

A comparação da avaliação da qualidade dos serviços explanada na secção (6.2.5. e 6.2.8.), permitiu analisar se as diferenças nessa avaliação por parte dos clientes internos e clientes externos são significativas, comparando as UCC.

Por sua vez, a análise complementar da avaliação da qualidade, pretende verificar se as discrepâncias entre as expectativas e performance em cada dimensão da qualidade, por clientes internos e por clientes externos e por UCC são significativas.

A tabela seguinte apresenta as médias (M) e desvio padrão (DP), por expectativa (E) e por perceção da qualidade (P) por clientes internos e clientes externos para cada dimensão da qualidade e por UCC. Colocam-se ainda os resultados dos testes *t-student* (t) e significância (p):

Avaliação da Qualidade		Clientes Internos						Clientes Externos					
		E		P		t	p	E		P		t	p
		M	DP	M	DP			M	DP	M	DP		
UCCMDR_Mealhada	Aspectos Tangíveis	4,48	,37	4,25	,44	2,42	,022	4,25	,39	4,14	,37	1,44	,159
	Fiabilidade	4,40	,43	4,18	,38	2,16	,039	4,12	,34	4,20	,39	-1,15	,256
	Capacidade de Resposta	4,11	,59	3,94	,57	1,49	,147	4,05	,39	4,14	,41	-1,19	,243
	Garantia	4,78	,34	4,49	,44	3,56	,001	4,30	,39	4,25	,41	,53	,602
	Empatia	4,55	,39	4,47	,38	,88	,382	4,20	,34	4,15	,36	,60	,550
UCCAB	Aspectos Tangíveis	4,55	,36	4,34	,40	2,60	,014	4,64	,40	4,64	,42	-,062	,951
	Fiabilidade	4,66	,33	4,21	,49	5,19	,000	4,67	,44	4,40	,73	1,990	,056
	Capacidade de Resposta	4,27	,42	3,99	,64	2,86	,008	4,65	,47	4,49	,58	1,454	,156
	Garantia	4,78	,29	4,43	,47	4,31	,000	4,75	,43	4,61	,49	1,583	,124
	Empatia	4,57	,49	4,29	,56	2,72	,011	4,56	,53	4,57	,55	-,105	,917

Tabela 25 – Avaliação complementar da qualidade por dimensão da qualidade e por UCC.

ANÁLISE: Na UCCMDR da Mealhada, relativamente aos clientes internos verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$), nas dimensões da qualidade: aspetos tangíveis e fiabilidade e muito significativa ($p \leq 0.01$) na dimensão da qualidade: garantia, sendo as expetativas superiores às perceções da qualidade dos serviços. No que respeita aos clientes externos, não se constatam diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à UCCAB – clientes internos, verificam-se diferenças estatisticamente muito significativas nas dimensões da qualidade: aspetos tangíveis ($p=0.014$), capacidade de resposta ($p=0.008$) e empatia ($p=0.011$) e altamente significativas ($p=0.000$) nas dimensões fiabilidade e garantia, sendo as expetativas superiores às perceções da qualidade. Nos clientes externos, apenas se constata uma diferença marginalmente significativa ($p=0.056$) na dimensão da qualidade fiabilidade: os clientes externos apresentam expetativas superiores às perceções da qualidade, nessa dimensão.

Na UCCAB, relativamente aos clientes internos, a justificação dos resultados está de acordo com o que foi referido anteriormente no capítulo 6.2.8., em relação ao potencial enviesamento resultante do facto dos profissionais avaliarem as expetativas de uma UCC na qual desempenham funções.

O facto das expetativas serem significativamente superiores às perceções da qualidade, nos clientes internos da UCCAB, poderá estar também associado com o facto dos profissionais possuírem conhecimento prévio da acreditação da UCC em questão, tendo como resultado um inflacionamento das suas expetativas em todas as dimensões da qualidade e indo de encontro ao que o referido por Feldman *et al.* (2005, p.218) relativamente ao processo de acreditação: “proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expetativas do paciente.”

No que respeita aos clientes externos, as expetativas superiores às perceções da qualidade na dimensão fiabilidade poderão ser explicadas com o possível conhecimento prévio por parte dos clientes externos da acreditação da UCCAB e que eventualmente inflacionou as suas expetativas.

6.2.10. Impacto da Acreditação na Qualidade do Serviço

De modo a testar a hipótese 7: os clientes internos percecionam que a acreditação apresenta um impacto positivo nas dimensões da qualidade dos serviços, realizou-se uma análise estatística descritiva, obtendo os resultados da média (M), moda (MO), desvio-padrão (DP), máximo (MAX) e mínimo (MIN), que se apresentam seguidamente:

Acreditação	Dimensões da qualidade	M	MO	DP	MAX	MIN
	Aspectos Tangíveis	3,9844	5,00	1,04136	5,00	0,00
	Fiabilidade	3,7438	4,00	1,18511	5,00	0,00
	Capacidade de Resposta	3,7656	4,00	1,12152	5,00	0,00
	Garantia	3,9453	4,00	1,08274	5,00	0,00
	Empatia	3,8188	4,00	1,34822	5,00	0,00

Tabela 26 – Impacto da acreditação nas dimensões da qualidade dos serviços.

ANÁLISE: Os resultados das médias ($M \approx 4$) permitem afirmar que os clientes internos da UCCAB consideram que a acreditação tem um impacto positivo em todas as dimensões da qualidade dos serviços.

Neste sentido, confirma-se a hipótese 7 do estudo. Esta constatação é corroborada na revisão da literatura com as investigações levadas a cabo por El-jardali *et al.* (2008) e Sampaio (2011).

No sentido de testar a hipótese 8 formulada: para os clientes internos da UCC acreditada, quanto mais positivo for o impacto percebido da acreditação, melhor a avaliação da qualidade do serviço pelos mesmos, realizou-se o teste de correlação de Pearson (R) entre o impacto da acreditação e a avaliação da qualidade dos serviços (P-E), para cada dimensão da qualidade e os respetivos níveis de significância (p), que se apresentam na tabela abaixo:

N=32		Correlação (R) e Significância (p)	Acreditação				
			Aspectos Tangíveis	Fiabilidade	Capacidade de Resposta	Garantia	Empatia
Qualidade do Serviço	Aspectos Tangíveis	R	,199	,107	,043	,027	,101
		p	,275	,561	,814	,885	,581
	Fiabilidade	R	,264	,159	,301	,235	,169
		p	,144	,383	,094	,196	,354
	Capacidade de Resposta	R	,577**	,570**	,618**	,553**	,476**
		p	,001	,001	,000	,001	,006
	Garantia	R	,433*	,231	,373*	,311	,252
		p	,013	,203	,035	,083	,164
	Empatia	R	,360*	,332	,444*	,334	,260
		p	,043	,064	,011	,062	,150

Tabela 27 – Correlação de Pearson entre acreditação e avaliação da qualidade, por dimensões.

ANÁLISE: Analisando as correlações do impacto da acreditação com a avaliação da qualidade dos serviços, para a mesma dimensão da qualidade, verifica-se que apenas para a dimensão da qualidade: capacidade de resposta, a correlação é positiva moderada ($R=0,618$) e altamente significativa ($p=0,000$), ou seja quando aumenta o impacto da

acreditação, aumenta a avaliação da qualidade do serviço pelos clientes internos da UCC acreditada, apenas na dimensão capacidade de resposta.

As correlações do impacto da acreditação com a avaliação da qualidade dos serviços, para a mesma dimensão da qualidade, para cada uma das restantes dimensões da qualidade: aspetos tangíveis, fiabilidade e empatia, apesar de se constatarem correlações positivas com associações lineares muito baixas e baixas, estas não são significativas estatisticamente, dado que p é sempre superior a 0,05.

Importa analisar que se verificam correlações positivas moderadas ($0,4 < R < 0,69$) altamente significativas ($p \leq 0,001$) e/ou muito significativas ($p \leq 0,01$) entre o impacto da acreditação nas dimensões da qualidade: aspetos tangíveis, fiabilidade, garantia e empatia, e a avaliação da qualidade dos serviços na dimensão capacidade de resposta, pelos clientes internos da UCC acreditada.

Torna-se pertinente referir que, para além do descrito anteriormente: o impacto da acreditação na dimensão capacidade de resposta apresenta uma correlação positiva com a avaliação da qualidade dos serviços, para a mesma dimensão, constata-se ainda, que o impacto da acreditação na dimensão capacidade de resposta apresenta simultaneamente uma correlação positiva moderada ($R=0,444$) e muito significativa ($p=0,01$) com a avaliação da qualidade do serviço na dimensão empatia e uma correlação positiva baixa ($R=0,373$) e significativa ($p=0,035$) com a avaliação da qualidade do serviço na dimensão garantia.

Verifica-se que existe correlação positiva moderada ($R=0,433$) e muito significativa ($p=0,013$), bem como uma correlação positiva baixa ($R=0,360$) e significativa ($p=0,043$) entre o impacto da acreditação na dimensão aspetos tangíveis e a avaliação da qualidade dos serviços nas dimensões garantia e empatia.

Analisando estes resultados, a hipótese 8 não se confirma de forma integral, ou seja, não se pode afirmar que quanto mais positivo o impacto percecionado da acreditação pelos clientes internos da UCC acreditada, melhor a avaliação da qualidade dos serviços pelos mesmos, dado que este facto não se confirma para todas as dimensões da qualidade.

As inferências que se podem realizar são que, para os clientes internos da UCC acreditada:

- Quanto mais positivo for o impacto da acreditação em todas as dimensões da qualidade, melhor a avaliação da qualidade dos serviços na dimensão da qualidade capacidade de resposta;
- Quanto maior o impacto da acreditação na dimensão capacidade de resposta, maior é a avaliação da qualidade do serviço para a mesma dimensão e para as dimensões garantia e empatia;

- Quanto mais positivo for o impacto da acreditação na dimensão aspetos tangíveis, melhor a avaliação da qualidade dos serviços nas dimensões garantia e empatia.

Procurando sistematizar a análise, sugere-se o seguinte gráfico:

Legenda: ● Correlação positiva estatisticamente significativa

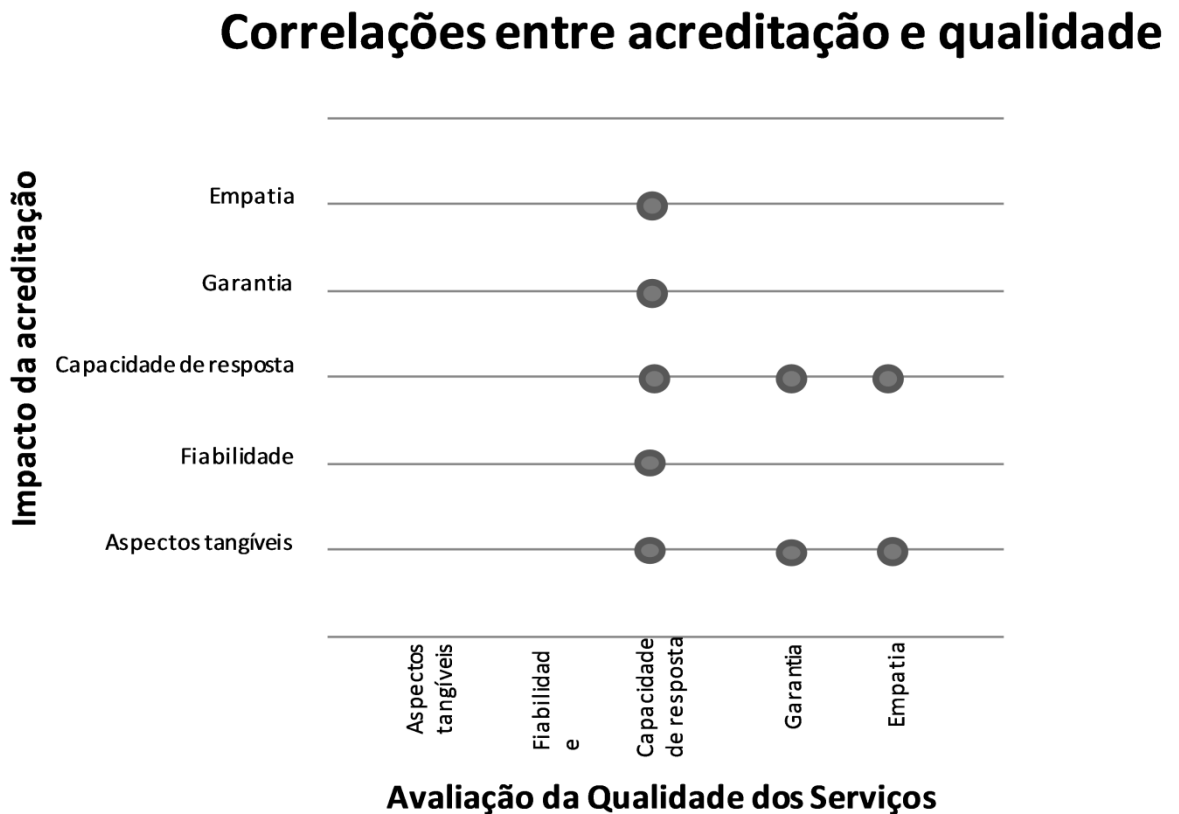


Gráfico 8. Correlações entre acreditação a avaliação da qualidade, por dimensões da qualidade.

ANÁLISE: Constata-se pela análise dos resultados que, na perspectiva dos clientes internos, o impacto da acreditação não se correlaciona com a avaliação da qualidade dos serviços, para todas as dimensões da qualidade.

O impacto positivo da acreditação em todas as dimensões da qualidade repercute-se na melhor avaliação da qualidade dos serviços na dimensão capacidade de resposta, ou seja, quando os profissionais percebem que a acreditação conduziu a uma modificação positiva nos aspetos tangíveis, fiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia, avaliam de forma positiva a qualidade do serviço no que se refere à capacidade de ajudar prontamente os clientes, ligada a aspetos de prontidão e utilidade.

De acordo com Manzo *et al.* (2012a) é necessário que os profissionais compreendam a lógica do processo de acreditação de modo a alcançar a qualidade dos cuidados desejada. A compreensão e visão integral desta filosofia da acreditação por parte dos profissionais

nas dimensões da qualidade possivelmente terá sido o fator que levou os clientes internos a avaliarem melhor a qualidade na capacidade de resposta. A literatura existente não permite justificar o facto do positivo impacto da acreditação em todas as dimensões da qualidade, apenas estar correlacionado com uma melhor avaliação da qualidade na dimensão capacidade de resposta.

Por sua vez, o simples facto dos profissionais percecionarem um impacto positivo da acreditação na dimensão da qualidade capacidade de resposta, induz uma melhor avaliação da qualidade dos serviços nas dimensões garantia e empatia.

A dimensão da qualidade: capacidade de resposta parece estar relacionada com a função “cuidados e serviços de suporte” do manual da JCI (2004, p.67), que refere que “a principal função de uma organização de saúde é o cuidado ao indivíduo. Fornecer o melhor cuidado e serviços em unidades que dão suporte e respondem a cada necessidade, requer um alto nível de planeamento e coordenação. Certas atividades são básicas para cuidar do indivíduo. Estas atividades incluem planeamento e prestação de cuidado e serviço para cada indivíduo, monitorando-o para entender os resultados do cuidado, modificando o cuidado quando necessário, complementando o cuidado e planejando o acompanhamento. Muitos profissionais médicos, de enfermagem, de farmácia, de reabilitação e outros são responsáveis por estas atividades. Cada profissional tem um papel claro no cuidado ao indivíduo.”

Dado ser uma função da acreditação que responsabiliza e que está intimamente relacionada com a prestação de cuidados direta por parte dos profissionais, poderá constituir um fator explicativo da correlação positiva entre o impacto da acreditação na capacidade de resposta e a avaliação da qualidade nos aspetos relacionados com o conhecimento e cortesia do pessoal e respetiva capacidade de inspirar confiança aos clientes (garantia) e capacidade de prestar um serviço atencioso e personalizado (empatia), aspetos estes que vão de encontro aos pressupostos da função descrita.

A perceção de um impacto positivo da acreditação na dimensão da qualidade aspetos tangíveis está relacionada com uma melhor avaliação da qualidade na capacidade de resposta (analisado anteriormente), na garantia e empatia.

A dimensão da qualidade aspetos tangíveis, parece estar relacionada com a função “gestão do ambiente e segurança” do manual da JCI (2004, p.143) que refere que “as organizações de saúde trabalham para promover um ambiente seguro, funcional e operacional para pacientes, familiares, profissionais e visitantes. Para alcançar este objetivo, o ambiente físico da organização, equipamentos médicos e outros e pessoas devem ser efetivamente gerenciados. (...) Para o desempenho dos profissionais estão designadas responsabilidades para dar suporte a segurança do paciente e do ambiente do paciente em relação ao equipamento médico.”

Se existe um impacto positivo da acreditação nesta dimensão da qualidade, torna-se clara a correlação positiva com a avaliação da qualidade dos serviços na dimensão garantia que está relacionada com a capacidade de transmitir segurança e que vai de encontro aos estudos de Al-Awa *et al.* (2011) que concluem que a acreditação tem um impacto positivo na segurança do paciente. No que respeita à dimensão empatia ligada ao cuidado e atenção individualizada ao utente, pode considerar-se que a avaliação da qualidade positiva nesta dimensão, estará eventualmente relacionada com as questões de responsabilidade dos profissionais em dar suporte a segurança e ambiente, relativamente aos equipamentos e consequentemente relacionada com o impacto positivo na dimensão aspetos tangíveis.

6.3. Conclusões

Os clientes externos da UCC acreditada apresentam expectativas superiores aos clientes externos da UCC não acreditada, em todas as dimensões da qualidade. Quanto às perceções da qualidade, os clientes externos da UCC acreditada, apresentam perceções da qualidade dos serviços superiores às da UCC não acreditada, excetuando a dimensão da qualidade fiabilidade, dado que não apresenta diferenças significativas entre as UCC.

Contudo, quanto à avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes externos, as diferenças que se constatarem refutam a hipótese formulada, dado que se verifica que essas diferenças apenas são significativas nas dimensões capacidade de resposta e fiabilidade, sendo que na UCC não acreditada a avaliação da qualidade é superior à UCC acreditada.

Os clientes internos da UCC acreditada apresentam expectativas superiores aos clientes internos da UCC não acreditada, apenas na dimensão fiabilidade. No que se refere às perceções da qualidade por parte dos clientes internos, verifica-se que não existem diferenças significativas entre a UCC acreditada e a UCC não acreditada: os clientes internos apresentam perceções da qualidade similares nas duas UCC.

No que respeita à avaliação da qualidade dos serviços por parte dos clientes internos, os resultados indicam que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação na UCC acreditada e na UCC não acreditada.

No âmbito do impacto da acreditação sobre as dimensões da qualidade, os clientes internos da UCC acreditada, percecionam um impacto positivo.

No que se refere ao impacto da acreditação, sobre a avaliação da qualidade dos serviços, na perspectiva dos clientes internos, as correlações positivas significativas, ou seja, quando uma aumenta, a outra também aumenta verificam-se entre:

- O impacto da acreditação em todas as dimensões da qualidade e a avaliação da qualidade na dimensão capacidade de resposta;
- O impacto da acreditação na dimensão aspetos tangíveis e a avaliação da qualidade nas dimensões garantia e empatia;
- O impacto da acreditação na dimensão capacidade de resposta e a avaliação da qualidade nas dimensões garantia e empatia.

Capítulo 7

7. Conclusões

O presente capítulo tem por objetivo dar resposta às questões de investigação formuladas, com base na análise e discussão dos resultados efetuada anteriormente e responder aos propósitos do estudo; referir os novos conhecimentos e contributos para a gestão; e analisar as limitações e sugestões para estudos futuros.

7.1. Conclusões de Trabalho

Respondendo à primeira questão de investigação, pode afirmar-se que existem diferenças na avaliação da qualidade dos serviços por parte dos clientes externos nas dimensões capacidade de resposta e fiabilidade, sendo a avaliação superior na UCC não acreditada.

No âmbito da avaliação da qualidade dos serviços na ótica dos clientes internos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas UCC, dando assim resposta à segunda questão de investigação.

Relativamente à terceira questão de investigação que procura identificar qual o impacto da acreditação nas dimensões da qualidade dos serviços, na perspetiva dos clientes internos da UCC acreditada, pode afirmar-se que é positivo, ou seja, os clientes internos da UCC acreditada, consideram que a acreditação tem um impacto positivo em todas as dimensões da qualidade dos serviços.

No que respeita à existência de relação entre o impacto percebido da acreditação e a avaliação da qualidade dos serviços e respondendo à quarta questão de investigação, a resposta não é linear, na medida em que a correlação não se verifica em todas as dimensões da qualidade dos serviços (ver subsecção 6.2.10), sendo o resultando mais

consistente entre o impacto da acreditação na avaliação da qualidade na dimensão capacidade de resposta.

Os objetivos da investigação foram atingidos, na medida em que foram avaliadas de forma bem-sucedida as expectativas e perceções da qualidade dos serviços na perspetiva dos clientes externos e internos da UCCMDR da Mealhada (UCC não acreditada) e da UCCAB (UCC acreditada). Esta captação das expectativas e perceções da qualidade tinha como fim último avaliar a qualidade dos serviços na ótica dos clientes externos e clientes internos, comparando a UCC acreditada com a UCC não acreditada, tendo também este objetivo sido atingido.

Com os resultados provenientes dessas análises, pretendia-se compreender se as diferenças entre a UCC acreditada e não acreditada eram significativas, de modo a justificar a continuidade do envolvimento das UCC em processos de acreditação.

Neste âmbito verifica-se que os resultados não são consistentes porque, apesar de em termos de avaliação da qualidade dos serviços, as diferenças não serem significativas (no caso clientes internos) ou de se constar que na UCC não acreditada a avaliação da qualidade é superior (clientes externos), a análise das expectativas e perceções da qualidade indicam que estas são superiores na UCC acreditada (para os clientes externos) e que as expectativas dos clientes internos também são superiores na dimensão fiabilidade.

A aliar aos aspetos referidos, torna-se pertinente relevar os resultados positivos do impacto da acreditação nas dimensões da qualidade dos serviços, bem como das correlações positivas para determinadas dimensões da qualidade, entre o impacto percebido da acreditação e a avaliação da qualidade, na perspetiva dos clientes internos.

Neste sentido, apesar das discrepâncias referidas, considera-se pertinente o envolvimento das UCC em processos de acreditação, na medida em que, tomando como foco/alvo principal da prestação de serviços o cliente externo, as expectativas e perceções da qualidade melhoram com a acreditação. O facto de, na ótica dos clientes internos, o impacto da acreditação ser positivo nas dimensões da qualidade dos serviços, bem como o facto de aumentar a avaliação da qualidade dos serviços em algumas dimensões da qualidade, parece igualmente justificar a aposta na acreditação por parte das UCC.

Contributos para a gestão:

O presente estudo contribuiu com análises pertinentes no âmbito da gestão da qualidade dos serviços, na medida em que permitiu compreender em que dimensões da qualidade

dos serviços, a avaliação da qualidade na ótica dos clientes externos e internos, se encontram as maiores lacunas e agir em conformidade.

No âmbito da avaliação da qualidade dos serviços relativamente aos clientes externos, verifica-se que as discrepâncias entre as perceções e expectativas não são estatisticamente significativas. O *benchmarking* entre as duas UCC poderá trazer mais-valias, uma vez que se verifica que as dimensões da qualidade em que as perceções não superam as expectativas, são divergentes nas duas UCC: a UCC acreditada apresenta piores resultados nas dimensões capacidade de resposta e fiabilidade, enquanto a UCC não acreditada apresenta *scores* inferiores nas dimensões aspetos tangíveis e empatia.

No que se refere à avaliação da qualidade por parte dos clientes internos, as discrepâncias entre as expectativas e perceções da qualidade são estatisticamente significativas para todas as dimensões (exceto empatia e capacidade de resposta para a UCC não acreditada, em que as perceções se aproximam das expectativas, mas não as ultrapassam). Esta análise levanta a necessidade do desenvolvimento exaustivo de um trabalho de investigação junto dos profissionais por parte da gestão, para ambas UCC, de modo a compreender os motivos inerentes a esta discrepância, no sentido de melhorar a performance das instituições.

Para terminar, importa referir que a acreditação conduz a ganhos internos significativos que se repercutem nas dimensões da qualidade. Contudo, gera demasiadas expectativas nos clientes externos, acentuando o gap entre expectativas e perceções, tendo como resultado uma avaliação da qualidade inferior.

Neste sentido, as questões de marketing da acreditação deve ser ponderadas, de forma a moderar a mensagem que chega ao cliente externo e por outro lado, devem ser valorizados os ganhos para o cliente interno, de modo a aumentar a sua perceção da qualidade equilibrando expectativas e perceções, de modo a alcançar elevados níveis de avaliação da qualidade dos serviços.

7.2. Limitações do Estudo e Sugestões de Estudos Futuros

À semelhança de outras investigações, o presente estudo não é isento de limitações, apresentadas seguidamente.

De acordo com Babakus e Mangold (1992), a escala SERVQUAL mede apenas a qualidade funcional que se define como a forma como os serviços são prestados ao paciente e acrescenta que a qualidade técnica (foco da acreditação) também deve ser monitorizada

e gerida de forma efetiva. Contudo e segundo os mesmos autores, uma vez que os utentes não conseguem aceder de forma precisa à qualidade técnica dos serviços, a qualidade funcional é o determinante primário das perceções da qualidade, pelos utentes.

Neste sentido sugere-se para estudos futuros, a introdução de métricas que visem a avaliação da qualidade técnica e consequentemente da acreditação. Na sequência dos estudos do impacto da acreditação em UCC, sugere-se a utilização de indicadores de qualidade em saúde, bem como análises das fases pré e pós acreditação. A utilização da metodologia qualitativa também se torna pertinente, dado que o estudo em UCC é incipiente e as investigações de cariz exploratório são adequadas. Por sua vez, a incipiência do estudo condicionou a revisão da literatura, bem como a discussão fortemente sustentada das hipóteses.

Considera-se que uma análise de custos-benefícios, bem como uma análise do impacto da acreditação na avaliação da qualidade na perspetiva dos clientes externos, poderia ser importante para consolidar ou refutar a justificação do envolvimento das UCC em processos de acreditação.

O facto de se terem analisado apenas duas UCC: uma acreditada e outra não acreditada, poderá ter limitado o estudo, nomeadamente na significância dos resultados. Consequentemente, considera-se relevante dar continuidade ao presente estudo e alargar a investigação a outras UCC acreditadas e não acreditadas.

Outra limitação do estudo prende-se com a recente acreditação da UCC investigada: a UCCAB encontra-se acreditada apenas desde Março de 2012, o que se repercute em dois aspetos: o tempo que decorreu desde a acreditação até ao final da recolha de dados poderá não ter sido suficiente para captar os resultados decorrentes do impacto da acreditação e/ou não foi tempo suficiente para obter resultados significativos decorrentes da acreditação.

Existe uma diferença significativamente estatística nas características da amostra e que poderá eventualmente ter condicionado diferentes respostas: as amostras não são comparáveis quanto ao sexo. Outro aspeto relacionado com a amostra e que, apesar das UCC investigadas não apresentarem diferenças significativamente estatísticas neste âmbito, considera-se que o facto de não ter sido sempre o recetor direto dos cuidados (utente) a avaliar a UCC nos termos que foram solicitados, tendo sido maioritariamente o familiar/cuidador a responder ao questionário (57,6% na UCCMDR da Mealhada e 74,2% na UCCAB), poderá ter introduzido enviesamento nos resultados.

A dimensão da amostra, do ponto de vista estatístico, considera-se mínima para a aplicação dos testes paramétricos (30 questionários). Fica a questão se os resultados

teriam sido estatisticamente diferentes se fossem inquiridos mais sujeitos. A reduzida dimensão da amostra justifica-se na medida em que os períodos de internamento, por utente em UCC de média duração e reabilitação são longos (90 dias), podendo em alguns casos serem prorrogados até mais 90 dias, sendo baixa a rotatividade de utentes; a ocorrência de óbitos nas UCC também condicionou a dimensão da amostra, bem como a disponibilidade dos familiares/cuidadores para responderem aos questionários, quando os utentes não possuíam capacidades para tal. Sugere-se neste sentido e uma vez mais, a continuidade no tempo do presente estudo, para a obtenção de dados e resultados mais concisos e concludentes.

7.3. Nota pessoal final

Como nota pessoal final, torna-se pertinente referir que, apesar do difícil percurso ao longo de um ano de elaboração da presente dissertação; das angústias geradas pelo tempo que passava e da incógnita que seria a obtenção de questionários suficientes para constituir uma amostra estatisticamente significativa; das dificuldades que surgiram na discussão dos resultados devido ao escasso suporte da literatura, tendo valido o *know how* da autora, enquanto profissional de saúde integrante numa UCC, considera-se que se conseguiu chegar a bom porto e que os conhecimentos advindos deste trabalho de investigação trazem importantes contributos no âmbito das funções de coordenação que exerce na UCC, identificando os gap existentes, redefinindo e ou aperfeiçoando as práticas profissionais e/ou institucionais, de modo a ir de encontro à excelência da qualidade dos serviços.

Referências

Saúde XXI: Programa Nacional da Saúde 2000-2006. (2000). In U. Europeia (Eds.) Available from <http://www.qca.pt/pos/download/2000/saude.pdf>

al Awa, B., de Wever, A., Almazrooa, A., Habib, H., al-Noury, K., el Deek, B., et al. (2011c). The impact of accreditation on patient safety and quality of care indicators at King Abdulaziz University Hospital in Saudi Arabia. *Research Journal of Medical Sciences*, 5(1), 43-51.

al Awa, B., Jacquery, A., Almazrooa, A., Habib, H., al-Noury, K., el Deek, B., et al. (2011b). Comparison of patient safety and quality of care indicators between pre and post accreditation periods in King Abdulaziz University Hospital. *Research Journal of Medical Sciences*, 5(1), 61-66.

al-Awa, B., de Wever, A., Melot, C., & Devreux, I. (2011c). An overview of patient safety and accreditation: A literature review study. *Research Journal of Medical Sciences*, 5(4), 200-223.

Alhatmi, Y. S. (2010). Quality audit experience for excellence in healthcare. 15, 113-127.

Almoajel, A. M. (2012). Relationship between accreditation and quality indicators in hospital care: A review of the literature. *World Applied Sciences Journal*, 17(5), 598-606.

Arroyo, C. S. (2007). *Qualidade de Serviços de Assistência à Saúde: o Tempo de Atendimento da Consulta Médica*. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, São Paulo.

Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.

Boto, P., Costa, C., & Lopes, S. (2008). Acreditação, benchmarking e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 103-116. Retrieved from http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/vtematicon7_E-05-2008.pdf

Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8-32.

Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.

Chasm, C. t. Q. (2001). A New Health System for the 21st Century (Free Executive Summary). In I. o. M. Committee on Quality of Health Care in America (Eds.) Available from <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>

CHKS. (2007-2012). The CHKS Story. Retrieved 06 de Fevereiro de 2012, from <http://www.chks.co.uk/index.php?id=528>

DGS. (2004). Volume II - Orientações estratégicas: Qualidade em saúde - Qualidade da prestação de serviços de saúde In Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde (Ed.), Plano Nacional de Saúde 2004/2010.

DGS. (2011). Estratégias para a Saúde III.3) Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde (Versão Discussão). In Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde (Ed.), Plano Nacional de Saúde 2011/2016.

DGS-DQS. Estratégia Nacional Para a Qualidade na Saúde » Prioridades Estratégicas. Retrieved 29 de Outubro 2011, from <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>

DQS, D.-. (2011). Manual de Acreditação de Unidades de Saúde - Gestão Clínica

El-jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: Perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 363-371.

ERS. (2011). Sistema Nacional de Avaliação em Saúde - melhores cuidados, melhores resultados. Retrieved 28 de Novembro de 2011, from <http://www.websinas.com/sinas/about.html>

Feldman, L. B., Gatto, M. A. F., & Cunha, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 213-219.

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

França, M. Programa de Acreditação do KFHQS: o que é, os destinatários, as vantagens. Projectos IQS, 16-20

François, P., & Pomey, M. P. (2005). Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français, jeux d'acteurs et transformations induites. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 53, Supplement 1(0), 4-11.

Geraedts, H. P. A., Montenarie, R., & Hendriks, M. J. (1999). The benefits of ISO certification and Total Quality management on a radiology department. *MedicaMundi*, 43(4), 51-55

Gonzalez, R. V. D., & Martins, M. F. (2007). Melhoria contínua no ambiente ISO 9001:2000: estudo de caso em duas empresas do setor automobilístico. *Produção*, 17, 592-603.

Grant, N. K., Reimer, M., & Bannatyne, J. (1996). Indicators of quality in long-term care facilities. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 469-478.

Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172-183.

Guerreiro, I. (2011). Crescer com qualidade. *Revista da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados*, 27.

Hall, A., Neves, C., & Pereira, A. (2011). Grande maratona de estatística no SPSS. Lisboa: Escolar Editora.

HCI-USAID. Improvement Methods. Retrieved 12 de Novembro de 2011, from http://www.hciproject.org/improvement_tools/improvement_methods

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

IAPMEI. (2001). Certificação de sistemas de gestão da qualidade nas organizações. Retrieved 08 de Dezembro de 2011, from <http://www.iapmei.pt/iapmei-art-03.php?id=338>

ISO. (2011). About ISO. Retrieved 04 de Dezembro de 2011, from <http://www.iso.org/iso/about.htm>

ISO. (2011). Who standards benefits. Retrieved 04 de Dezembro de 2011, from http://www.iso.org/iso/about/discovers-iso_who-standards-benefits.htm

JCI. JCI Accredited Organizations. Retrieved 26 de Outubro de 2011, from <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>

JCI. Sobre a Joint Commission International. Retrieved 26 de Outubro de 2011, from <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/About-JCI/>

JCI. (2007). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais (3ª ed.). EUA.

JCI&CBA. (2004). Manual Internacional de Padrões de Acreditação para Cuidados Continuados (1ª ed.). Rio de Janeiro.

Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (1999). Juran's Quality Handbook. In McGraw-Hill (Eds.)

LIMA, H. D. O. (2010). A Aplicação da Acreditação aos Hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG PRO-HOSP. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

Lopes, M. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro (Relatório Preliminar)

Lopes, M. S. O. C. (2007). A gestão da qualidade no hospital : impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa Leiria.

Manzo, B. F., Ribeiro, H. C. T. C., Brito, M. J. M., & Alves, M. (2012a). Nursing in the hospital accreditation process: Practice and implications in the work quotidian. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: Atuação e implicações no cotidiano de trabalho, 20(1), 151-158.

Manzo, B. F., Ribeiro, H. C. T. C., Brito, M. J. M., Alves, M., & Feldman, L. B. (2012b). Implicaciones del proceso de acreditación para los pacientes desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. Enfermeria Global, 11(1), 262-271.

Marques, J. M. M. (2010). Qual dos Modelos 'SERVQUAL' ou 'SERVPERF' Será Mais Adequado Para Avaliação da Qualidade do Serviço de E-Procurement no Ministério da Cultura? Unpublished Mestrado em Comércio Electrónico e Internet, Universidade Aberta.

McCarthy, P. M., & Keefe, T. J. (1999). A Measure of Staff Perceptions of Quality-Oriented Organizational Performance: Initial Development and Internal Consistency. Journal of Quality Management, 4(2), 185-206.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde : princípios básicos*. São Paulo: Manolo.

Nogueira, G. (2011). *Auditorias Internas em Cuidados Continuados*. Santa Comba Dão.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.

Pasternak, D. P. (2008). Joint Commission International. Paper presented at the IHI/BMJ International Forum on Quality and Safety in Health Care.

Pereira, A. (2008). *Guia prático de utilização do SPSS: análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Quimbo, S. A., Peabody, J. W., Shimkhada, R., Woo, K., & Solon, O. (2008). Should we have confidence if a physician is accredited? A study of the relative impacts of accreditation and insurance payments on quality of care in the Philippines. *Social Science & Medicine*, 67(4), 505-510.

RNCCI. *Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social*. Retrieved 29 de Outubro de 2011, from <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>

RNCCI. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Retrieved 11 de Novembro de 2011, from http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf

Rooney, A. L., & Ostenberg, P. R. v. (1999). *Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*.

Sá, C. N. D. d. R. e. (2010). *Avaliação da monitorização do sistema de qualidade de um serviço de saúde*. Unpublished Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Salomi, G. G. E., Miguel, P. A. C., & Abackerli, A. J. (2005). SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Gestão & Produção*, 12, 279-293.

Sampaio, V. R. G. (2011). *Percepções sobre qualidade na saúde: efeitos da acreditação*. Unpublished Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Shaw, C. (2003). How can hospital performance be measured and monitored? WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network), 1-17.

Silva, C. A. d., Saraiva, M., & Teixeira, A. (2010). A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar : qualidade e saúde : perspectivas e práticas (1ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Silvestro, R. (2005). Applying gap analysis in the health service to inform the service improvement agenda. *International Journal of Quality & Reliability Management* 22(3), 215-233.

Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient Perceptions of the Quality of Health Services. *Annu. Rev. Public Health*(26), 513-559.

Thornlow, D. K., & Merwin, E. (2009). Managing to improve quality: The relationship between accreditation standards, safety practices, and patient outcomes. *Health Care Management Review*, 34(3), 262-272.

Timmons, K. H. (2008). Accreditation in Health Care: An Overview. Paper presented at the IHI/BMJ International Forum on Quality and Safety in Health Care.

UMP. (2012). Qualidade acreditada nos cuidados continuados. *Voz das Misericórdias*, 28, 1-24.

WHO. (2003). Quality and accreditation in health care services: a global review. In WHO (Eds.) Available from http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf

WHO. (2011). Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). Retrieved 11 de Novembro de 2011, from <http://pns.dgs.pt/2011/01/31/ava-ext-who/>

Zineldin, M., Camgöz-Akdag, H., & Vasicheva, V. (2011). Measuring, evaluating and improving hospital quality parameters/dimensions – an integrated healthcare quality approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.

Anexos

A. Autorização para aplicação do instrumento da recolha de dados na UCCAB

Assunto: Solicitação de Autorização para aplicação do questionário SERVQUAL aos utentes e profissionais da UCCAB, tipologia de média duração e reabilitação.

Exmo. Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Águeda, Dr. Amorim Figueiredo

Eu, Ana Carina dos Santos Soares, aluna da Universidade de Aveiro, actualmente a desenvolver a dissertação para obtenção do grau de mestre em gestão, intitulada "Avaliação da Qualidade em Cuidados Continuados: um Estudo Comparativo entre UCC Acreditadas e Não Acreditadas", sob orientação do Prof. Dr. Daniel Polónia, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que se digne a autorizar a aplicação do questionário SERVQUAL aos utentes e profissionais na vossa UCC.

O período de aplicação dos questionários poderá ser variável dado que necessito de uma amostra significativa para que o estudo seja viável e se obtenham resultados significativos. Sendo que a rotatividade de utentes é baixa devido ao tempo de internamento (90 dias), solicito que me permita a aplicação de questionários até obtenção de um número de respostas significativo (período máximo: Outubro de 2012).

O preenchimento dos instrumentos de recolha de dados será da minha responsabilidade, contudo, solicito a vossa excelência que autorize que a enfermeira Filomena Duarte seja o elemento de ligação/referência entre mim e a UCCAB.

Comprometo-me a respeitar e cumprir as regras éticas implícitas na realização deste tipo de estudos, bem como aquelas que me forem exigidas pela vossa instituição, para que este trabalho seja passível de concretização.

Anexo ao requerimento a documentação relativa à metodologia, os instrumentos de colheita de dados e os consentimentos informados, bem como o meu *curriculum vitae*.

Aguardo parecer de Vossa Excelência e despeço-me com os melhores cumprimentos.

*Resposta a requisitos éticos
independência
Falta a entrevista às profissionais
ambientes a reabilitação
solicitação*

Pede deferimento,

21 de Maio de 2012

A requerente,

Ana Carina dos Santos Soares

(Ana Carina dos Santos Soares)

21. maio 2012 *Amorim Figueiredo*
Provedor, Misericórdia de Aveiro

- B.** Autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados na UCCMDR da Mealhada

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE
INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA / TRABALHOS ACADÉMICOS
NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA SCM DE Paredes

Exmo. (a). Senhor(a) Provedor(a)

Ana Carolina Simões Sousa (nome completo),
portador(a) do BI/CC n.º 14515314, na qualidade de estudante do Instituto de Psicologia da UA (estudante,
curso e universidade ou função e instituição), estando a realizar o Trabalho de Investigação Científica sobre o
tema Avaliação da qualidade em CC: estudo comparativo entre UC sob orientação do Sr.
Professor Dr. Daniel Polómico, vem por este meio e em conformidade com o previsto no Regulamento
para Projectos de Investigação da Misericórdia, solicitar a V.ª Ex.ª autorização para:

- efectuar entrevistas (especificar a quem, número de entrevistados e anexar guião)
 aplicar o questionário ou outro instrumento de investigação (anexar instrumento)
 consultar dados (especificar quais)
 (outra)

(seleccionar a opção pretendida, explorando a informação pertinente e anexando os documentos relacionados)

na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Paredes, no âmbito do
referido Projecto de Investigação, cuja fundamentação, objectivos, metodologia e plano de
desenvolvimento se envia em anexo.

Data

01/04/2014

Assinatura do Aluno/Investigador

Ana Carolina Simões Sousa

A PREENCHER PELO ORIENTADOR/TUTOR DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM DO INVESTIGADOR
(UNIVERSIDADE OU OUTRA)

Nome: DANIEL F. POLÓMICO

Telefone: 96 265 9017

Email: dpolomic@uc.pt

ASSINATURA DO ORIENTADOR/TUTOR DA
INSTITUIÇÃO QUE TAREFA INVESTIGAÇÃO

Daniel F. Polómico

PREENCHIMENTO RESERVADO AOS ÓRGÃOS E SERVIÇOS DA MISERICÓRDIA

Parecer do Conselho Directivo/Direcção Técnica/ Direcção Clínica da UCCI

Nada a opôr.
Sofra Louvado
17.03.2014

Autorizo

Data 01/04/2014

Não autorizo:

O(A) Provedor(a) [Assinatura]



UNIDADE DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUEAS



C. Consentimiento informado para clientes externos

Assunto: Autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados ao utente

O objectivo deste estudo consiste na avaliação da qualidade percebida pelos clientes externos: utentes internados e pelos clientes internos: profissionais, de duas Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Média Duração e Reabilitação, sendo uma UCC acreditada pela JCI e outra UCC não acreditada, utilizando a escala SERVQUAL adaptada, de modo a perceber se existem diferenças significativas nas expectativas (E) e percepções (P) e na avaliação da qualidade dos serviços (P-E) dos clientes externos e internos, comparativamente entre essas UCC e o impacto da acreditação no âmbito da qualidade.

Consentimento Informado

Eu _____, utente internado na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação _____, consinto que a mestranda Ana Carina dos Santos Soares, do Mestrado em Gestão da Universidade de Aveiro, me aplique o questionário da escala SERVQUAL adaptada, na admissão e alta, com o objectivo de realizar a sua dissertação para obtenção do grau de mestre, intitulada “Avaliação da qualidade em Cuidados Continuados: um estudo comparativo entre UCC acreditadas e não acreditadas”.

Declaro considerar-me informado do modo de aplicação do instrumento e da finalidade do estudo. A qualquer momento posso recusar/desistir/interromper a continuidade da aplicação do instrumento, caso assim o entenda, sem qualquer prejuízo.

_____, __/__/____

(Assinatura do Utente ou Familiar/Cuidador)

D. Consentimento informado para clientes internos

Assunto: Autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados aos profissionais

O objectivo deste estudo consiste na avaliação da qualidade percebida pelos clientes externos: utentes internados e pelos clientes internos: profissionais, de duas Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Média Duração e Reabilitação, sendo uma UCC acreditada pela JCI e outra UCC não acreditada, utilizando a escala SERVQUAL adaptada, de modo a perceber se existem diferenças significativas nas expectativas (E) e percepções (P) e na avaliação da qualidade dos serviços (P-E) dos clientes externos e internos, comparativamente entre essas UCC e o impacto da acreditação no âmbito da qualidade.

Consentimento Informado

Eu _____, profissional a exercer funções na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação _____, consinto que a mestranda Ana Carina dos Santos Soares, do Mestrado em Gestão da Universidade de Aveiro, me aplique o questionário da escala SERVQUAL adaptada – parte I, II e III (se aplicável), com o objectivo de realizar a sua dissertação para obtenção do grau de mestre, intitulada “Avaliação da qualidade em Cuidados Continuados: um estudo comparativo entre UCC acreditadas e não acreditadas”.

Declaro considerar-me informado do modo de aplicação do instrumento e da finalidade do estudo. A qualquer momento posso recusar/desistir/interromper a continuidade da aplicação do instrumento, caso assim o entenda, sem qualquer prejuízo.

_____, __/__/____

(Assinatura do Profissional)

E. Instrumento de recolha de dados aos clientes externos da UCCAB

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO

No âmbito da elaboração de uma tese de Mestrado em Gestão, pretende-se avaliar a qualidade dos serviços prestados, através de um questionário de opinião.

O seu tratamento é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, respeitando o anonimato.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Parte I - ADMISSÃO DE UTENTES UCCAB

Dados sociodemográficos	
Iniciais do nome do utente*	
Sexo do utente	
Idade do utente	
Escolaridade do utente	
Respondeu ao inquérito:	<input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Familiar/Cuidador
Inquérito realizado por:	
Em:	

* - Apenas para efeito de cruzamento com questionário de alta

Por favor dê a sua opinião sobre as características e modo de funcionamento que uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCIMDR) deve possuir.

O que se pede não é o seu desejo mas **o que de facto espera** de uma UCCIMDR excelente, enquanto utente.

Para cada afirmação, seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de concordância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

1-Discordo Totalmente

2-Discordo

3- Nem Discordo/Nem Concordo

4-Concordo

5-Concordo Totalmente

Caso não tenha como avaliar a característica citada, seleccione a opção "n/a" ("não se aplica").

Obs: Não existem respostas certas ou erradas, pois o interesse do estudo é apenas identificar um número que melhor traduza as suas **expectativas** relativamente às UCCIMDR em geral.

Afirmações	1	2	3	4	5	n/a
1. O equipamento deve ter aspecto moderno						
2. As instalações devem ser cómodas, de aparência agradável, limpas e bem sinalizadas						
3. Os funcionários devem ter uma aparência cuidada						
4. Os documentos devem ser claros e de aparência agradável						
5. Quando os profissionais de saúde prometem fazer algo num determinado período de tempo, devem fazê-lo						
6. Quando um utente tem um problema, os profissionais de saúde devem mostrar interesse sincero em resolvê-lo						
7. O serviço deve ser de confiança						
8. O serviço deve ser desempenhado correctamente à primeira						
9. Os profissionais de saúde devem fornecer os serviços no tempo prometido						
10. Os profissionais de saúde devem informar os utentes exactamente quando os serviços são prestados						
11. Os serviços devem ser prestados de forma rápida						

Afirmações	1	2	3	4	5	n/a
12. Os profissionais devem estar habilitados a ajudar os doentes						
13. Os profissionais nunca devem estar demasiado ocupados para responder às questões dos utentes						
14. Os profissionais devem inspirar confiança						
15. Os utentes devem sentir-se seguros no relacionamento com os profissionais						
16. Os colaboradores devem ser educados e simpáticos						
17. Os profissionais devem ter uma boa preparação profissional						
18. Estes serviços de saúde devem dar uma atenção individualizada ao utente						
19. Os profissionais devem dar uma atenção personalizada ao utente						
20. Nestes serviços de saúde devem ter em conta os interesses dos utentes						
21. Os profissionais devem entender as necessidades dos utentes						
22. Nestes serviços de saúde devem demonstrar consideração pelos utentes						

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO

Parte II - ALTA DE UTENTES

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda (UCCAB), na tipologia de média duração e reabilitação. Por favor dê a sua opinião acerca das suas características e do modo de funcionamento, no âmbito da prestação dos serviços.

Para cada afirmação relativa à performance, seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de concordância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem Discordo/Nem Concordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

A segunda parte da tabela diz respeito à importância atribuída a cada um dos itens. Seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de importância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Nada importante
- 2- Pouco importante
- 3- Importante
- 4- Muito importante
- 5- Extremamente importante

Caso não tenha como avaliar a característica citada, seleccione a opção n/a (“não se aplica”).

Obs: Não existem respostas certas ou erradas, pois o interesse do estudo é apenas identificar um número que melhor traduza a **performance** da Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda (UCCAB), na tipologia de média duração e reabilitação e a **importância** atribuída a cada factor ou característica exposta.

Dados sociodemográficos	
Iniciais do nome do utente*	
Sexo do utente	
Idade do utente	
Escolaridade do utente	
Respondeu ao inquérito:	<input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Familiar/Cuidador
Inquérito realizado por:	
Em:	

* - Apenas para efeito de cruzamento com questionário de admissão

No que diz respeito a...	Performance da UCCAB						Importância atribuída					
	1	2	3	4	5	n/a	1	2	3	4	5	n/a
Afirmações												
1. O equipamento tem aspecto moderno												
2. As instalações são cómodas, de aparência agradável, limpas e bem sinalizadas												
3. Os funcionários têm uma aparência cuidada												
4. Os documentos são claros e de aparência agradável												
5. Quando os profissionais de saúde prometem fazer algo num determinado período de tempo, fazem-no												
6. Quando tenho um problema, os profissionais de saúde mostram interesse sincero em resolvê-lo;												
7. O serviço é de confiança												
8. Desempenham o serviço correctamente à primeira												
9. Os profissionais de saúde fornecem os serviços no tempo prometido												
10. Os profissionais de saúde informam-nos exactamente quando os serviços são prestados												
11. Prestam os serviços de forma rápida												

No que diz respeito a...	Performance UCCAB						Importância atribuída					
	1	2	3	4	5	n/a	1	2	3	4	5	n/a
Afirmações												
12. Os profissionais estão habilitados a ajudar os doentes												
13. Os profissionais nunca estão demasiado ocupados para responder às minhas questões												
14. Os profissionais inspiram-me confiança												
15. Sinto-me seguro no relacionamento com os profissionais												
16. Os colaboradores são educados e simpáticos												
17. Os profissionais têm uma boa preparação profissional												
18. Neste serviço de saúde deram-me uma atenção individualizada												
19. Os profissionais deram-me uma atenção personalizada												
20. Neste serviço de saúde têm em conta os meus interesses												
21. Os profissionais entendem as minhas necessidades												
22. Neste serviço de saúde mostram consideração por mim												

Indique, de acordo com a sua opinião, qual o nível geral de satisfação com o serviço prestado pela UCCAB.

Por favor, atribua uma nota de 1 a 5, sendo que quanto maior a satisfação, maior o número; quanto menor a satisfação, menor o número. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Inaceitável;
- 2- Medíocre;
- 3- Satisfatório;
- 4- Muito Bom;
- 5- Excelente.

Afirmações	1	2	3	4	5
Como classifica a qualidade geral do serviço prestado pela UCCAB?					

F. Instrumento de recolha de dados aos clientes internos da UCCAB

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO

No âmbito da elaboração de uma tese de Mestrado em Gestão, pretende-se avaliar a qualidade dos serviços prestados, percebidos por profissionais e utentes, através de um questionário de opinião.

O seu tratamento é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, respeitando o anonimato.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Dados sociodemográficos e profissionais	
Sexo	
Idade	
Habilitações literárias	
Cargo que ocupa na UCCAB	
Tempo de exercício profissional na UCCAB	
Inquérito realizado por	
Em	

Parte I – EXPECTATIVAS DOS PROFISSIONAIS

Por favor dê a sua opinião sobre as características e modo de funcionamento que uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCIMDR) deve possuir.

O que se pede não é o seu desejo mas **o que de facto espera** de uma UCCIMDR excelente, enquanto profissional de saúde (aqui designado por cliente interno).

Para cada afirmação, seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de concordância face ao exposto. Assinale com um ‘X’ a sua escolha, sendo que:

1-Discordo Totalmente

2-Discordo

3- Nem Discordo/Nem Concordo

4-Concordo

5-Concordo Totalmente

Caso não tenha como avaliar a característica citada, seleccione a opção “n/a” (“não se aplica”).

Obs: Não existem respostas certas ou erradas, pois o interesse do estudo é apenas identificar um número que melhor traduza as suas **expectativas** relativamente às UCCIMDR em geral.

Afirmações	1	2	3	4	5	n/a
1. O equipamento deve ter aspecto moderno						
2. As instalações devem ser cómodas, de aparência agradável, limpas e bem sinalizadas						
3. Os funcionários devem ter uma aparência cuidada						
4. Os documentos devem ser claros e de aparência agradável						
5. Quando os profissionais de saúde prometem fazer algo num determinado período de tempo, devem fazê-lo						
6. Quando um utente tem um problema, os profissionais de saúde devem mostrar interesse sincero em resolvê-lo						
7. O serviço deve ser de confiança						
8. O serviço deve ser desempenhado correctamente à primeira						
9. Os profissionais de saúde devem fornecer os serviços no tempo prometido						
10. Os profissionais de saúde devem informar os utentes exactamente quando os serviços são prestados						
11. Os serviços devem ser prestados de forma rápida						

Afirmações	1	2	3	4	5	n/a
12. Os profissionais devem estar habilitados a ajudar os doentes						
13. Os profissionais nunca devem estar demasiado ocupados para responder às questões dos utentes						
14. Os profissionais devem inspirar confiança						
15. Os utentes devem sentir-se seguros no relacionamento com os profissionais						
16. Os colaboradores devem ser educados e simpáticos						
17. Os profissionais devem ter uma boa preparação profissional						
18. Estes serviços de saúde deve ser dada uma atenção individualizada ao utente						
19. Os profissionais devem dar uma atenção personalizada ao utente						
20. Nestes serviços de saúde devem ter em conta os interesses dos utentes						
21. Os profissionais devem entender as necessidades dos utentes						
22. Nestes serviços de saúde, os profissionais devem demonstrar consideração pelos utentes						

Parte II – PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda (UCCAB), na tipologia de média duração e reabilitação. Por favor dê a sua opinião acerca das suas características e do modo de funcionamento, no âmbito da prestação dos serviços.

Para cada afirmação relativa à performance, seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de concordância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem Discordo/Nem Concordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

A segunda parte da tabela diz respeito à importância atribuída a cada um dos itens.

Seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de importância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Nada importante
- 2- Pouco importante
- 3- Importante
- 4- Muito importante
- 5- Extremamente importante

Caso não tenha como avaliar a característica citada, seleccione a opção “n/a” (“não se aplica”).

Obs: Não existem respostas certas ou erradas, pois o interesse do estudo é apenas identificar um número que melhor traduza a **performance** da Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda (UCCAB), na tipologia de média duração e reabilitação e a **importância** atribuída a cada factor ou característica exposta.

No que diz respeito a...	Performance da UCCAB						Importância atribuída					
	1	2	3	4	5	n/a	1	2	3	4	5	n/a
Afirmações												
1. O equipamento tem aspecto moderno												
2. As instalações são cómodas, de aparência agradável, limpas e bem sinalizadas												
3. Os funcionários têm uma aparência cuidada												
4. Os documentos são claros e de aparência agradável												
5. Quando os profissionais de saúde prometem fazer algo num determinado período de tempo, fazem-no												
6. Quando o utente tem um problema, os profissionais de saúde mostram interesse sincero em resolvê-lo;												
7. O serviço é de confiança												
8. Os profissionais de saúde desempenham o serviço correctamente à primeira												
9. Os profissionais de saúde fornecem os serviços no tempo prometido												
10. Os profissionais de saúde informam os utentes exactamente quando os serviços são prestados												
11. Prestam os serviços de forma rápida												

No que diz respeito a...	Performance da UCCAB						Importância atribuída					
	1	2	3	4	5	n/a	1	2	3	4	5	n/a
Afirmações												
12. Os profissionais estão habilitados a ajudar os doentes												
13. Os profissionais nunca estão demasiado ocupados para responder às questões dos utentes												
14. Os profissionais inspiram confiança nos utentes												
15. Os utentes sentem-se seguros no relacionamento com os profissionais												
16. Os colaboradores são educados e simpáticos												
17. Os profissionais têm uma boa preparação profissional												
18. Neste serviço de saúde é dada uma atenção individualizada ao utente												
19. Os profissionais dão uma atenção personalizada												
20. Neste serviço de saúde são tidos em conta os interesses dos utentes												
21. Os profissionais entendem as necessidades dos utentes												
22. Neste serviço de saúde é demonstrada consideração pelos utentes												

Indique, de acordo com a sua opinião, qual o nível geral de satisfação com o serviço prestado pela UCCAB.

Por favor, atribua uma nota de 1 a 5, sendo que quanto maior a satisfação, maior o número; quanto menor a satisfação, menor o número. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Inaceitável;
- 2- Medíocre;
- 3- Satisfatório;
- 4- Muito Bom;
- 5- Excelente.

Afirmações	1	2	3	4	5
Como classifica a qualidade geral do serviço prestado pela UCCAB?					

**Parte III - ESTUDO DO IMPACTO DA ACREDITAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS NA
QUALIDADE PERCEPCIONADA PELOS PROFISSIONAIS**

O presente questionário tem como objectivo a identificação do impacto da acreditação na sua unidade de cuidados continuados, no âmbito da qualidade.

Para cada questão assinale com um “X” no quadrado que corresponde à sua opinião relativamente ao impacto da acreditação nas dimensões que se seguem, sendo que:

- 1 – Muito negativo;
- 2 – Negativo;
- 3 – Nenhum;
- 4 – Positivo;
- 5 – Muito positivo.
- n/a – não se aplica

Como classifica o impacto da acreditação na sua Unidade de Cuidados Continuados, nos seguintes aspectos:

	1	2	3	4	5	n/a
1. Aspecto dos equipamentos						
2. Comodidade, aparência e sinalização das instalações						
3. Aparência dos funcionários						
4. Aparência e clareza dos documentos						
5. Cumprimento do que prometem no prazo que indicam						
6. Interesse na resolução dos problemas dos utentes						
7. Confiança dos utentes nos serviços						
8. Desempenho do serviço correctamente e à primeira						
9. Prestação dos serviços no tempo prometido						
10. Prestação de informação ao utente exactamente quando os serviços são prestados						
11. Prestação dos serviços de forma rápida						
12. Habilitação dos profissionais para ajudar os doentes						
13. Disponibilidade dos profissionais para responderem às questões dos doentes						
14. Confiança dos utentes nos profissionais						
15. Segurança do utente no relacionamento com os profissionais						
16. Educação e simpatia dos colaboradores						
17. Preparação profissional dos profissionais						
18. Prestação de uma atenção individualizada						
19. Atenção personalizada dos profissionais para o utente						
20. Consideração pelos interesses do utente						
21. Compreensão das necessidades do utente por parte dos profissionais						
22. Consideração pelo utente no serviço						

G. Instrumento de recolha de dados aos clientes externos da UCCMDR da Mealhada

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO

No âmbito da elaboração de uma tese de Mestrado em Gestão, pretende-se avaliar a qualidade dos serviços prestados, através de um questionário de opinião.

O seu tratamento é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, respeitando o anonimato.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Parte I - ADMISSÃO DE UTENTES UCCIMDR_Mealhada

Dados sociodemográficos	
Iniciais do nome do utente*	
Sexo do utente	
Idade do utente	
Escolaridade do utente	
Respondeu ao inquérito:	<input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Familiar/Cuidador
Inquérito realizado por:	
Em:	

* - Apenas para efeito de cruzamento com questionário de alta

Por favor dê a sua opinião sobre as características e modo de funcionamento que uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCIMDR) deve possuir.

O que se pede não é o seu desejo mas **o que de facto espera** de uma UCCIMDR excelente, enquanto utente.

Para cada afirmação, seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de concordância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

1-Discordo Totalmente

2-Discordo

3- Nem Discordo/Nem Concordo

4-Concordo

5-Concordo Totalmente

Caso não tenha como avaliar a característica citada, seleccione a opção "n/a" ("não se aplica").

Obs: Não existem respostas certas ou erradas, pois o interesse do estudo é apenas identificar um número que melhor traduza as suas **expectativas** relativamente às UCCIMDR em geral.

Afirmações	1	2	3	4	5	n/a
1. O equipamento deve ter aspecto moderno						
2. As instalações devem ser cómodas, de aparência agradável, limpas e bem sinalizadas						
3. Os funcionários devem ter uma aparência cuidada						
4. Os documentos devem ser claros e de aparência agradável						
5. Quando os profissionais de saúde prometem fazer algo num determinado período de tempo, devem fazê-lo						
6. Quando um utente tem um problema, os profissionais de saúde devem mostrar interesse sincero em resolvê-lo						
7. O serviço deve ser de confiança						
8. O serviço deve ser desempenhado correctamente à primeira						
9. Os profissionais de saúde devem fornecer os serviços no tempo prometido						
10. Os profissionais de saúde devem informar os utentes exactamente quando os serviços são prestados						
11. Os serviços devem ser prestados de forma rápida						

Afirmações	1	2	3	4	5	n/a
12. Os profissionais devem estar habilitados a ajudar os doentes						
13. Os profissionais nunca devem estar demasiado ocupados para responder às questões dos utentes						
14. Os profissionais devem inspirar confiança						
15. Os utentes devem sentir-se seguros no relacionamento com os profissionais						
16. Os colaboradores devem ser educados e simpáticos						
17. Os profissionais devem ter uma boa preparação profissional						
18. Estes serviços de saúde devem dar uma atenção individualizada ao utente						
19. Os profissionais devem dar uma atenção personalizada ao utente						
20. Nestes serviços de saúde devem ter em conta os interesses dos utentes						
21. Os profissionais devem entender as necessidades dos utentes						
22. Nestes serviços de saúde devem demonstrar consideração pelos utentes						

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO

Parte II - ALTA DE UTENTES

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Mealhada (UCCMDR_Mealhada). Por favor dê a sua opinião acerca das suas características e do modo de funcionamento, no âmbito da prestação dos serviços.

Para cada afirmação relativa à performance, seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de concordância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem Discordo/Nem Concordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

A segunda parte da tabela diz respeito à importância atribuída a cada um dos itens. Seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de importância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Nada importante
- 2- Pouco importante
- 3- Importante
- 4- Muito importante
- 5- Extremamente importante

Caso não tenha como avaliar a característica citada, seleccione a opção n/a (“não se aplica”).

Obs: Não existem respostas certas ou erradas, pois o interesse do estudo é apenas identificar um número que melhor traduza a **performance** da Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Mealhada (UCCMDR_Mealhada) e a **importância** atribuída a cada factor ou característica exposta.

Dados sociodemográficos	
Iniciais do nome do utente*	
Sexo do utente	
Idade do utente	
Escolaridade do utente	
Respondeu ao inquérito:	<input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Familiar/Cuidador
Inquérito realizado por:	
Em:	

* - Apenas para efeito de cruzamento com questionário de admissão

No que diz respeito a...	Performance da UCCMDR_Mealhada						Importância atribuída					
	1	2	3	4	5	n/a	1	2	3	4	5	n/a
Afirmações												
1. O equipamento tem aspecto moderno												
2. As instalações são cómodas, de aparência agradável, limpas e bem sinalizadas												
3. Os funcionários têm uma aparência cuidada												
4. Os documentos são claros e de aparência agradável												
5. Quando os profissionais de saúde prometem fazer algo num determinado período de tempo, fazem-no												
6. Quando tenho um problema, os profissionais de saúde mostram interesse sincero em resolvê-lo;												
7. O serviço é de confiança												
8. Desempenham o serviço correctamente à primeira												
9. Os profissionais de saúde fornecem os serviços no tempo prometido												
10. Os profissionais de saúde informam-nos exactamente quando os serviços são prestados												
11. Prestam os serviços de forma rápida												

No que diz respeito a...	Performance UCCMDR_Mealhada						Importância atribuída					
	1	2	3	4	5	n/a	1	2	3	4	5	n/a
Afirmações												
12. Os profissionais estão habilitados a ajudar os doentes												
13. Os profissionais nunca estão demasiado ocupados para responder às minhas questões												
14. Os profissionais inspiram-me confiança												
15. Sinto-me seguro no relacionamento com os profissionais												
16. Os colaboradores são educados e simpáticos												
17. Os profissionais têm uma boa preparação profissional												
18. Neste serviço de saúde deram-me uma atenção individualizada												
19. Os profissionais deram-me uma atenção personalizada												
20. Neste serviço de saúde têm em conta os meus interesses												
21. Os profissionais entendem as minhas necessidades												
22. Neste serviço de saúde mostram consideração por mim												

Indique, de acordo com a sua opinião, qual o nível geral de satisfação com o serviço prestado pela UCCMDR_Mealhada.

Por favor, atribua uma nota de 1 a 5, sendo que quanto maior a satisfação, maior o número; quanto menor a satisfação, menor o número. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Inaceitável;
- 2- Medíocre;
- 3- Satisfatório;
- 4- Muito Bom;
- 5- Excelente.

Afirmações	1	2	3	4	5
Como classifica a qualidade geral do serviço prestado pela UCCMDR_Mealhada?					

H. Instrumento de recolha de dados aos clientes internos da UCCMDR da Mealhada

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO

No âmbito da elaboração de uma tese de Mestrado em Gestão, pretende-se avaliar a qualidade dos serviços prestados, percebidos por profissionais e utentes, através de um questionário de opinião.

O seu tratamento é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, respeitando o anonimato.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Dados sociodemográficos e profissionais	
Sexo	
Idade	
Habilitações literárias	
Cargo que ocupa na UCCMDR_Mealhada	
Tempo de exercício profissional na UCCMDR_Mealhada	
Inquérito realizado por	
Em	

Parte I – EXPECTATIVAS DOS PROFISSIONAIS

Por favor dê a sua opinião sobre as características e modo de funcionamento que uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCIMDR) deve possuir.

O que se pede não é o seu desejo mas **o que de facto espera** de uma UCCIMDR excelente, enquanto profissional de saúde (aqui designado por cliente interno).

Para cada afirmação, seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de concordância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

1-Discordo Totalmente

2-Discordo

3- Nem Discordo/Nem Concordo

4-Concordo

5-Concordo Totalmente

Caso não tenha como avaliar a característica citada, seleccione a opção “n/a” (“não se aplica”).

Obs: Não existem respostas certas ou erradas, pois o interesse do estudo é apenas identificar um número que melhor traduza as suas **expectativas** relativamente às UCCIMDR em geral.

Afirmações	1	2	3	4	5	n/a
1. O equipamento deve ter aspecto moderno						
2. As instalações devem ser cómodas, de aparência agradável, limpas e bem sinalizadas						
3. Os funcionários devem ter uma aparência cuidada						
4. Os documentos devem ser claros e de aparência agradável						
5. Quando os profissionais de saúde prometem fazer algo num determinado período de tempo, devem fazê-lo						
6. Quando um utente tem um problema, os profissionais de saúde devem mostrar interesse sincero em resolvê-lo						
7. O serviço deve ser de confiança						
8. O serviço deve ser desempenhado correctamente à primeira						
9. Os profissionais de saúde devem fornecer os serviços no tempo prometido						
10. Os profissionais de saúde devem informar os utentes exactamente quando os serviços são prestados						
11. Os serviços devem ser prestados de forma rápida						

Afirmações	1	2	3	4	5	n/a
12. Os profissionais devem estar habilitados a ajudar os doentes						
13. Os profissionais nunca devem estar demasiado ocupados para responder às questões dos utentes						
14. Os profissionais devem inspirar confiança						
15. Os utentes devem sentir-se seguros no relacionamento com os profissionais						
16. Os colaboradores devem ser educados e simpáticos						
17. Os profissionais devem ter uma boa preparação profissional						
18. Estes serviços de saúde deve ser dada uma atenção individualizada ao utente						
19. Os profissionais devem dar uma atenção personalizada ao utente						
20. Nestes serviços de saúde devem ter em conta os interesses dos utentes						
21. Os profissionais devem entender as necessidades dos utentes						
22. Nestes serviços de saúde, os profissionais devem demonstrar consideração pelos utentes						

Parte II – PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Mealhada (UCCMDR_Mealhada). Por favor dê a sua opinião acerca das suas características e do modo de funcionamento, no âmbito da prestação dos serviços.

Para cada afirmação relativa à performance, seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de concordância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem Discordo/Nem Concordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

A segunda parte da tabela diz respeito à importância atribuída a cada um dos itens. Seleccione na escala de 1 a 5 a opção escolhida, de acordo com o grau de importância face ao exposto. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Nada importante
- 2- Pouco importante
- 3- Importante
- 4- Muito importante
- 5- Extremamente importante

Caso não tenha como avaliar a característica citada, seleccione a opção "n/a" ("não se aplica").

Obs: Não existem respostas certas ou erradas, pois o interesse do estudo é apenas identificar um número que melhor traduza a **performance** da Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Mealhada (UCCMDR_Mealhada) e a **importância** atribuída a cada factor ou característica exposta.

No que diz respeito a...	Performance da UCCMDR_Mealhada						Importância atribuída					
	1	2	3	4	5	n/a	1	2	3	4	5	n/a
Afirmações												
1. O equipamento tem aspecto moderno												
2. As instalações são cómodas, de aparência agradável, limpas e bem sinalizadas												
3. Os funcionários têm uma aparência cuidada												
4. Os documentos são claros e de aparência agradável												
5. Quando os profissionais de saúde prometem fazer algo num determinado período de tempo, fazem-no												
6. Quando o utente tem um problema, os profissionais de saúde mostram interesse sincero em resolvê-lo;												
7. O serviço é de confiança												
8. Os profissionais de saúde desempenham o serviço correctamente à primeira												
9. Os profissionais de saúde fornecem os serviços no tempo prometido												
10. Os profissionais de saúde informam os utentes exactamente quando os serviços são prestados												
11. Prestam os serviços de forma rápida												

No que diz respeito a...	Performance da UCCMDR_Mealhada						Importância atribuída					
	1	2	3	4	5	n/a	1	2	3	4	5	n/a
Afirmações												
12. Os profissionais estão habilitados a ajudar os doentes												
13. Os profissionais nunca estão demasiado ocupados para responder às questões dos utentes												
14. Os profissionais inspiram confiança nos utentes												
15. Os utentes sentem-se seguros no relacionamento com os profissionais												
16. Os colaboradores são educados e simpáticos												
17. Os profissionais têm uma boa preparação profissional												
18. Neste serviço de saúde é dada uma atenção individualizada ao utente												
19. Os profissionais dão uma atenção personalizada												
20. Neste serviço de saúde são tidos em conta os interesses dos utentes												
21. Os profissionais entendem as necessidades dos utentes												
22. Neste serviço de saúde é demonstrada consideração pelos utentes												

Indique, de acordo com a sua opinião, qual o nível geral de satisfação com o serviço prestado pela UCCMDR_Mealhada.

Por favor, atribua uma nota de 1 a 5, sendo que quanto maior a satisfação, maior o número; quanto menor a satisfação, menor o número. Assinale com um 'X' a sua escolha, sendo que:

- 1- Inaceitável;
- 2- Medíocre;
- 3- Satisfatório;
- 4- Muito Bom;
- 5- Excelente.

Afirmações	1	2	3	4	5
Como classifica a qualidade geral do serviço prestado pela UCCMDR_Mealhada?					